

# MATERIA PRIMA

Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en Argentina



Año 5 Número 17 Septiembre/Noviembre 2000 Precio del ejemplar \$ 7 - ISSN 0328-7890



**17** Ernesto Sábató • Salud Ocupacional • Atención Primaria de la Salud • Valoración Domiciliaria en Geriatría • Contrapunto: Daneri - Mantero • Agenda

## Sumario

- 1 Editorial
- 2 Estilos  
La Resistencia  
Conferencia del escritor Ernesto Sábato. Su angustia, tristeza y preocupación por los destinos de nuestro país.
- 7 De Producción Nacional  
Salud Ocupacional. La Salud de los Trabajadores  
Breve historia acerca de la salud ocupacional, el sujeto trabajador, conceptos de salud en T.O., la salud como derecho, función de T.O.
- 15 Dossier  
Atención Primaria de la Salud. ¿Salud para todos en el año 2000?  
Conceptos acerca de la APS desarrollados en tres trabajos:
  - Rol de T.O. en Prevención Primaria inserto en el trabajo barrial comunitario
  - Salud Comunitaria en el Barrio de La Boca
  - T.O. en el marco de la APS
- 25 Del Exterior  
T.O. en valoración domiciliaria para pacientes geriátricos  
Algunos de los problemas que se encuentran con más frecuencia y sus posibles soluciones en la valoración del domicilio de un paciente geriátrico. Diferencia entre valoración del domicilio y adaptación del domicilio. Experiencia realizada, durante seis meses, en el Servicio de Geriátrica, Departamento de Terapia Ocupacional, del Hospital Naval de Perú.
- 29 Contrapunto  
Proyectos: De atajos y de avenidas  
Experiencias en la inauguración de espacios y en la planificación, dirección y ejecución de proyectos.
- 33 Noticias
- 36 Correo de Lectores
- 37 Agenda

## Staff

Staff  
Editora-Directora  
T.O. Andrea Monzón

Consejo Editorial  
Coordinación  
T.O. Mónica von Wernlich

T.O. Marcela Giménez  
T.O. Ma. Rita Martínez Antón  
T.O. Magall Goclol  
T.O. Fernanda Zamora  
T.O. Paula Mantero  
T.O. Ma. Juliana Sánchez Vissani  
Lic. en T.O. Paula Caglolo

Colaboradores  
T.O. Laura Moreno  
Lic. en T.O. Gabriela Capel  
Ma. Silvia Iriarte  
Lic. en T.O. Ma. Soledad Gutierrez  
Juliana Rosadas  
Luciana Carega  
Miguellina Abraham

Colaboran en este número  
Ma. Esperanza Sánchez  
Eleonora Dell'Elcine  
Terapistas Ocupacionales  
Lic. Lilliana Sbriller  
Lic. Ma. Eugenia Veyra  
Lic. Emma García Celn  
Lic. Marisel Donati  
Mariana Guaresti  
Fabiana Fenoglio  
Marcela Capozzo  
Elizabeth Gómez Mengelberg  
Sara Daneri  
Sandra Piazza  
Griselda Baruco  
María de las Mercedes Olliver de Haro (España)

Fotos  
Interior  
Raquel Goclol  
(54 11) 4582 9315

Rediseño de Imagen  
Hexa Bureau de Diseño

Compaginación y armado  
Gustavo Grosso  
15 5 346 5055

Impresión  
Besares 2743- J. Ingenieros  
Ciudadela- Buenos Aires  
Registro de Propiedad Intelectual  
N° 894162  
ISSN 0328 7890  
Propietaria: Andrea Monzón

Redacción  
Gral Mansilla 2665  
(1425) Ciudad de Buenos Aires  
Tel. (54 11) 4962 1101/4786 6833  
Fax. (54 11) 4785 4085  
E-mail: wernlich@arnet.com.ar  
contemon@arnet.com.ar

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

## Editorial

*"...y sobre todo debemos resistir, luchar y participar. Porque una democracia necesita de la participación activa de sus ciudadanos para existir, de lo contrario es masificadora y genera indiferencia y conformismo..."*  
(Ernesto Sábato)

A lo largo de la historia las sociedades han encontrado distintas maneras de configurarse.

Las sociedades asiáticas (hindu, mesopotámica) se aglomeraban bajo el discurso teológico, los monarcas teocráticos hacían prevalecer el misterio desde sus cerrados palacios. Con notables jerarquías, unos poseían la Verdad revelada por los dioses, los otros, quedaban excluidos afuera de los templos.

En las sociedades antiguas se inventó la política y concomitantemente la figura del ciudadano; el voto de cada uno, rico o pobre valía lo mismo... En el *ágora*, los ciudadanos griegos dejaron de "mirar" para comenzar a ejercer su derecho al voto. La verdad ya no era patrimonio de los dioses, sino que era sometida al control de los ciudadanos por consenso.

En el *foro* romano (del latín forum, plaza de mercado o lugar al aire libre), se encontraba la plaza y centro de negocios privados y públicos de la antigua roma. Se refiere al espacio grande, abierto y rectangular, en la parte central de una ciudad, en el que la gente se reunía los días de mercado, y en las fiestas religiosas, para las elecciones y otros acontecimientos. La asamblea de los ciudadanos se reunía allí para debatir asuntos públicos.

Estos espacios sufrieron transformaciones hasta llegar a las sociedades capitalistas modernas. Las plazas de la antigüedad quedaron vacías de decisiones políticas convirtiéndose en simples espacios públicos, pero otras cuestiones permanecen como legado del pasado.

Vivimos tiempos complicados, donde la desesperanza y el individualismo llevan al aislamiento y los grupos sociales se van desmembrando. Desde Materia Prima decidimos redoblar la apuesta y generar un nuevo espacio de encuentro que trascendiera estas páginas, que desde 1996 nos permiten contactarnos a lo largo del país y trascender sus fronteras.

Un lugar para hablar de lo que nos sucede como ciudadanos, trabajadores y terapeutas en un marco colorido y diferente. Eso será el I Foro Nacional de Terapia Ocupacional, no un lugar catártico depositario de quejas sino una posibilidad para enriquecernos individual y colectivamente, aportando sugerencias consensuadas a quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones.

¿Seguir creyendo en el misterio oculto develado a los dioses, mirar o decidir poner el cuerpo, asumiendo las decisiones necesarias para ayudar a producir un cambio?... tan sólo alternativas.

Contamos con usted. Lo esperamos.

T.O. Andrea Monzón



# La Resistencia

por María Esperanza Sánchez

El 8 de agosto, Materia Prima estuvo presente en el Ciclo de Cultura de Alto Palermo. Allí fue testigo de la Conferencia que brindó Ernesto Sábato, parte de la cuál se transcribe en esta edición.

*—El maestro Ernesto Sábato está llegando—, anunció la presentadora. Y un silencio profundo invadió el auditorio. Más de un centenar de personas se pasaron de pie y aplaudieron al escritor que entró acompañado por la periodista Magdalena Ruiz Guiza. El público, de todas las edades, escuchó atento cada frase, cada invocación de Sábato y se conmovió también cuando el escritor se le quebró la voz y debió volver a comenzar. Su angustia, su tristeza y preocupación por los destinos de nuestro país y el rol de los más jóvenes fue contagiado a quienes siguieron su profundo mensaje, junto al escenario o entre la multitud que colmó el Patio de Comidas del Shopping.*

"... Magdalena me propuso realizar la apertura de estos encuentros sobre el estado actual y el futuro de la Argentina. De manera que debo decir que acepté de buen gusto dada la gran amistad que me une a ella. Sin duda, una de las periodistas más prestigiosas de nuestro país. Pero también lo he hecho porque siento una enorme angustia por el destino del país, angustia por el destino de mi patria. Por eso, cada uno de ustedes podrá aceptar o disentir con las palabras que voy a decir..."

## El país y su gente

"...Les pido que me escuchen con cuidado porque son reflexiones de alguien que vive preocupado por la terrible situación que atraviesa este desdichado país.

Porque quiero a esta tierra, desventurada como es, imperfecta como es. Porque aquí es donde nací, fui chiquito, tuve ilusiones, luché con el sueño de transformar el mundo. Amé y sufrí. Porque a esta tierra nos unen entrañablemente no sólo sus felicidades y virtudes, sino y sobre todo también sus tristezas y precariedades..."

"...Aquellos lejisimos años de mi infancia, cuando oíamos a nuestras maestras de pueblo relatar nos el estoicismo, el callado coraje de Manuel Belgrano... la palabra Patria me conmovía hasta las lágrimas. Después, cuando en mis tiempos de estudiante, en busca de justicia social íbamos con mis compañeros hasta las casuchas de zinc que en medio del agua cienagosa rodeaban los frigoríficos de Berisso, cuando veíamos amontonados en el puerto injertos miles de obreros empecé a sentir un pudor que me impedía pronunciar esa palabra..."

"...Así pasé años de peligro, de amor, de amargura y de pobreza. De desengaños políticos, mientras aguardaba un bizarro cielo estrellado, una señal que indicara nuevamente el rumbo. Pero debo decir que en los momentos de mayor desaliento quienes me han ayudado a reconciliarme con la existencia, son quienes me han demostrado cuánto de grandeza hay en el hombre. Han sido esa clase de seres, a veces muchos, los más

humildes seres que con su coraje y su dignidad, con su solidaridad frente a los infortunios han mantenido en mí una sed infinita y me han alentado hacia nuevas luchas..."

"...dice Camus, cada generación se cree predestinada a rehacer el mundo. Olvida, sin embargo que no podrá hacerlo. Pero su tarea es quizás mayor, consiste en impedir que el mundo se deshaga, heredero de una historia corrupta en la que se mezclan las revoluciones fracasadas, las técnicas enloquecidas, los dioses muertos, las ideologías extenuadas en la que poderes mediocres que pueden hoy destruirlo todo, no se convencen que la inteligencia se humilla hasta ponerse al servicio del odio y la depresión.

La desoladora corroboración de estas palabras nos urge a seguir peleando con grandes ideales: la libertad, la justicia social, un mundo donde no haya miseria, ni explotación, donde los chiquitos no mueran de hambre, donde los viejos no se encuentren solos y abandonados. Aunque parezca una locura por querer más, ¿quién dijo que la sensatez mueve las montañas?. No podemos resignarnos, porque eso es un acto de cobardía y egoísmo, hacia los que nada tienen. Y finalmente lleva a olvidar aquello por lo que vale la pena seguir luchando.

A pesar de las amarguras y el desaliento que a todos nos llega. Es tan terrible lo que está pasando. Tenemos el deber de no bajar los brazos. No podemos renunciar al deseo de un mundo más humano..."

## La Nación

"...Habría que pensar profundamente lo que fue el origen de esta nación y los ideales que alentaron el corazón de tantos hombres, miles y anónimos, que dieron su vida por la libertad de este continente. Los pueblos hispanoamericanos fueron, en el pasado, integrantes de la Patria grande. Nos prestábamos los guerreros, los maestros y hasta los gobernantes. Bolívar luchó por la liberación, no sólo de su tierra natal sino por la de Colombia, Ecuador y Bolivia. San Martín, de igual modo, en el extremo sur del continente combatió para liberar del dominio imperial no sólo lo que hoy es Argentina, sino también a Chile y Perú. Hombres de pensamiento y de acción pasaban de uno a otro país y servían con pasión a la segunda patria que los acogía, como Sarmiento y Bello. Todos ellos de una u otra forma luchaban y sufrían por hispanoamérica. Los dos grandes libertadores, uno desde el norte y otro desde el sur pronunciaron una gran confederación de naciones hermanas. El continente fue dividido por luchas fratricidas, muchas de ellas perversamente montadas por las grandes potencias... Al haber perdido la idea profética de aquellos fundadores, haber llegado hasta este dramático presente y hasta que los pueblos de nuestro continente no logren integrarse verdadera y solidariamente seguiremos avanzando hacia un porvenir cada vez más aciago, manejado por los poderes y con todos los recursos de los amos de la propaganda, y el dominio económico que se disputan el control absoluto del planeta..."



## La educación

"...Con cuánta tristeza he meditado en este país destruido y ensuciado por los gobernantes. Y la mayor parte de los políticos tan lejos de la Argentina de mi adolescencia. Con extraordinarias universidades que dio grandes hombres al mundo pero que ahora es apenas la ruina de un hermosísimo castillo. La educación de la Argentina llegó a ser algo excepcional. Tal vez porque no sólo fue concebida sino llevada a cabo por una generación de intelectuales que no ha vuelto a tener su fuerza política o quizá porque en los últimos tiempos el poder no pasa ya por el intelecto. Lo que nos hizo ser reconocidos y respetados en el mundo entero fue la calidad de nuestra cultura. Nuestros institutos tuvieron un prestigio y una calidad similar a los centros de Europa. En ellos se formaron profesionales que luego eran reconocidos con honores en todas partes del mundo. Tal era el nivel en el cual egresaron y esta calidad fue obra de los intelectuales que en el siglo pasado sentaron las bases de una educación libre y gratuita. Lo que permitió que pobres hijos de

inmigrantes llegaran a ser médicos, ingenieros, abogados, científicos, gobernadores, hasta presidentes de la República..."

"... tal vez los sorprenda, pero aquí en 1936, varios años antes que Sartre descubriera el existencialismo, el profesor Carlos Estrada publicó un libro en la Argentina que se llamaba 'Existencialismo y Fenomenología'. (Además de haber sido discípulo directo de Heidegger). En nuestras universidades

humanísticas había un sentimiento, una concepción infinitamente más cercana a todos los movimientos existencialistas que en Francia. Pero ocurre que cuando las cosas suceden en París inmediatamente se transforman en moda, no sé si es por la habilidad que tienen los franceses para difundir sus movimientos, sus escuelas, sus pensadores o por el snobismo que el mundo tiene respecto a París.

Muchos se enteraron recién del existencialismo cuando comenzaron a salir artículos en la revista Vogue, con un cierto tinte de Christian Dior, en la que se difundía al mismo tiempo junto a una publicidad de medias, un tipo de peinado, el color de los vestidos, el último modelo de autos. Cuando en Argentina ya se leía Heidegger o Dostoievski y Kafka mucho antes que en grandes capitales de Europa. En Buenos Aires daban Bertolt Brecht cuando en otros lugares era prácticamente desconocido. Por ello, el mundo no comprende cómo con el nivel de nuestra cultura acabamos siendo una marioneta de las naciones

poderosas, apenas una oficina manejada por extranjeros..."

### La clase política

"...Hace muchos años atrás un economista francés me decía que no alcanzaba a comprender cómo acá se concentraba una elite científica, artística y técnica de primer rango internacional y cómo nuestros gobiernos habían sido de tercer tipo. En general esto es cierto, pienso que recién el día que seamos capaces de tener una clase política equiparada a lo que fue nuestra elite científica e intelectual recién entonces habrá un nuevo comienzo para nuestra nación..."

"...Me angustia el enorme deterioro de nuestra sociedad... la impunidad y la corrupción están por todas partes y me estremece que la gente llegue a pensar que no se puede hacer nada. ¿Cómo puede la gente confiar en una clase política que se ha revestido de mentiras, robos, mafias, sin que pase nada?. Vivimos en una gran inmoralidad en la que todo parece estar permitido. La falta de sentido del honor, de la dignidad es angustiante.

El cargo de nosotros es exigir que los gobiernos vuelquen sus energías para que el poder adquiera la forma de la solidaridad, que promueva y estimule los actos libres, poniéndose ante todo los deseos del bien común, que no debe entenderse como la suma de los egoísmos individuales, sino como el supremo bien de la comunidad..."

### La globalización

"...En este siglo ha cundido de tal manera el nihilismo que se hace prácticamente imposible la transmisión de valores a las nuevas generaciones. De todas maneras, tengo confianza en que los más jóvenes nos van a salvar... La falta de gestos humanos genera una violencia a la que no podremos combatir

con armas, únicamente un sentido más fraterno podrá sanarla. El objetivo fundamental que hoy debe plantearse la educación es aquella misma tarea que con absoluta lucidez predijo Simón Wifé: 'Preparad para la vida real, formad al ser humano para que él mismo pueda entretener en este universo que es su herencia y con sus hermanos, cuya condición es idéntica a la suya, relaciones dignas de la grandeza humana'. La tragedia que atravesamos no es únicamente la crisis de un determinado sistema sino la tragedia de toda una concepción del mundo y de la vida. La pseudo idolatría de la técnica y la explotación del hombre, no hubo medio que no lo utilizara para la obtención de dinero. Este enriquecimiento no ha sido llevado adelante para todos y como país, alentado por un sentido de comunidad. Durante largos años no se trabajó y gobernó con un sentido histórico y de fidelidad a la tierra..."

"...Desgraciadamente el resultado ha sido similar al de la estampida que sigue a un terremoto donde en medio del caos cada uno saquea lo que puede. Es innegable que esta sociedad ha crecido llevando como meta la conquista, donde tener poder significó apropiarse y la explotación llegó a todos los regímenes posibles del planeta. Con escalofríos oímos decir que la superpoblación mundial no puede ser asimilada por la sociedad actual. Con esta frase se viene justificando el fundamentalismo económico despiadado, donde millones de vidas humanas están de más. Veinte o treinta empresas como un salvaje animal totalitario tienen el dominio del planeta en sus garras. Continentes enteros en la miseria junto a otros con niveles tecnológicos, posibilidades de vida asombrosas, a la par de millones de hombres desocupados, sin casa, sin asistencia médica, sin educación..."

"...La llamada globalización ha hecho estragos incomparables, ya es difícil encontrar la originalidad en las personas y un idéntico proceso se cumple en los pueblos. La gente tiene temor que por tomar decisiones que hagan más humana su vida pierda el trabajo, sean expulsados, pasen a pertenecer a esas multitudes que corren acongojadas en busca de un empleo, que les impida caer en la miseria.

La total asimetría en el acceso a los bienes producidos socialmente está terminando con la clase media y el surgimiento de millones de seres humanos que viven en la miseria está permanentemente delante de nuestros ojos, por más esfuerzo que hagamos para cerrar los párpados..."

"...Las crisis sociales y políticas siempre van acompañadas de una perversión semántica. ¿Acaso ahora no se puso de moda el eufemismo neoliberal?. Nada más alejado de una auténtica libertad. Bajo el imperio de poderes totales e invisibles se está arrojando a la mayor parte de la población a la miseria. Y esta miseria se la debemos al fundamentalismo económico que está generando un mundo de injusticia social y de chiquitos que mueren de hambre. Tengo la convicción de que algún día se deberá examinar la historia a través de la lingüística comparada, comprenderemos el poder político, económico y espiritual de una nación. En tiempos en los que priman los valores materiales del economicismo suele pensarse que los libros y la cultura no tienen el peso estricto que en verdad poseen para la vida de una nación..."

"...Como bien dijo Alfonso Reyes: 'América fue creada por utopistas y por poetas'. Nuestras pobres naciones fueron creadas por esa clase de jóvenes que en Rusia se llamaban la "intelligentsia", por

hombres que a veces, literalmente, con libros en la mano realizaron proezas asombrosas.

No fue azar que Bolívar haya jurado la libertad de América sobre un libro de Rousseau. Piensen también en las hazañas, los sacrificios, los tormentos, los portentosos hechos que la humanidad ha sido capaz de cumplir gracias a La Biblia, al Evangelio, al Corán. Contra todo lo que puedan pensar quienes sólo creen en los valores materiales, son las grandes obras del pensamiento las que han movido al mundo..”

### El escritor

“...El hombre necesita la narración de aquellos valores de su propia vida y de su propia historia. De ahí la trascendencia de una literatura profunda que es para la comunidad lo que los sueños para el individuo, una descarga, a veces salvaje, en todas las demostraciones. Descripciones, falsificaciones y humillaciones, por eso los escritores más que una función pedagógica tienen a su cargo una función ética. Tienen la obligación de acabar con la jerga mentirosa llevando a cabo una tarea de saneamiento semejante a la de las zanjas que hacen correr las aguas cenagosas. La raza de escritores a la que siempre imité, admiré, era de aquellas que en su búsqueda del sentido crearon obras de cuya desnudez y desgarró la verdad encontró un lugar donde manifestarse. La tarea del escritor es la de entrever los valores eternos que están implicados en el drama social y político de su tiempo...”

“...Cuando alguien con un alma tan noble amonesta a su patria lo hace porque conoció el tamaño de su grandeza. Así lo hicieron con un corazón desgarrado y sangrante Nietzsche, Tolstoi, que luego de desternillarse de risa con las discusiones que les leía su amigo Hölderlin terminaron exclamando

con la voz quebrada por la amargura. ¡Dios mío! ¡Qué triste es Rusia!...”

### Nuestro tiempo

“...El vértigo y la presión con que vive el hombre, en la actualidad, tiranizado por acontecimientos extremos lo ponen frente a situaciones límites de la existencia. Se me encoge el alma al ver a la humanidad en este vertiginoso tren en que nos desplazamos atemorizados sin conocer la bandera de esta lucha, sin haberla elegido. ¿Se puede conocer a esta velocidad? De ninguna manera. Ni el vértigo, ni sus frutos, ni su progreso. El hombre no se puede mantener humano a esta velocidad. Si vivió como un autómatas será aniquilado...”

“...Con desconsuelo he recordado que en una de sus grandes elegías Hölderlin anunciaba que en el futuro llegaría la era de los titanes. Tal es así, a cada hora el poder del mundo se concentra y globaliza y la mayor parte de la humanidad está empleada de un poder abstracto. Hay empleados que ganan

más u otros que ganan menos. ¿Pero quién es el hombre libre que toma decisiones? Esta es una pregunta radical que todos debemos hacernos hasta escuchar en el alma la impostergable responsabilidad a la que estamos llamados. Vivir es estar en el mundo. En una cosmovisión histórica determinada. En una circunstancia que no podemos eludir, que no debemos eludir. Como dijo Sartre una vez: 'lo que el sufrimiento, lo que mil años de historia no podrán destruir, es esta decisión irremplazable, incomparable que el hombre toma en este momento a propósito de estas circunstancias'. Pero en general, los hombres no nos acercamos siquiera al umbral de lo que nos está pasando a todos. Entonces perdemos la oportunidad de habernos juzgado, de llegar a morir en paz domesticados en la obediencia a un sistema que no respeta la dignidad del hombre. Una sociedad que exalta y preconiza la vanalidad, la competencia, el éxito, inevitablemente también los vínculos entre los seres humanos se encuentran



**PARACTIVA  
ESTUDIAR**

**PARACTIVA  
ESTUDIAR**



#### CICLO ANUAL EN NEUROREHABILITACIÓN 2000

(Harry Bachmann - Lic. Fernando Cattini)

SEPTIEMBRE	9/10	PARAPLEJICOS II
OCTUBRE	7/8	TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO I
NOVIEMBRE	11/12	TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO II
NOVIEMBRE	25/26	HEMIPLEJICOS III
DICIEMBRE	2/3	PARAPLEJICOS III

#### CICLO TERAPIA OCUPACIONAL (T.O. Maria Ines Villanueva)

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

#### CURSOS ESPECIALES

SEPTIEMBRE 13	EMPIEZA GRUPOS DE ESTUDIO III (Harry Bachmann)
SEPTIEMBRE 16/17	ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS EN NEUROREHABILITACION I (Bachmann/Calaramé)
SEPTIEMBRE 23/24	COLUMNA VERTEBRAL (Carola Beetschen)
SEPTIEMBRE 30	ENTRENAMIENTO EN SILLA DE RUEDAS (Carlos Bregiani)
SEPT/OCT.	NEUROREHABILITACION PEDIATRICA
OCTUBRE 21/22	ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS EN NEUROREHABILITACION I (Bachmann/Calaramé)

#### INFORMES E INSCRIPCION: PARACTIVA-ESTUDIAR

ARAOZ 1902 - CAP. FED. TEL/FAX:011- 4832-2048 -e-mail: paractiva@house.com.ar  
• LUNES A VIERNES de 14 a 18 •

desacralizados. Y esta profanación puede ser únicamente subsanada con la mirada que cada uno dirija a los demás. Es un abrazo el que nos puede dar el gozo de pertenecer a una aurora grande que todo y a todos incluya..."

**La resistencia**

"...Y sobre todo debemos resistir, luchar y participar. Porque una democracia necesita de la participación activa de sus ciudadanos para existir, de lo contrario es masificadora y genera indiferencia y conformismo..."

"... Nietzsche expresa con toda gravedad el compromiso ético que deberíamos asumir. Decía: "que mi única negación sea apartar mi mirada, por encima de todo no quiero ser por esta vez nada más que alguien que en cualquier circunstancia solo diga sí". Enseguida, los hombres nos reclaman... Frente a ellos es que debemos resistir, tenemos que abrirnos al mundo porque es la vida de nuestra tierra la que está en peligro. Este compromiso debemos asumirlo como la tarea más propia. Con la gravedad de los momentos decisivos. La situación es muy grave, gravísima y nos afecta a todos. Las

*Ernesto Sábató nació en Rojas, provincia de Buenos Aires, en 1911. Hizo cursos de filosofía en la Universidad de La Plata, trabajó en el Laboratorio Curie (Francia) y abandonó las ciencias en 1945 para dedicarse a la literatura. Ha escrito varios libros de ensayos: Uno y el universo, Hombre y engranajes, El escritor y sus fantasmas, Apologías y rechazos; tres novelas: El túnel, Sobre héroes y tumbas y Abaddón el exterminador y en 1998 sus memorias: Antes del Fín. La Resistencia, su último libro, es un llamado a luchar por un mundo más humano donde imperen los valores de la solidaridad, el amor, la fe, el amor a la patria.*

*En 1983 fue elegido presidente de la CONADEP, de esta tarea fue fruto el volumen Nunca Más. En 1984 obtuvo el premio Cervantes y en 1989, el premio Jerusalén.*

ilusiones, la miseria, la deslealtad, la derrota, la humillación, todo eso es cierto... Como afirma Junger: 'en los grandes peligros se buscará lo que salva a la mayoría'. Por eso nuestro deber es arriesgarnos, las experiencias hondas son el amor y la solidaridad..."

**La esperanza**

"...Nuestra esperanza se basará así en algunos que se nutren de ese manantial oculto del que surge el coraje para seguir luchando. Muchos ya lo están haciendo, son millones de hombres y mujeres que anónimamente sostienen la condición humana en medio de la mayor precariedad, dándonos un testimonio de luz en medio de las tinieblas. Hay

millones de personas que se esfuerzan por no traicionar los legados, a pesar de las derrotas, los fracasos, ya están resistiendo. Algunos dirán que son una minoría pero esa minoría está sosteniendo la batalla a favor de una nueva libertad. Esa lucha requiere de grandes sacrificios, es nuestro compromiso negarnos a ser asfixiados por la desesperación. No podemos olvidar en estos

tiempos ya gastados en sus valores que hay quienes en nada creen pero también hay multitudes de seres humanos que trabajan y siguen a la espera como centinelas. En medio del miedo y la depresión que prevalecen en este tiempo van surgiendo desde abajo, imperceptiblemente, atisbos de una elite que busca en medio del abismo la recuperación de una humanidad que se siente a sí misma desfallecer. Nada es más importante que alentar ese impulso. Todo lo que podamos hacer por ellos es imprescindible, es urgente..."

"...Quiero recordar a Nietzsche, una vez más cuando afirma: 'Hagamos a los que no saben vivir de otro modo el viento que se ve en el ocaso, pues ellos son los que pasan para el otro lado'. Fundamentalmente palabras estas, porque sin duda lo que hoy nos toca es atravesar un pasaje, no es un momento más de la historia. Esta es una hora decisiva, no para este o para aquel país, sino para la tierra entera. Sobre nuestra generación pesa el destino, es esta nuestra responsabilidad histórica. Unidos en la entrega a los demás y en el deseo absoluto de un mundo más humano, RESISTAMOS. Esto bastará para esperar lo que Dios nos depare..."



**CURSO  
TALLER**  
**Férulas en  
Termoplásticos**

Dirigido a graduados y estudiantes avanzados

Lidia Cistoldi T.O.

Tel/Fax.: 4328-1894 Part.: 4633-1831

Consulte por cursos en todo el país



# Salud Ocupacional. La Salud de los Trabajadores<sup>1</sup>

A principios del S. XVIII, la explotación de las minas de mercurio y cobre provocaba en los mineros lesiones internas y externas en las manos, piernas, ojos y fauces. Agrícola refiere (14) que en las minas de arsénico "las manos y las piernas se carcomen hasta los huesos". Los alfareros, para vitrificar la arcilla de las piezas usaban plomo calcinado y caliente cuyos humos y vapores eran absorbidos por la mucosa nasal y la piel, y al poco tiempo empezaba un temblor de las manos, más tarde parálisis de los miembros y finalmente se volvían caquécicos, desdentados, y era raro no encontrar un alfarero con rostro cadavérico y plúmbeo".

"Confieso -escribía Bernardo Ramazzini, considerado el padre y fundador de la medicina del trabajo, en su libro 'La enfermedad de los artesanos', publicado en Módena en 1701- haber sentido el estómago revuelto cada vez que entré en esos talleres no soportando el mal olor sin experimentar dolores de cabeza o vómitos".

En 1713 (9, p8) ya había distinguido claramente dos causas de las enfermedades profesionales, el carácter nocivo de los materiales y "los movimientos violentos e irregulares y las posturas contranaturales del cuerpo, debido a lo cual la estructura natural de la máquina vital es tan deteriorada que gradualmente se desarrollan graves enfermedades". Toma como ejemplo el caso de las costureras en las que se producen disfunciones motoras caracterizadas por contracturas, temblores y paresias, el tórax en embudo de los zapateros, la cifosis de los sastres y la escoliosis de los picapedreros.

Las enfermedades profesionales de la etapa (9) manufacturera van a modificarse en la etapa de la gran industria con la división científica del trabajo, es decir, la nivelación de los puestos. El trabajo intercambiable, fragmentado y la falta de significado origina una variedad de síntomas psicossomáticos y desórdenes mentales relacionados con la insatisfacción en la tarea.

El trabajo, en las fases más avanzadas del capitalismo (9, p13),

se convierte en un puro gasto de energía en el que el producto del mismo aparece claramente como ajeno y enfrentado al obrero, experimentando la sensación de aburrimiento y también de inutilidad, determinantes fundamentales de la fatiga y de la baja de la productividad, considerándose entonces que esta "enfermedad de la inutilidad" debe ser compensada con nuevas formas de organización del trabajo que le permita al obrero algún margen de creatividad.

Para García (p5), en el discurso médico oficial anterior al siglo XVIII (9, p5) no se establece un enlace claro entre salud y trabajo -los dos ejes que guiarán la presente exposición- y sólo en el capitalismo, la medicina relacionará estos dos conceptos. Es, justamente con Ramazzini, que surgen las entidades nosológicas específicas. Sin embargo, para Cristina Laurell, "la medicina ha tratado esta categoría en una forma empírica que no permite un análisis de la esencia de la relación trabajo - salud ni tampoco identificar lo que determina el surgimiento, desarrollo, transformación o desaparición de conceptos médicos relacionados con el trabajo.

De este modo, la medicina contemporánea considera las consecuencias del trabajo sobre la salud como un fenómeno biológico individual. Su opuesto, el desempleo también sería determinante de enfermedades, tomando en este caso como variable de análisis el aval otorgado por estudios que relacionan nivel de ingreso con determinadas enfermedades, o el desempleo como productor de enfermedades.

Al considerar (p6) sólo el aspecto abstracto o cuantitativo, parte del supuesto capitalista en donde los individuos pueden pasar fácilmente de un trabajo a otro, no importando el género de éste, para finalmente analizar sus efectos como agotamiento o fatiga patológica.

Se ignora de esta forma el aspecto concreto o cualitativo del trabajo, las condiciones en que se produce y la relación subjetiva y transformadora que establece el Hombre con su hacer y que

<sup>1</sup> Trabajo presentado durante el V Congreso Argentino de T.O. y V Simposio Latinoamericano de T.O. La Rioja 1999.

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional de planta del Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Gral. de Agudos P. Piñero (Gobierno de la Ciudad de Bs. As.) e integrante del Comité de Condiciones y Medioambiente del Trabajo de dicho Hospital. Coordinadora de la cátedra Teoría y técnica de TO V (UBA) y de la cátedra Organización y Legislación Laboral (UAI). Responsable del Área de Recalificación Profesional de la ART de Productores de Frutas Argentinas, Cooperativa de Seguros Limitada.

le permite construir su identidad dentro de un marco social. Si puede definirse la salud como el máximo desarrollo de las potencialidades del Hombre de acuerdo al grado de avance logrado por la sociedad en un período histórico determinado, en el capitalismo, el trabajador no puede desplegar todas sus potencialidades en el grado que sería factible, según el desarrollo de las fuerzas productivas, y es así que su crecimiento físico y mental es coartado en relación a estas posibilidades. Cuando no existen las condiciones objetivas y subjetivas para que el trabajo sea estímulo de las potencialidades se convierte en un producto de enfermedad.

Siguiendo la línea causa - efecto, al considerar la salud laboral (1, p 17) el trabajo es mirado como un problema de tipo ambiental, circunscripto estrictamente al sitio de trabajo y evaluado fundamentalmente en términos económicos, es así como se toman en cuenta los daños causados por agentes químicos, físicos, biológicos y mecánicos en sectores industriales.

En esta postura, la Salud Laboral ha estado dominada pro la búsqueda de agentes en la esfera del proceso técnico del trabajo y más específicamente en los factores ambientales del mismo.

Un planteo alternativo requiere, superar positivamente la circunscripción ambientalista, la mirada individual y la causalidad meramente biológica, coherentes con el conocimiento y la práctica médica aún dominantes en nuestra sociedad (1, p17).

Es decir, que en este punto continúa el "paradigma etiopatogénico" iniciado hace cien años por los descubrimientos de Koch, Pasteur y otros, que construyen un modelo de enfermedad donde la infección o daño es producido por un agente específico sobre un huésped individual ubicado en un medio ambiente determinado.

Este modelo epistemológico de la Medicina Laboral, dentro del modelo biologicista de las ciencias biomédicas (13, p 222) puede considerarse formando parte de una profesión educada con un criterio positivista y reduccionista a lo biológico.

Sin embargo, se observó que no era suficiente una causa única, y con el transcurrir del tiempo se consideró que el germen no actuaba en forma aislada sino que debían intervenir además algunos condicionantes como pobreza o desnutrición.

La tendencia actual de la Medicina del Trabajo (13) intenta, entonces, dar un giro hacia un modelo multicausal con cierto predominio de lo que se ha dado en llamar las Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo (CyMAT), integrándose de este modo con su aporte a la Salud Laboral, por definición interdisciplinaria, si bien, aún persisten prácticas desde los modelos biologicistas monocausales puros.

La relación entre trabajo y salud constituye en sí mismo un tema de discusión.

¿Es posible leer la relación desde su aspecto positivo, como

creador y transformador del ser humano y de la materia en función de una utilidad social, o su lectura debe centrarse a partir de los aspectos negativos para el hombre, como factor causa de sufrimiento mental, accidentes laborales y enfermedades profesionales?

### ¿Quiénes trabajan?

El sujeto trabajador (1, p 18) no es un hombre individual aislado e invariable sino el conjunto de trabajadores, con diferentes niveles de capacitación, responsabilidades y autoridad frente al proceso de trabajo, trabajadores que viven y expresan momentos sociales diferentes y que participan de una manera desigual de los productos del trabajo.

Considerar quienes trabajan requiere, en primer orden, describir la historia reciente de la relación salarial.

A partir de una política de pleno empleo en un período que va desde la finalización de la Segunda Guerra Mundial hasta la crisis de los '70, se consideraba que un verdadero empleo era industrial, masculino, asalariado, con garantía de estabilidad, regulado mediante contratos de duración indeterminada y a tiempo completo, indexable según la tasa de inflación pasada (Neffa, 1996 p38).

La relación de dependencia consistía en la locación de fuerza de trabajo por un tiempo determinado, cuya remuneración resultaba de la negociación colectiva o de la intervención del Estado como regulador.

En nuestro país (13, p248) el período de Acuerdo Fordista, que va desde 1950 a 1975, se traduce en un alto grado de intervención y regulación estatal, fortalecimiento del poder institucional de los sindicatos, el predominio de determinadas categorías socio - profesionales de trabajadores, formas de negociación gremial y una organización del trabajo taylorista fordista, determinantes del nucleamiento de los trabajadores en una central única, la CGT, que en 1943 contaba con 80.000 afiliados y en 1970 con 1.510.000.

Una de las conquistas de los sindicatos, a mediados de los '60 fueron las Obras Sociales, un sólido sistema de prestaciones de salud, que la dictadura militar se encargaría de intervenir como modo de debilitar las estructuras sindicales.

En materia de salud, los gremios siguieron dos líneas, la mencionada en el párrafo anterior, más rebajas en medicamentos, mejoras sanitarias de las viviendas. En otra línea, negociaron su salud por beneficios económicos, primas por trabajos riesgosos o aumento de salario por horas extras, más una lista interminable de beneficios que consta en los apartados de las convenciones colectivas de trabajo.

A partir de la crisis de los '70 cae la estabilidad en el empleo, su duración ahora es indeterminada, se modifican los tiempos de trabajo, el tipo de remuneración y se desarticula el poder centralizador de los sindicatos.

En los países en vías de industrialización disminuye la importancia relativa del empleo rural, el de tipo industrial se estanca, y crece muy rápidamente el sector terciario y de servicios. En el sector público se marca un estancamiento y en otros casos disminución de las fuentes de trabajo, tanto en actividades directamente productivas como administrativas y de servicios a causa del



R. Cassol

consecuencia de los ajustes estructurales y las crisis económicas se incrementa el trabajo ilegal infantil, donde queda en peligro su desarrollo físico e intelectual, el abandono escolar hace que los jóvenes ingresen prematuramente al ámbito laboral, generalmente en la estructura informal quedando expuestos a diferentes riesgos profesionales, debido a la falta de

ajuste estructural y los procesos de privatización (13, p 39). Surgen diferentes modalidades como el empleo temporario en las empresas, sustentado por la flexibilización de los contratos y subcontratos, las agencias colocadoras, las nuevas modalidades de negociación por empresa, acuerdos por productividad y una indefinición de los derechos y obligaciones a los que se exponen las partes.

Los trabajadores clandestinos, muchos de ellos migrantes, en nuestro caso de países limítrofes, se exponen a la discriminación y a la transculturación y los trabajadores domiciliarios son víctimas de la inseguridad en el empleo y la falta de protección social, baja remuneración y largas horas de trabajo.

Se observa, a nivel mundial un proceso de feminización de la mano de obra, en los países industrializados representa hasta el 40 - 45% del total. En los países en vías de desarrollo el porcentaje ha crecido y llega en nuestros días fácilmente al 25% del total, aunque que se considera que la cifra debe ser superior debido al sub - registro tanto en el sector formal como el informal de la economía.

Las mujeres son numerosas (2) en empleos poco estables y mal remunerados y en sectores y puestos penosos y poco calificados, en algunas sociedades con tradición cultural patriarcal, suelen ser objeto de trato poco equitativo, debido a su función maternal y su doble función como trabajadora y ama de casa. Con respecto a las edades, mientras que en los países industrializados se prohíbe el trabajo infantil, se prolonga el periodo escolar postergando el ingreso al mercado laboral de los jóvenes, y existe una previsión social que incentiva a los mayores a jubilarse, en los países en vías de desarrollo, como

experiencia, sensibilidad particular a ciertos agentes peligrosos (2, p 303) por su edad madurativa y las condiciones penosas y discriminatorias a partir de la explotación de los mayores que los consideran aprendices. Los jubilados y de edad avanzada no se retiran del mercado productivo debido principalmente a razones económicas.

Por lo tanto, la oferta de trabajadores supera a los puestos disponibles, condición que incrementa las condiciones para el trabajo informal, es decir el trabajo por cuenta propia, actividades no registradas, trabajo no asalariado, la precariedad y transitoriedad los deja al margen de los seguros sociales y sanitarios.

Algunas de las formas actuales de trabajo llegan a constituir verdaderas disfunciones ocupacionales (11), tal es el caso de la "sobreocupación" tanto en los trabajadores de cuello blanco como en los trabajadores manuales (horas extras), que encubre los agudos temores al desempleo y a la disminución objetiva de los ingresos.

Para otros la resolución se da a partir de la "multi o pluriocupación", desempeño de varias actividades simultáneas y sin relación entre ellas, no elegidas sino impuestas ante las causas mencionadas anteriormente. La "frustración ocupacional" se traduce en el ejercicio de una tarea para la cual no se formó, dejando de lado la función para la cual si se dedicó durante mucho tiempo sin posibilidades de encontrar un puesto acorde.

La "deriva ocupacional o versatilidad", se observa generalmente en los jóvenes que rotan sin secuencias lógicas de una tarea a otra motivados por la oferta de trabajo y no por sus intereses.

Un renglón aparte lo merecen los minusválidos, ya que a lo largo de su vida profesional experimentarán grandes dificultades para obtener condiciones de trabajo adecuadas a su estado.

Se concentran en este punto los minusválidos por causas ajenas al trabajo y los que han sido víctimas de las malas condiciones del puesto, ambos objeto de la discriminación y desconfianza. Grupos vulnerables, nuevas modalidades de empleo, carencia de puestos, rotación y falta de pertenencia, hacen que la tradicional historia ocupacional, aspecto clásico de la evaluación que efectúa un terapeuta ocupacional, deba ser reconsiderado y replanteado en cada caso. ¿Abandono de tarea o finalización de un contrato?, ¿Imposibilidad de desempeñarlo por fallas personales o condiciones de trabajo infra-humanas?, ¿Desadaptación a las normas, "acto inseguro" o exigencia de sobre-esfuerzo y cumplimiento de la productividad?, ¿Disminución de la atención y concentración en la tarea o avasallamiento de información múltiple y hasta contradictoria?, ¿Fragilidad y pereza o sub - alimentación por condiciones de pobreza?. ¿Sometimiento neurótico o necesidad económica?. ¿Cuáles son los parámetros de salud de la población trabajadora y la no trabajadora que maneja un terapeuta ocupacional cuando intenta conjugar las variables trabajo y salud?

### Conceptos de salud en Terapia Ocupacional

En el largo camino recorrido por los teóricos de la terapia ocupacional, una constante no explicitada aparece con frecuencia, es la de considerar el trabajo como promotor de salud, frase que implica no sólo un desafío a la patología y al medio social, sino la puesta en juego de un ideal, sin evaluar en detalle las variables que conlleva el puesto al que el paciente-cliente accederá.

En tanto, la demanda histórica para terapia ocupacional, siempre fue de tipo social.

Si bien, como analiza Aurora Escobar (1997, p 25), el modelo humanista de Meyer y Slagle responde a un metamodelo organicista, la demanda se instauró como social en respuesta a las presiones de los veteranos de guerra por la autonomía financiera y la valoración social. Su premisa de salud fue la de lograr la igualdad del Hombre cuando los valores sociales imperantes del tratamiento moral eran la familia, las relaciones entre padres e hijos, la relación con la ley y el trabajo. Para Meyer, la salud era equiparable a la posibilidad de trabajar, medio de construcción del sentido de la realidad, la realización y la organización temporal, evaluando los aspectos intrínsecos más allá de los económicos.

A esta altura, sólo son tomados en cuenta los aspectos benéficos, ¿qué pasaría entonces con los efectos adversos y la posición de este trabajador, por lo general intrahospitalario, con respecto a otros trabajadores?

En 1932, Cody Marsch explicitó su aspiración, la psiquiatría y la terapia ocupacional "intervendrían en la preparación de los pacientes para su reintegración a la comunidad gracias a la enseñanza de aquellos valores y hábitos de trabajo que aprobara la Sociedad".

La meta de terapia ocupacional apunta claramente a la independencia económica con el objeto de contribuir al sostén de la comunidad de la cual formaban parte. Contribuye con el diseño de método de análisis laboral para cada tipo de trabajo intrahospitalario, evalúa y construye una historia clínica de las capacidades y destrezas.

En la década del '40, Louis Hass introduce una evaluación prospectiva de los problemas de tipo social, económico y familiar con los que se encontraría el paciente al abandonar el hospital. La salud, ahora está afuera del hospital y en función de la inserción social, diseñó los rudimentos de las muestras de trabajo.

La adhesión a la corriente reduccionista de las décadas del '40 y '50 hizo que los terapeutas ocupacionales incorporaran los opuestos salud - enfermedad y salud como individualmente determinada, quedando de lado los condicionantes socio - económicos.

El concepto de salud, inscripto en el modelo médico hegemónico permite la construcción del "paciente" subordinado a la relación estructurada en torno al saber - no saber, es decir, el que sabe utiliza un lenguaje subordinante que pretende ser científico, verificado, universal.

El área de trabajo queda desestimada, identificándola con la rehabilitación o asistencia a crónicos, donde persiste en cierto grado la valoración moral positiva del trabajo.

En esta etapa van a desarrollarse los conceptos de destreza y conducta individual (del "paciente") con problemas de tipo físico o psicosociales.

Los terapeutas ocupacionales, reclusos hasta ese momento en los cronarios públicos (18, p181), comienzan a atender la demanda de distintas clases y funciones sociales, por lo tanto a la terapia del trabajo, fomentada por la lógica de la productividad y ligada al asistencialismo a las víctimas del trabajo, la guerra y sus dependientes, se opone ahora la terapia del no trabajo: socialización, adquisición de habilidades educativas, independencia en Actividades de la Vida Diaria, etc. A fines de la década del '60, nuevamente la brújula de las demandas sociales marcan el norte de la praxis.

Autores como Mary Reilly introducen conceptos como capacidad adaptativa del individuo y naturaleza adaptable de la actividad. Para ella el papel productivo del individuo es nodal y los esfuerzos terapéuticos deben apuntar a las capacidades funcionales para la autodeterminación en los aspectos sociales y económicos, satisfactorios para él y la sociedad.

Las teorías y conceptualizaciones son muchas, no así el espacio

para esta exposición, por lo tanto, en las primeras conclusiones sobre el concepto de salud en terapia ocupacional se destacan:

- 1) el valor positivo del trabajo como promotor de salud
- 2) las contradicciones ideológicas de los diferentes autores,

para algunos la salud es individual y para otros es colectiva. Finalizando los '90, una terapeuta ocupacional del Mercosur, Tania da Cruz Terra reflexiona sobre los cambios socio-políticos - económicos ocurridos en el mercado laboral, sus consecuencias en la población y los nuevos desafíos para la terapia ocupacional.

Para esto analiza los valores emergentes del neoliberalismo, competencia, individualismo, salud como mercancía, dependencia capital e ideológica, asistencialismo, selectivismo de la clientela y exclusión. Los valores de la terapia ocupacional, en cambio apuntan a: cooperación -solidaridad, colectivismo, salud como derecho social, emancipación del Hombre - independencia, trabajo como formador y transformador e integración social.

La difundida utilización de términos como productividad, competitividad, desempeño, eficacia, adaptación y su pertenencia al mundo mercantil no son tenidos en cuenta por la autora que formula objetivos relacionados con la aspiración de salud: prevenir y tratar aquellas disfunciones provenientes de las nuevas condiciones del trabajo, considerándolo un derecho, propone reforzar a través de este su carácter de autoconstrucción y de realización de potencialidades. Se destaca, en su propuesta un cambio de posición, utilizar como marco de referencia la salud por sobre el mercado competitivo.

Para Terra, estos cambios constituyen un nuevo desafío para la terapia ocupacional, pero no para la población, ya que la esclavitud, la intolerancia, las formas de alienación y explotación en el trabajo son casi tan antiguas como la humanidad misma. Son, en verdad, una deuda pendiente de la terapia ocupacional.

### **La Salud de los Trabajadores como Derecho**

Para el común de las personas, el trabajo puede ser entendido como un medio de subsistencia, un castigo bíblico, como sinónimo de salud o dignidad.

Pero más allá de las definiciones vulgares y las construcciones teóricas, la posibilidad de trabajar es un Derecho y la oportunidad de hacerlo sin temor a los diferentes peligros es parte de esos Derechos y se manifiesta por consenso universal en documentos de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo y otros organismos. (OPS, 1995).

En nuestro país, la reforma de la Constitución Nacional, en 1994 incorporó algunos de los principios, declaraciones y normas de los Derechos Humanos, otorgándole jerarquía

constitucional. Esto indica que los jueces ya no podrán desconocer el Derecho Internacional en la administración de la Justicia, ni fundamentar la invalidez jurídica (6) de textos tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y otros. Los llamados "derechos de la segunda generación" comprenden los derechos sociales, económicos y culturales que tocan las necesidades más elementales de las personas tales como: alimentación, trabajo y salud.

Para la O.M.S. cada ciudadano del mundo tiene derecho a trabajar en un ambiente seguro y sano, para lograr una vida social y económica productiva, aunque advierte, casi todos los países aún se hallan lejos de esta meta, en especial los países en desarrollo.

En la década de los años '90 (19), la preocupación por la salud de los trabajadores se ha intensificado en razón de los cambios producidos en los modelos de desarrollo y su impacto sobre las condiciones de vida, las condiciones de trabajo y los factores de riesgo en los lugares y entornos de trabajo, que inciden en la salud de la población trabajadora.

En la Cumbre de la Tierra, celebrada en Río de Janeiro en 1992 se determinó que el desarrollo sostenible de una población debe estar centrado en el ser humano, satisfaciendo sus necesidades sin ocasionar efectos adversos a la salud y el medio ambiente.

Este tipo de desarrollo se relaciona con la "Salud Ocupacional" (OPS, p 445), que implica satisfacer las necesidades materiales por medio del trabajo y otras formas de producción, sin poner en peligro a corto ni a largo plazo la salud humana, el ecosistema, o la salud de la comunidad. "El trabajador sano, productivo y motivado es un elemento básico del principio de desarrollo sostenible".

Esto supone el uso cuidadoso y la conservación de los recursos tanto materiales como humanos, utilizando tecnología inocua y aplicación de la prevención primaria (debe tenerse en consideración que el ser humano no es un recurso más sino el fin hacia el cual deben dirigirse los recursos).

Es de destacar que la mayor parte de los riesgos para la salud que han afectado a poblaciones enteras se detectaron primero en grupos de trabajadores, convirtiéndose en un claro sistema de alerta.

Aunque, como señala Agudelo, se han hecho inversiones y denuncias de los daños del medio ambiente, sin tomar en cuenta que la primera exposición al daño en el contacto directo la recibe el trabajador y por extensión sus familiares.

En tanto, desde la postura de la OMS, la Salud Ocupacional toma un cariz multidisciplinario y multicausal que intenta correrla del modelo biogista como ideología tradicional. Su objetivo está dirigido a proteger y promover la salud de los trabajadores mediante la prevención y control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que

ponen en peligro la salud y seguridad en el trabajo.

En el documento preliminar "Global Strategy on Occupational Health for all the way to health at work", que recoge las recomendaciones de la Segunda Reunión de los Centros Colaboradores de la OMS en Higiene del Trabajo, celebrada en Beijing, China en octubre de 1994, se proponen 10 objetivos para el Octavo Programa General de Trabajo.

En el mismo pueden destacarse dos puntos:

1. Fortalecer las políticas nacionales e internacionales de salud en el trabajo y generar las herramientas de política que hagan falta
2. Fortificar los Servicios de Salud Ocupacional.

La Argentina intervino en el convenio 161, Convenio sobre los Servicios de Salud en el Trabajo, aprobado en la Conferencia General de Organización Internacional del Trabajo, el 7 de junio de 1985 y en la Recomendación 171. Convenio que aún no ha sido ratificado mediante Ley Nacional, si bien debe tenerse en cuenta que nuestro país es Miembro Activo de la OIT y por lo tanto está obligado a cumplir los convenios internacionales.

Se estipula que un 17% de la demanda de los Hospitales Públicos se relaciona con accidentes y enfermedades producidos por el trabajo o en situación de trabajo, sin embargo dichas instituciones carecen en su organigrama de Servicio de Salud en el Trabajo que encaucen dicha demanda.

En 1979, el decreto 351 que reglamentó la ley N° 19587 disponía (Título II, Cap. 2) el establecimiento de Servicios de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo con estructuras orgánicas funcionales cuyas funciones deberían estar bajo la responsabilidad de graduados universitarios.

Con respecto a los Servicios de Medicina del Trabajo (Capítulo 3, art. 15), su misión fundamental es la de "promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores, ubicándolos en tareas de acuerdo a sus aptitudes psicofísicas, adaptando el trabajo al hombre y éste a su trabajo".

Sus funciones son de carácter preventivo (art. 16), sin perjuicio de la prestación asistencial inicial de las enfermedades presentadas durante el trabajo y de las emergencias médicas ocurridas en el establecimiento, cesando la responsabilidad cuando se hace cargo el servicio asistencial correspondiente. Coordinados por médicos especialistas, con la colaboración de otros colegas y enfermeros cuyo número se determina a partir de la cantidad de operarios (como mínimo 150), deben además comunicar a la administración (art. 29) del establecimiento las necesidades relacionadas con las condiciones de trabajo, como por ejemplo: cambios de tareas, de esfuerzo menor, tareas sedentarias, precisando además el lapso de las mismas, debiendo los empleadores cumplimentar lo aconsejado en tal sentido por el médico del trabajo. A esto se agrega el llamado de atención y

documentación de las necesidades de modificación de los procesos industriales cuando estos puedan producir trastornos en la salud de los trabajadores.

Con la sanción de la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24557, el decreto 1338/96 intenta evitar una superposición de funciones entre dichos servicios y los que ahora brindarían las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo.

Derogado el Título II, (cap. 2,3 y 4) del Anexo1, mencionado en el párrafo anterior, se establece la posibilidad de que los servicios se brinden en forma interna o externa para cualquier categoría o tamaño del establecimiento determinando algunas excepciones.

El nuevo decreto, en su art 3, explicita que los Servicios de Medicina del trabajo y de Higiene y Seguridad en el Trabajo, tendrán como objetivo fundamental prevenir, en sus respectivas áreas, todo el daño que pudiera causarse a la vida y a la salud de los trabajadores por las condiciones de su trabajo, creando las condiciones para que la salud y la seguridad sean una responsabilidad del conjunto de la organización, agregando en el art. 5° que "El mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores, debiendo ejecutar, entre otras, acciones de educación sanitaria, socorro, vacunación y estudios de ausentismo por morbilidad". Su función es esencialmente de carácter preventivo, sin perjuicio de la prestación de asistencia inicial de las enfermedades presentadas durante el trabajo y de las emergencias médicas ocurridas en el establecimiento, hasta tanto se encuentre en condiciones de hacerse cargo el servicio médico que corresponda.

Entre las modificaciones de este decreto, se encuentran la redefinición del trabajador equivalente con el objeto de determinar las horas médicas que deben ser brindadas, si se toma como ejemplo una fábrica, al comparar la exposición a riesgo de los empleados administrativos con la de los operarios de producción, los primeros demandarían la mitad de las prestaciones médicas, teniendo en cuenta que los Servicios de Medicina pueden ser de carácter interno o externo de acuerdo a la voluntad del empleador.

En la práctica, esta situación se tradujo en una reducción de las horas profesionales y de la capacidad operativa de los Servicios de Medicina del Trabajo dentro de los establecimientos. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo son las encargadas de evaluar dichos riesgos y elevar la información a la Super Intendencia del Trabajo dependiente del Ministerio de Trabajo, entidad encargada de determinar los exámenes médicos específicos y su frecuencia, constituyendo de este modo, los medios de contralor para efectivizar lo expuesto por la Ley. Volviendo al ámbito internacional, las Orientaciones Estratégicas (19, p 5) y Programáticas para la OPS 1999/2002, en lo referente a la protección y desarrollo ambiental incluye los aspectos prioritarios de la salud de los trabajadores en los

siguientes términos: "Para contribuir a que los países actúen sobre los factores físicos, biológicos, químicos y psicosociales, así como sobre los factores organizacionales y los procesos de producción peligrosos que tiene una acción deletérea sobre la salud de los trabajadores, tanto en el sector informal como en el formal".

### La función de la terapia

#### ocupacional en la salud de los trabajadores

De acuerdo a los programas enunciados anteriormente, es posible determinar la inserción del terapeuta ocupacional en este ámbito con los siguientes objetivos.

1. Formar expertos en Salud Laboral.
2. Trabajar interdisciplinariamente en la detección de las sobrecargas de trabajo física y psicológica que provocarían accidentes laborales y enfermedades profesionales.
3. Enseñar nuevas prácticas de trabajo o formas de organizarlo
4. Integrar servicios de Salud Laboral, junto a representantes de la Medicina, Enfermería, Ingeniería en Higiene y Seguridad del Trabajo, Fisiología y Fisioterapia Ocupacional, Ergonomía, Psicología Laboral, Toxicologías, y otros.
5. Integrar Servicios de Expertos para asesoramiento de Empresas que no puedan costear en forma individual un equipo completo.
6. Intervenir en organismos de investigación, comunidades científicas abocadas a la elaboración de las bases científicas para las normas de Salud Laboral.
7. Elaborar Programas de formación de Recursos Humanos en Salud Laboral a nivel universitario, teniendo en cuenta que la escasez de expertos en los países en desarrollo se debe a las pocas oportunidades de empleos para estos ya que no existe una legislación apropiada, y las autoridades y empleadores no las solicitan.

La estrategia mundial (OPS p 449) requiere que para el año 2000, cada país tenga por lo menos un Centro de Investigación en Salud Ocupacional.



### Debate

Hasta aquí, un escueto fragmento de la historia de la salud laboral, la relación con los trabajadores y su devenir más las posturas de los entes internacionales nos dan un panorama sombrío y a la vez enigmático. ¿La relación entre trabajo y salud es siempre positiva y beneficiosa? ¿Trabajar es siempre un hecho

desgraciado?. ¿El trabajo es determinante de la morbi mortalidad de la población?

Cuando los terapeutas ocupacionales piensan en salud laboral, ¿adhieren siempre al mismo concepto de salud?.

¿La salud es entendida como un don de la naturaleza o es una construcción que requiere de la mediación social y el aprendizaje?

Si para la OMS, la salud es un estado de bienestar psicofísico y social, un derecho fundamental cuyo más alto logro constituye un objetivo social, este estado no es dado sólo por la Naturaleza.

Todos nacemos con fragilidades psíquicas y somáticas inscriptas en nuestro genotipo (5 p 140), hipertensión arterial, falta de agudeza visual, insomnio y hasta caries dentales demuestran que la salud perfecta no existe, convirtiéndose en un ideal jamás alcanzado.

Este no es un estado pasivo, el Hombre intenta, por medios naturales o artificiales, compensar sus déficits para llegar a la Normalidad, un estado real y no ideal donde pueden estabilizarse las enfermedades y compensarse los sufrimientos. Estos medios constituyen las defensas, el Hombre defiende su salud mediante el aprendizaje higiénico y de auto protección, conserva el equilibrio para no caerse y romperse los huesos, aprendizaje que no se da sin la mediación de terceros en el campo social.

La salud está fundamentalmente vinculada a la calidad del compromiso del sujeto en la relación con el otro que mediatiza y enseña o acompaña, por lo tanto la salud es tributaria de una dinámica intersubjetiva.

Este compromiso en la relación con el otro no puede reducirse a una interacción cognitiva. Se trata también y sobre todo, de una interacción afectiva. La salud como proceso de construcción de las defensas está estrechamente ligada al amor, y es en esta relación donde el sujeto recibe el reconocimiento de los otros que le permite construir su identidad.

Para Christophe Dejours, la tarea a desarrollar no es más que un conjunto de restricciones impuestas al sujeto que tienen que ver con una racionalidad específica: racionalidad con relación a un fin, el de la producción según criterios de productividad, desempeño y eficacia que tienden en un primer momento a romper los procesos de construcción de la salud antes mencionados.

Si el sujeto logra en un segundo momento reapropiarse de su salud, transformará los riesgos del trabajo en medios de realización utilizando su sensibilidad, inteligencia y creatividad. Si no logra hacerlo, el trabajo se convertirá en generador de alienación, ruina del deseo de vivir y derrumbe de las defensas

adquiridas.

Así, el sujeto trabajador se debatirá entre la racionalidad de los objetivos materiales de producción (tarea impuesta, productividad, desempeño, eficacia, utilizando una racionalidad cognitiva instrumental) y la racionalidad en relación a la salud o realización de sí mismo, reconocimiento de los otros, gratitud por su soporte, sentirse útil a partir de objetivos subjetivos. El tercer aspecto lo constituirá la racionalidad social, con sus normas y valores.

La presente exposición no pretende ser un cierre sino una iniciación al debate sobre la conceptualización acerca de la salud de los trabajadores, reiterando las preguntas abiertas; ¿Qué entiende un terapeuta ocupacional por trabajo y por salud? ¿Cómo define la salud laboral? ¿Cómo articula las variables y cómo las aplica en la población? ¿Cómo construye sus instrumentos técnicos y cuáles son sus metas?



## Bibliografía

- 1 Apudelo, Saul Franco. "La salud y el trabajo". Cuadernos Médicos Sociales N° 35, marzo de 1986. Editorial: Centro de estudios sanitarios y sociales. Asociación Médica de Rosario. Cess
- 2 Clerc, J. M.: "Introducción a las condiciones y el medio ambiente de trabajo". Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra. Segunda Edición 1991
- 3 Da Cruz Terra, Tania: "Clarificando ideas para ver posibilidades". Trabajo presentado en el V° Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional, octubre de 1997. Mesa redonda "Mercado: sumando ideas y multiplicando posibilidades". Publicado en la Revista Materia Prima. Año 3 N° 8, agosto de 1998
- 4 Decreto 1338/96. Servicios de Medicina y de Higiene y Seguridad en el Trabajo
- 5 Dejours, Christophe. "El factor humano". Asociación Trabajo y Sociedad. Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo. (CONICET). Editorial Lumen Humanitas. Traducción Irene Brousse. Impreso en Argentina en 1998
- 6 Demiryi, Milagros. "El derecho a tener derechos. Pobreza y discapacidad". Materia Prima. Año 2 N° 7, Mayo 1998
- 7 Dessors, Dominique y Guiho - Bailly, Marie- Pierre (comp) "Organización del trabajo y salud". De la Psicopatología a la Psicodinamia del trabajo. Asociación Trabajo y Sociedad. Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo. (CONICET). Editorial Lumen Humanitas. Traducción Irene Brousse. Impreso en Argentina en 1998
- 8 Escobar, Aurora. "Modelos teóricos de Terapia Ocupacional". Artículo publicado en la Revista Materia Prima, Año 4 N° 12, Junio 1999
- 9 García, Juan C. "La categoría trabajo en la medicina". Cuadernos Médicos Sociales. Editorial: Centro de estudios sanitarios y sociales. Asociación Médica de Rosario. Cess. Director Carlos Bloch. Biblioteca OPS. 1983
- 10 Mandrigán y Cols. Journal of Work and Environmental Medicine
- 11 Malfé, Ricardo. "Disocupación y dis-ocupación". Trabajo libre. 1° Congreso Nacional y 2° Congreso de Psicología Laboral de la Ciudad de Buenos Aires. "Trabajo humano, psicología e interdisciplina". Abril de 1989
- 12 Oficina Sanitaria Panamericana. "Salud ocupacional para todos: propuesta para una estrategia mundial de la OMS". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 119. 1995. Temas de actualidad
- 13 Papaia, Marta (compiladora) "Trabajo y empleo". Un abordaje interdisciplinario. Coediciones Eudeba Paite. Primera edición 1996. Capital: Neffa, Julio: "Reflexiones acerca del estado del arte en Economía del Trabajo Empleo". Cap: Nieto, H y Rositano, R.: "La Medicina del Trabajo en la Argentina 1987- 1993: Teoría y Práctica". Cap.: Catalano, Ana y Novick, Marta: "La Sociología del Trabajo al encuentro de las Relaciones Laborales en un marco de Incertidumbre"
- 14 Pavese, Esteban y Gianibelli, Guillermo: "Enfermedades profesionales. En la Medicina del Trabajo y en el Derecho Laboral". Editorial Universidad. Segunda edición actualizada. Buenos Aires. 1992
- 15 Reglamentación de la Ley N° 19.587, aprobada por Decreto N° 351/79.
- 16 Sbriller, Liana: "Trabajo y esquizofrenia". Tesis. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1995. Inédito.
- 17 Sbriller, Liana. "Introducción a terapia ocupacional". Marcos conceptuales. Catálogos. 1997
- 18 Teixeira Soares, Lea: "Terapia Ocupacional. ¿Lógica del capital o del trabajo?". Editorial Hucitec. San Pablo, Brasil. 1991.
- 19 Tennassee, Luz Maritza: Salud de los Trabajadores en la Región de las Américas, Plan Regional. Organización Panamericana de la Salud (POS/OMS). División Salud y Ambiente (HEP) (Programa sobre la salud de los Trabajadores) Abril de 1999.

# Atención Primaria de la Salud

## ¿Salud para todos en el año 2000?

El origen de la Terapia Ocupacional está impregnado por el asistencialismo y las Instituciones cerradas. Como toda disciplina, avanza sobre nuevos campos y comienza lentamente un proceso de autocritica a este origen y a la circunscripción de sus acciones al único eje de la enfermedad.

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud, decidió que la meta social para alcanzar un nivel de salud para todos en el año 2000, con desarrollo social y económico, era la llamada "Salud Para Todos en el Año 2000". En 1978, la Conferencia Internacional en Alma-Ata<sup>1</sup> (URSS), decidió que la clave para llegar a esta meta social era la Atención Primaria de la Salud (APS) y recomendó a los estados miembros la formulación políticas nacionales y regionales, los gobiernos conformarían el plan de acción, dándole prioridad a la accesibilidad a los servicios de salud, mediante la expansión y la estructuración de los servicios con equidad, efectividad y eficiencia.

El mundo reconocía la importancia de la prevención y promoción de la salud y se ponía en cuestionamiento el "estado de bienestar", dándole lugar a la participación comunitaria: la decisión del ciudadano en conjunto con los técnicos.

"Atención Primaria es la estrategia idónea y seleccionada para cubrir a toda la población con actividades de buena y baja tecnología y de buena calidad, con participación y aceptación de la comunidad. Las actividades deben comprender la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud"<sup>2</sup>

Incorporar la concepción de la estrategia de APS contempla inevitablemente sumar conceptos de promoción, prevención, comunidad, integralidad, sistema y salud como proceso social.

Los terapeutas ocupacionales hemos comenzamos a entender este complejo proceso, y es entonces que, inevitablemente, se produce la salida de los consultorios, discursos y "estados de bienestar" para comenzar a operar concretamente en las condiciones de vida de nuestro pueblo.

Si bien 1978 marca un momento declarativo entorno a la APS, los países denominados socialistas previamente desarrollaron con éxito la estrategia de APS. Como dice Mario Testa "...es necesaria la contextualización de la atención primaria de la salud en el sistema de salud en el que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial. Es decir, la atención primaria de salud puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica, como la que puede observarse en los documentos de la OMS...".

La siempre controvertida Cuba desarrolla esta planificación desde la década del '60. Los grandes presupuestos en salud no delimitan el contenido de la planificación, ni la decisión política de llevar adelante las acciones donde el pueblo sea protagonista de este proceso.

La APS tal vez fue el producto de los aires libertarios de las décadas del '60 y '70, también sólo fue una proclama. Después de 20 años de la Declaración de Alma-Ata, las diferencias se han profundizado, el proceso de salud - enfermedad se determina cada vez por las condiciones de vida de la población.

Será necesario entonces desempolvar los lineamientos básicos de la APS: integralidad, participación y equidad, pero estar atentos en el contenido ideológico de cada acción. Mario Testa sentencia nuevamente "atención primaria de la salud o atención primitiva de la salud".

Se puede trabajar en "comunidad", en un "barrio periférico" y estar al servicio del control social. Se puede estar realizando una intervención compleja como es la rehabilitación con un compromiso explícito, enmarcada en una planificación al servicio de la gente y conformar la estrategia de APS.

En relación a la "puerta de entrada", a la promoción y prevención en el plano comunitario, los terapeutas comenzaron a realizar algunas acciones en la década del '80: la rehabilitación con base en la comunidad de los riojanos, los primeros programas de estimulación temprana en los barrios periféricos en la ciudad de Mar de Plata, los programas de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de Capital Federal, fueron antecesores del presente y de lo que vendrá.

Es prioritario que los contenidos básicos de la APS sean transmitidos en la formación "Pensar y hacer en salud".

El eje de la enfermedad y el modelo médico hegemónico impregnó nuestros orígenes.

Somos profesionales autónomos que hemos crecidos junto a nuestra disciplina y algunos decidieron apostar a la participación, a la autonomía y a la autodeterminación.

De esto trata este Dossier.

<sup>1</sup> Ver anexo

<sup>2</sup> IV Jornadas de APS y I Jornada de Medicina Social, Bs. As., 1989

**Terapia Ocupacional. Rol del T.O. en  
Prevención Primaria inserto en el  
trabajo barrial comunitario<sup>3</sup>**  
*por María Eugenia Veyra<sup>4</sup> y Emma  
García Cein<sup>5</sup>*

Es un compromiso y un desafío para Terapia Ocupacional, participar activamente en el logro de una nueva sociedad con mejores condiciones de vida. Sociedad en la que actualmente, las múltiples perturbaciones y la paralización provocadas por el desempleo, la burocratización, la urbanización desmedida, las alteraciones y el caos creciente de la vida cotidiana, minan las instituciones básicas (familia, escuela y comunidad) que debieran sustentar el desarrollo de las capacidades y la personalidad humanas de la niñez en adelante.

Para intervenir desde un abordaje comunitario, se parte del concepto de salud desde el paradigma social, entendiendo a la salud, no sólo como la falta de enfermedad, sino como la capacidad de lucha individual y social para modificar las condiciones que limitan la vida.

La salud es una cuestión social, y en cuanto social también política. Desde esta mirada la salud es un proceso histórico, social y culturalmente determinado, relativo al estilo de vida y a la calidad de vida de los pueblos y a sus condiciones de accesibilidad a los diferentes tipos de oportunidades (culturales, económicas, políticas, geográficas, espirituales...), en cada lugar y tiempo. Por lo tanto, se expresa a través de las distintas modalidades del enfermar o de amenaza de daño, como así también en las

diferentes maneras cotidianas e institucionalizadas de relacionarse socialmente. Esto implica que las intervenciones se amplíen no solo contra la enfermedad, sino a luchar por una mejor calidad de vida, es decir, prevenir la aparición de los factores que hacen que una comunidad o grupo humano funcionen de modo patológico o tengan la capacidad de provocar patologías en sus miembros.

Acordamos con el Dr. Robert Myers, en las líneas de argumentación para obtener mayor apoyo a los programas de «atención y desarrollo en la primera infancia», haciéndolo nosotras extensivo a todos aquellos programas de abordaje comunitario, que contemplen al hombre en todas las etapas de su desarrollo.

Estas líneas de argumentación son las siguientes:

**Derechos Humanos:** El Hombre tiene derecho a vivir y desarrollar su potencial plenamente.

**Valores Morales y Sociales:** deberán ser preservados y transmitidos de generación en generación.

**Valor económico:** todo programa basado en la Prevención Primaria beneficia económicamente a mediano y largo plazo a la sociedad que lo implementa.

**Eficacia del programa:** se gana en eficacia cuando un programa se combina con otros.

**Justicia Social:** igualdad de oportunidades a todos los miembros de la comunidad.

**Movilización social:** los programas con acciones sociales y políticas que respondan a las necesidades de la gente,

promueven el consenso y la solidaridad.

**Argumento científico:** que los programas devengan del conocimiento científico.

**Circunstancias sociales y demográficas cambiantes:** considerar el incremento de las migraciones de las estructuras familiares del campo a la ciudad, de provincia a provincia, desde otros países, la irrupción de las mujeres al campo laboral, etc.

Así es como cualquier intervención en Prevención Primaria en comunidad requiere la comprensión de los procesos sociales presentes en dicha comunidad. Para ello es necesario conocer lo esencial que la constituye, los modos de comunicación, su mundo cultural, la estructura de poderes, las condiciones de trabajo, alojamiento y vivienda, religiones, los valores que prestigian el enfermar, la vida y la muerte. El campo de la Prevención Primaria debe definirse necesariamente como una producción interdisciplinaria, entendiendo a la interdisciplina como un grupo de profesionales que interaccionan buscando un espacio de confluencia y un código común para operar en un individuo, en la comunidad o cualquier grupo social. La interdisciplina es una construcción que surge en la acción, a nivel de la práctica, tiene que ver más con la resolución de problemas concretos, que con consideraciones teóricas. Terapia Ocupacional está dentro de estas disciplinas, por eso es necesario configurar una intervención social - comunitaria, con un rol de facilitador del medio ambiente que favorezca las capacidades y aptitudes, que inciden en el

<sup>3</sup> Este trabajo es, en parte, un compilado de la tesis de grado presentada por las autoras, en forma conjunta con la Lic. Alicia Patrizi, titulada "Prevención Primaria en salud mental desde Terapia Ocupacional".

<sup>4</sup> Licenciada en Terapia Ocupacional, Docente de la cátedra T.O. en Psicopatología Infante Juvenil, Universidad Nacional de Mar del Plata; T.O. Dpto. Salud Mental de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón.

<sup>5</sup> Licenciada en Terapia Ocupacional, Docente de la cátedra T.O. en Prevención Primaria y Comunidad y Dinámica de Grupos, Universidad Nacional de Mar del Plata; Miembro del Comité de Bioética del Centro Médico Marplatense; T.O. de G.A.D. (grupo de ayuda al drogadependiente).

desarrollo de la persona.

La Terapia Ocupacional es una disciplina que se basa en la recolección, comprensión y manejo de la actividad humana, la actividad que se configura como instrumento propio y distintivo del rol, ha de resultar la organizadora y el núcleo del proceso, no será la única, ya que los elementos que intervienen son múltiples.

Habrán inevitablemente elementos verbales y no verbales en la interacción T.O. - Persona.

La instrumentación de actividades, características de la Terapia Ocupacional, origina nuevas modalidades alternativas de relación, nuevas experiencias perceptuales, que conllevan a la identificación de potencialidades e intereses para construir y reconocer proyectos de vida, cualquiera sea el grupo etareo al que vaya dirigido.

La idea es que el encuentro actividad paciente se constituya como un espacio de crecimiento y aprendizaje. Al ofrecer un espacio para "el hacer" se proporcionará la apertura hacia nuevas experiencias. La posibilidad de evaluación interna, el deseo de comunicación y de participación.

El terapeuta ocupacional deberá intervenir en el subestimado y poco calificado lugar de entender la vida cotidiana, contribuir para que la gente cuide ella misma su bienestar, intercambie conocimientos y sea más consciente de sus propios recursos.

Deberá pasar del objetivo de "hacer para" a un "hacer con" la comunidad en la que sus miembros puedan participar en la resolución de sus propios problemas.

Desde esta perspectiva el T.O., al igual que otras disciplinas, cumplirá la función de facilitador de organizaciones naturales y contribuirá a la conciencia y organización de recursos propios; en definitiva, acompañará la organización

comunitaria.

Entonces tomando como pilares los fundamentos teóricos de la Prevención Primaria, el T.O. utilizará un conjunto de estrategias preventivas tendientes al afianzamiento de un verdadero ejercicio de la libertad, con la participación activa de los miembros en el proceso de adquisición de conocimientos, así como en la forma de cuidados de la salud y en la resolución de los propios conflictos.

Se trabajará en:

Programas desarrollados en el seno de la propia comunidad y a partir de sus propias organizaciones formales e informales; a través de un abordaje interdisciplinario, con una mirada integral, totalizadora, humanista, orientada a la resolución de problemas práctico - concretos frente a la complejidad de los trastornos, lo que conllevará a una mejor distribución de los recursos humanos disponibles y al mejoramiento de la calidad de las propuestas.

Concluyendo

- El rol del Terapeuta Ocupacional ha estado básicamente ligado a dos cuestiones, a la asistencia de la enfermedad y a un modelo profesional de ejercicio liberal.
- La población tiene fuertemente arraigada una postura asistencialista, por la respuesta que históricamente ha recibido. La idea es en Prevención Primaria acompañar al destinatario a ser protagonista de su propio proyecto.
- La Prevención Primaria antes que en la enfermedad, permite la realización de acciones orientadas a modificar los factores que hacen patológica o patógena a una comunidad. Esto hace necesario mantenerse en el plano de la acción

social, limitando la atención especial sólo en aquellas situaciones no resolubles por el sujeto y la comunidad a la que pertenece, y aún así contar con la comunidad para el abordaje terapéutico.

#### Bibliografía

- Winnicot, J. "Realidad y Juego". Editorial Gedisa, 7ma. Edición - Barcelona, 1999.
- Videla, Mirta. "Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria" Edit. Cinco, Buenos Aires, 1994.
- Testa, Mario "Pensar en salud", Lugar Editorial, 1990.
- Pichón Riviere. "El proceso grupal" Edit. Nueva Visión.
- Paganizzi, Liliana "Los medios en T. O.". Malvárez, Silvina "Algunas reflexiones en torno de los paradigmas de la investigación en salud".
- Galende, Emiliano. "Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica". Edit. Paidós, 1987.
- Bauleo, del Cueto, Fernández y otros. "Lo grupal 2" Edit. Búsqueda.
- García Cein, E.; Patrizi, A.; Veyra, M., Tesis de Posgrado "Prevención Primaria en Salud Mental desde Terapia Ocupacional"
- Myers, Roberto "Los doce que sobreviven" O.P.S.
- Losada, Veyra, y otros. "Proyecto para el posgrado de Administración estratégica en salud mental"

#### Salud comunitaria en el Barrio de la Boca por Fabiana Fenoglio<sup>6</sup>

A través de un acuerdo entre el Hospital General de Agudos Cosme Argerich y el Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario de Salud Mental José T. Borda José T. Borda, en agosto de 1999, se convoca a los profesionales interesados en el trabajo en comunidad. Medicina, Trabajo Social, Terapia Ocupacional y Psicología son las

<sup>6</sup> Terapeuta Ocupacional de Planta del Servicio N° 48 del Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario de Salud Mental José T. Borda

disciplinas que se reúnen ante esta propuesta, conformando un equipo interdisciplinario.

El proyecto se lleva a cabo en el barrio de La Boca delimitándose el área de Vuelta de Rocha, también conocido como barrio chino. Esta se presenta como la zona con menor cobertura asistencial, donde predomina población con mayor índice de pobreza estructural.

### Conformación del equipo

En un primer momento se trabaja sobre los acuerdos y discrepancias de los integrantes del equipo<sup>7</sup> y la definición de un abordaje e ideología en común. Entre los acuerdos surgieron aspectos fundamentales en la posterior inserción del equipo:

- Instrumentación de acciones relacionadas con la Atención Primaria de la Salud
- Acercamiento a la comunidad donde se conocen sus necesidades y dificultades socio-sanitarias.
- Trabajo de campo y relevamiento de datos que permitió posteriormente armar un proyecto adaptado a las características de la población. (Este se diferencia de los abordajes en donde los proyectos surgen del saber de los profesionales y no coinciden con las necesidades de los usuarios)
- Se acuerda un espacio físico en la zona de trabajo que funcione sólo como lugar de referencia.
- Compartir nuestra técnica con los vecinos para aunar esfuerzos que resuelvan situaciones que consideren conflictivas.
- Socializar la información que favorezca el trabajo en red e indicar derivaciones que faciliten una consulta precoz.

La tarea se centra en escuchar las

demandas de la población. En una primera etapa con líderes barriales e instituciones de la zona, luego con los vecinos en sus domicilios.

### Características de la población

El barrio de La Boca se encuentra en la zona Sur de la Ciudad de Buenos Aires, a 15 cuadras de la Casa de Gobierno. La población, en su mayoría padece indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), familias críticas, alta desocupación.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 1991, habitan en el barrio de La Boca 53.721 personas. El número de varones es de 25.549 y de mujeres 28.602. La densidad de población es de 15.357 habitantes por kilómetro cuadrado. El principal grupo etáreo es de 0 a 24 años, siguiendo en orden de importancia los de 25 a 49 años. La tasa de mortalidad del barrio es de 15 por mil. La tasa de natalidad es de 14 por mil (datos del año 1998)<sup>8</sup>

El nivel socioeconómico puede determinarse por el tipo de viviendas que tienen los habitantes del lugar. El área de La Boca presenta un 90 % de sus viviendas del tipo conventillo. Éste es una construcción típica del barrio, principalmente de madera y chapas con balcones de hierro forjado. Cuentan con un patio central al que circundan las habitaciones, compartiendo baños y lavaderos. Se observa un elevado índice de hacinamiento, ligado a las notorias deficiencias sanitarias.

Si bien las cifras censales señalan una media de cuatro a cinco personas por cuarto, no expresan las diversas gamas de situaciones que se dan en la realidad cotidiana del conventillo. Debido a la desocupación y/o a los elevados alquileres es frecuente el agrupamiento de varios

familiares para alquilar, lo que podría provocar trastornos en los vínculos familiares.

Algunas habitaciones presentan deficiencias en la iluminación y ventilación. Están ocupadas por más de media docena de personas, en algunos casos familias de once miembros. Allí viven, comen y duermen hacinados y también se convierten en lugares de trabajo de costureras, planchadoras, etc. Esta situación es agravada por el precario y a veces inexistente servicio sanitario de los conventillos, lo que genera situaciones proclives a la transmisión de algunas enfermedades infectocontagiosas.

El patio es el espacio en común de todos los habitantes del conventillo, donde se comparten la pileta de lavar los platos o la ropa, las letrinas (la mayoría de las piezas no poseen baños, usan baldes o tachos como servicio que luego vuelcan en los baños o letrinas comunes), baños y duchas, la soga para tender la ropa.

Se observa un alto grado de heterogeneidad de creencias y pautas culturales. Muchos pertenecen a sectores sociales medio y bajo - operarios semi y no calificados, empleados administrativos, cuenta propistas, plomeros, albañiles, empleadas domésticas - muchos de los cuales sufrieron pérdida del empleo, por lo que disminuyó su capacidad adquisitiva o se encuentran desocupados.

La mayoría de la población es argentina, le sigue en orden decreciente uruguayos, paraguayos y peruanos, existiendo un porcentaje menor de brasileños. La migración más importante es la del noroeste de nuestro país.

En general, en esta población los adultos son jóvenes - entre 35 y 40 años - y las familias cuentan con un promedio de

7 El equipo de Salud Comunitaria en el Barrio de La Boca está integrado por: Trabajadoras Sociales: Eroles Gabriela, Sastre Susana; Lic. David Natalia, Lic. Farina Mariana; Terapistas Ocupacionales: Sagrera Mónica, Slafein, Adriana, Fenoglio Fabiana

8 Comparativamente, las tasas de la Ciudad de Buenos Aires a la fecha son de mortalidad general 11.3 por mil y la tasa de natalidad de la población 13.0 por mil

cinco miembros.

En este barrio se presenta la mayor concentración de viviendas en situación irregular, el 90 % del área residencial está conformada por inquilinatos.

Algunas familias toman terrenos o inmuebles que no son de su propiedad, respondiendo a su necesidad. La situación de marginación en la que se encuentran se agrava por el estado de ilegalidad de sus viviendas, que a su vez genera comportamientos de semiclandestinidad y permanente inseguridad. A esto se suma la discriminación de la que son objeto por parte de algunos sectores en mejor situación económica que conviven en el mismo barrio.

Las viviendas, en términos generales, son de uso permanente y/o por tiempo prolongado como residencia de las familias, ya sea en carácter de propietarios, inquilinos u ocupantes de hecho.

#### Metodología de trabajo

*"La atención primaria forma parte, tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".* Esta definición de la O P S , coloca el énfasis en la humanización del sistema de salud.

El objetivo de familiarizarnos con la comunidad se realiza gradualmente, a través de distintas acciones, que permiten que los vecinos identifiquen al equipo y ayuda a calmar nuestros temores y ansiedades por encontrarnos ante una experiencia nueva, en un barrio considerado por el imaginario popular como un sector muy peligroso.

Recorrer la zona, establecer reuniones con líderes barriales, con punteros políticos y con los representantes de las instituciones del lugar, es parte de las primeras intervenciones.

Conocer las instituciones locales, y los servicios que ofrecen al barrio, aportan datos en relación a las necesidades de los vecinos.

En la última etapa, se delimitan tres conventillos en los que se centran las primeras acciones de promoción y prevención de la salud. La inserción en los mismos se realiza en equipos formados por una psicóloga, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional que se dan a conocer puerta por puerta. La forma de presentarse es explicitando ser profesionales de ambos hospitales con la intención de trabajar con ellos los problemas que detecten en relación a la salud, vivienda, trabajo, relaciones personales e interpersonales.

#### El rol del terapeuta ocupacional

Resulta difícil definir el rol del T.O. haciendo un paralelo entre la tarea clínico - asistencial y el trabajo concreto en un barrio. Una realidad que no se puede obviar es que en nuestra práctica subyace una ideología que nos permite estar en diferentes escenarios repitiendo las mismas situaciones. Se puede abordar a una comunidad sin pensar en otra alternativa que el encierro, o también podemos desempeñarnos en una institución total, trabajando desde el primer encuentro en función de la externación del sujeto.

Al dar los primeros pasos en la comunidad es innegable que uno se enfrenta a un cuestionamiento del rol, preguntas como ¿qué actividades implemento?, ¿mi hacer tiene una función terapéutica?. Las preguntas acerca de las acciones e intervenciones se aclaran en la medida en que se analiza,

en el barrio, la relación que se establece con cada sujeto, vecino, desocupado, ama de casa o joven sin proyectos.

Lo que define el perfil del Terapeuta Ocupacional en salud comunitaria, es la relación simétrica que se establece entre el vecino y el técnico y la ausencia de un encuadre preestablecido en este vínculo. Rompe con relaciones de poder tradicionales que adjudican el saber solamente a los llamados doctores o licenciados, ubicando a los usuarios del sistema en un lugar de pasividad e ignorancia.

Un aspecto importante es la modificación de los tiempos, en nuestra práctica cotidiana en instituciones, profesionales y pacientes nos adaptamos a los tiempos que en ella rigen, duración de la sesión, posibilidad de turnos, disponibilidad de espacios físicos, horarios de comidas o toma de medicación. En el barrio, los tiempos se acuerdan en relación a la disponibilidad de ambas partes (si un vecino plantea la posibilidad de una changa, se prioriza esa actividad posponiendo la cita). Existe una estrecha relación entre salud y desarrollo, la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

Se plantean contradicciones entre conceptos que marcan nuestra formación profesional y la realidad diaria. La práctica real no sucede en consultorio: un pasillo puede ser el lugar de encuentro con María que subida a su bicicleta rumbo al trabajo plantea su angustia por dejar a sus hijas solas, sabiendo que en la pieza contigua un grupo de muchacho trafican droga.

Al subir escaleras a punto de caerse, al cruzar un patio con aguas estancadas, al escribir bajo la lluvia una nota a un vecino que no abre su puerta, o al ver los golpes que recibió un niño de su padre, es inevitable que cada profesional se preguntarse acerca de su hacer.

Salud es un proceso de constante tensión y conflicto, en la búsqueda permanente de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y bienestar. El estar con un otro, un par que sabe de sus padeceres y lo comparte con un técnico para sumar recursos, armar redes, en pos del bienestar individual y del conjunto, da cuenta de la necesidad de incluir Terapia Ocupacional en la salud comunitaria de nuestra población.

**Bibliografía**

OPS-OMS. "Carta de los años 80". *Salud para todos en el año 2000*.  
 OPS-OMS. "Planificación local participativa". Año 1999.  
 OPS. "Temas de Salud Mental en la comunidad". Año 1992.  
 López, Artemio "El mapa de la pobreza 1". *Población con necesidades básicas insatisfechas, por distrito escolar, barrios y cordones socio-económicos*. Abril 1996.  
 López, Artemio "El mapa de la pobreza 2". *Mortalidad infantil, descolonización y población asentada en villas de emergencias, por barrios y cordones, circunscripciones y distritos*. Junio 1997.  
 Testa, Mario. "Pensar en Salud". Lugar Editorial, Bs. As. Año 1990.  
 Galende, Emiliano "Psicoanálisis y Salud Mental". Editorial Paidós, Bs As, Año 1987  
 \* \* \* \* \*

Terapia Ocupacional en el marco de la Atención Primaria de Salud por Donati Marisel<sup>9</sup> y Guaresti Mariana<sup>10</sup>

*"... Así como en el niño descansa el porvenir del mundo, la madre debe sostener al niño en su regazo, para que sepa que ese es su mundo; el padre debe llevarlo a la colina más alta para que vea como es su mundo".*

*Proverbio Maya*

La meta de Salud para Todos en el Año

2000 reconoce la existencia de desigualdades en la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los diferentes grupos humanos que integran las sociedades. Por sus condiciones de vida, estos grupos están expuestos a distintos conjuntos de factores de riesgo que afectan sus niveles de vida y bienestar. Dicha estrategia define como su objetivo principal la disminución de esas desigualdades y, consecuentemente, señala como sujeto de interés inicial a los grupos postergados.

Las acciones desarrolladas desde Terapia Ocupacional, se encuentran enmarcadas dentro de la estrategia de Atención Primaria de Salud que actualmente rige las políticas en este sector.

Las metas en A.P.S., se alcanzan a través de acciones integrales, afectando no sólo lo curativo, sino fundamentalmente a lo preventivo, denominándolas Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria.

En este trabajo haremos hincapié en la Prevención Primaria, como el conjunto de acciones sobre los factores que hacen que una Comunidad o grupo humano funcione de modo patológico, o tenga capacidad de provocar patologías en sus miembros.

Para esto es imprescindible el conocimiento de la comunidad hacia la cual y con la cual se van a dirigir nuestras acciones, estudiando las características demográficas, sociológicas y psíquicas de las poblaciones, sus condiciones de hábitat, sus vicisitudes económicas, sus niveles de empleo, de cultura y escolaridad, su vida religiosa y las relaciones sociales.

Otro de los ejes claves sobre el cual se apoya la Estrategia de Atención Primaria de Salud, es la Participación Comunitaria; el que la comunidad se constituya en sujeto activo dentro del sistema de salud, permite que la misma se responsabilice de su propio desarrollo.

El proceso de participación comunitaria debe incluir el conjunto de mecanismos necesarios para:

- permitir a la población analizar sus propias necesidades y demandas de salud
- realizar una planificación descentralizada en la que se refleje la opinión de la comunidad
- organizar los servicios de salud de acuerdo con los recursos propios de cada lugar
- evaluar la ejecución y resultados de todo el proceso de atención, comprobando si se satisfacen o no las necesidades de salud de la comunidad.

La única forma posible en que esto se realice, es que la comunidad pueda tomar conciencia de cual es su situación, qué problemas ha de resolver por sí misma, y sobre qué aspectos tiene derecho a exigir soluciones a nivel central. Esta toma de conciencia y participación debe ser propiciada por el Terapeuta Ocupacional junto a otros profesionales de la salud a través de espacios de discusión y reflexión sobre aquellos problemas que más los afectan.

Implica un trabajo compartido que facilita, al Terapeuta Ocupacional junto a otros profesionales de la salud y a la Comunidad, la identificación y análisis de los problemas y la búsqueda de soluciones de acuerdo a su contexto socio-cultural.

Debemos agregar además, que es ampliamente conocido que no todas las personas, familias y comunidades, tienen la misma probabilidad de enfermar o morir. Aquí tomaremos el concepto de *Enfoque de Riesgo* como, toda característica o circunstancia de una persona o grupo que está asociada a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de este proceso. El conocimiento de los factores que

<sup>9</sup> Lic. en T.O., docente e investigadora de la UNMdP

<sup>10</sup> T.O. docente de la UNMdP

intervienen en este proceso de salud - enfermedad, y la intervención en forma preventiva sobre los mismos, nos permite suponer entonces un cuidado no igualitario de la salud y requiriendo que los recursos sean distribuidos y usados con mayor eficacia, eficiencia y equidad, de acuerdo a las necesidades poblacionales o individuales.

La Terapia Ocupacional como práctica de la salud, propone el uso de la actividad como recurso preventivo, posibilitando un espacio de acción y transformación, contribuyendo así al cambio social, a través "del hacer".

Tomando como eje los principios de A.P.S., elaboramos este proyecto desde un abordaje *preventivo - comunitario*, dirigido a la población infantil, comprendida por los niños de 2 a 5 años, de la periferia de nuestra ciudad. Sabemos que el Plan Control del Niño Sano de 0 a 2 años, realiza un seguimiento del crecimiento físico y desarrollo madurativo de los mismos; a partir de los 6 años, el ingreso escolar supone cierto control de su desarrollo. En base a proyectos anteriores, en los que hemos participado, se ha detectado: *trastornos en el desarrollo, trastornos vinculares, escasa concurrencia a jardín de infantes, y en la edad escolar trastornos de conducta y principalmente trastornos de aprendizaje.*

Lo expuesto nos lleva a considerar a la población comprendida por los niños de 2 a 5 años como una población en riesgo. La franja etaria que estamos contemplando, en su mayoría, no acceden al jardín de infantes por diversas razones, entre las que podemos mencionar falta de conciencia por parte de los padres de su importancia, y en otros casos porque son insuficientes los jardines existentes cercanos al lugar donde viven.

¿Por qué un abordaje preventivo -

comunitario desde T.O. a la población de 2 a 5 años.?

El individuo desde su nacimiento atraviesa por un proceso que se lleva a cabo de manera continua e integral, constituido por diferentes etapas. Cada etapa se caracteriza por la aparición de nuevas funciones relacionadas con la anterior.

El niño responde a su ambiente, a partir de la interacción con su madre, su padre, y el medio que lo rodea. Este contexto presenta condiciones particulares de estructura, posición económica y social, creencias, conocimientos, criterios de crianza, etc., factores que influyen directamente sobre el desarrollo del niño.

El niño está integrado a su grupo familiar, por lo que hace necesario un abordaje desde T.O. a todo el grupo, implementando estrategias dirigidas a prevenir alteraciones en el desarrollo integral de los niños que viven en un ambiente empobrecido, o sea, están sujetos a un alto riesgo socioambiental. La introducción de programas de enriquecimiento ambiental y estimulación individualizada permite prevenir en algunos casos o al menos, disminuir algunas alteraciones que desarrollen estos niños.

A partir de los 2 a 5 años de edad, el niño desarrolla su capacidad de jugar solo y con otros niños, aunque persiste el juego paralelo; se evidencia un incremento del lenguaje, se va perfeccionando la actividad gráfica.

El juego es la actividad central del niño y a través de él conoce el mundo que lo rodea. Es una actividad natural y necesaria para el desarrollo. La mayor parte del tiempo el niño lo pasa jugando. A partir del año y medio a dos, Piaget ubica la aparición del juego simbólico, permitiéndole al niño transformar lo real según sus necesidades, y constituyendo su medio propio de expresión, ya que el

lenguaje no le es suficiente para expresar sus fantasías, necesidades o experiencias vividas.

A través de este tipo de juego el niño construye sus propios símbolos, con el fin de repetir situaciones placenteras, elaborar situaciones conflictivas, asumir roles "prohibidos", o desarrollar activamente lo que en la realidad vive pasivamente.

Entonces tomaremos a la función del juego, no sólo como la mera diversión, sino como una función de expansión, creación y transformación del niño y de lo que lo rodea.

Como Terapistas Ocupacionales, la actividad lúdica nos interesa como medio preventivo y diagnóstico. Consideramos que todo desarrollo infantil implica la presencia del juego, destacando la necesidad de favorecer o proporcionar un espacio para jugar.

El niño va adquiriendo paulatinamente su independencia, a través de un proceso gradual y progresivo. Esto debe estar acompañado por un marco de afecto, estímulos y comprensión del grupo familiar, del cuidado y la atención del adulto.

Durante esta etapa el niño comienza a aprender a compartir, respetar reglas y normas. Es en relación con los demás que el niño se va formando la idea de quién es él, y es también en esa relación cómo se constituye el aprendizaje social.

Estos primeros aprendizajes se van complejizando, y sirven como base para la escolaridad.

**Una experiencia desde terapia ocupacional: implementación de talleres preventivos - comunitarios**  
A partir de la observación clínica, realizada en un barrio periférico de la ciudad de Mar del Plata, se detectaron retrasos madurativos en niños comprendidos entre los 2 y 5 años de edad. En encuentros con las madres de

estos niños, organizados por las asistentes sociales, se determinó conjuntamente la necesidad de implementar desde terapia ocupacional talleres preventivos comunitarios.

Las madres participaron de talleres coordinados por el equipo de salud (asistente social, pediatra y terapeuta ocupacional). Estos talleres tenían como eje fundamental la participación activa de las madres.

Los temas propuestos y desarrollados durante los talleres fueron: pautas madurativas, control de esfínteres, alimentación, prevención de accidentes, importancia de los controles pediátricos, ingreso a jardín de infantes, etapas e importancia del juego, lenguaje.

*Se determinó dividir al grupo en dos subgrupos:*

**Grupo A:** compuesto por el grupo de madres de los niños entre 2 y 3 años de edad, las que participaron de talleres de construcción de juguetes y de charlas - debate, a cargo de estudiantes de terapia ocupacional, con supervisión de la terapeuta ocupacional. La duración de los talleres fue de cuatro meses, con una frecuencia semanal de una hora y media de duración.

**Grupo B:** conformado por los niños de 4 y 5 años de edad, con los cuales se implementaron talleres de actividades recreativas, lúdicas y gráficas. Acompañado de orientación a las madres. La duración de los talleres fue de 8 meses, con una frecuencia semanal de una hora de duración.

#### Conclusiones de los talleres

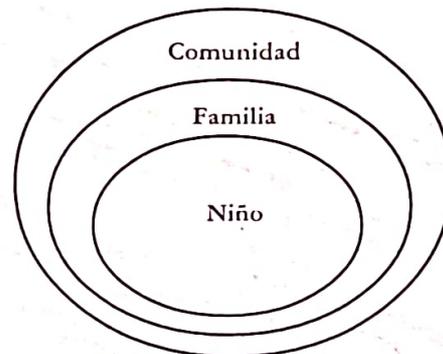
**Grupo A** integrado por las madres de los niños de 2 y 3 años: se detectó mayor concientización de la importancia de la concurrencia de sus hijos a jardín de infantes y a los controles de salud, conocimientos de pautas madurativas y

evolución del juego.

**Grupo B** integrado por los niños de 4 y 5 años de edad: se observó en la evaluación final evolución de sus pautas madurativas, mayor grado de creatividad y expresión, mejor interacción con sus pares, enriquecimiento del lenguaje.

#### El rol del Terapeuta Ocupacional en la Comunidad

Los problemas que afectan al niño, no son aislados, sino que forman parte de una compleja trama social. Por lo tanto, las soluciones han de fundamentarse en un enfoque integral.



Cualquier intervención a nivel individual y del hogar, requieren organización y participación comunitaria. Las acciones deben ser tomadas por la comunidad y para la comunidad. Es fundamental que la población sea protagonista de su propio proceso de salud, transformándose en sujetos activos y partícipes de este proceso. Utilizando como estrategia la educación para la salud, como instrumento fundamental.

Las acciones desde terapia ocupacional, estarán dirigidas a catalizar, por un lado, el desarrollo de las potencialidades de cada niño en particular en todos sus aspectos, y por otro, a contener, orientar, facilitar y acompañar al grupo familiar en este proceso.

Esto implica que el terapeuta ocupacional,

en el abordaje del grupo familiar, deberá proporcionar los medios necesarios, para que la familia permita al niño un aprendizaje efectivo, proporcionándole un ambiente enriquecido, con intercambios afectivos y experiencias suficientes, como para asegurar oportunidades a sus posibilidades de desarrollo. Esto garantiza un ambiente que se constituye en fuente de estímulos para el niño.

El Terapeuta Ocupacional debe pasar del objetivo de «hacer para» a un «hacer con» la comunidad, en la que sus propios miembros puedan participar en la resolución de sus problemas.

El hacer del Terapeuta Ocupacional, dentro de la estrategia de A.P.S., estará dirigido a :

- Elaborar acciones conjuntas entre la familia, el equipo de salud y la comunidad tendientes a favorecer el Desarrollo Integral de los Niños.
- Trabajar insertos en la comunidad donde la gente crece, vive y trabaja.
- Generar espacios de juego comunitarios, que promuevan el Desarrollo Integral de los Niños, y a la vez refuercen los vínculos familiares, generando en las familias un sentimiento y un compromiso efectivo en el crecimiento y desarrollo de sus hijos.
- Trabajar en Red, con el objetivo de detectar e intervenir tempranamente en situaciones de riesgo.

Consideramos importante incluir en este proceso un abordaje multidisciplinario, lo que permitirá trabajar sobre las diferentes temáticas propuestas por la comunidad, que contemplen el proceso de salud - enfermedad.

#### Bibliografía

Kroeger A. y Lima R. *Atención Primaria de Salud. Ed. O.P.S., 2da. Edición, México, 1992*

Winnicott D. *Realidad y Juego*. Ed. Galisa, 7ma. Impresión. Barcelona, 1999  
Winnicott D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1996  
Videla M. *Prevención, intervención psicológica*

*en salud comunitaria*. Ed. Cinco. Bs As, 1994  
Dolto F. *El niño y la familia*. Ed. Paidós. Barcelona, 1998  
García Cein E y otros. *Tesis de grado: Prevención primaria en salud mental desde Terapia Ocupacional*. Facultad de Ciencias de

*la Salud y Servicio Social, UNMdP, 1991*  
O.P.S. *Temas de salud mental en la comunidad*. Ed. Levav. Washington, 1992  
Donati M. y Guaresti M. *Niños, familia y comunidad. Un abordaje desde Terapia Ocupacional*. Cap.3. Coltoa. 1999

\*\*\*\*\*

Después de 22 años de la Declaración de Alma ATA, la organización mundial determina y acentúa nuevas formas de pobreza y exclusión. Las dos terceras partes de la humanidad padecen situaciones relacionadas con las necesidades básicas insatisfechas. En nuestro país, se encuentran bolsones territoriales que muestran indicadores de salud similares a los países más pobres de África como también nuevas patologías ligadas al hiperdesarrollo y nuevas tecnologías. Modificar las condiciones que generan estas situaciones también forman parte de las incumbencias de un terapeuta ocupacional. La definición ideológica de cada uno determinará al servicio de quien está su práctica.

## Anexo

### Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, OMS/UNICEF Declaración de ALMA-ATA (URSS - 1978)

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud reunida en Alma - Ata el 12 de septiembre de 1978, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud, de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente declaración:

#### I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

#### II

La grave necesidad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por lo tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

#### III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social

sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y alcanzar la paz mundial.

#### IV

El pueblo tiene el derecho y el saber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

#### V

Los Gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los Gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

#### VI

La atención primaria de salud es la existencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer

elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

- 1- Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de las comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes a las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y a la experiencia acumulada en materia de salud pública.
- 2- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.
- 3- Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infectocontagiosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.
- 4- Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de la actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.
- 5- Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar.
- 6- Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.
- 7- Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para

trabajar como equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII

Todos los Gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con el objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable para toda la humanidad en el año 2000 mediante la utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podría emplearse para fines pacíficos, y en particular, para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud como elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero, y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia invita a los Gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que se apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.



# T.O. en valoración domiciliaria para pacientes geriátricos

Hospital Naval de Lima, Perú <sup>1</sup>

por María de las Mercedes Oliver de Haro\*

En este artículo me gustaría aclarar y diferenciar dos términos que suelen ser confundidos: valoración del domicilio y adaptación del domicilio. Habitualmente se utilizan como sinónimos de manera equivocada, puesto que la valoración del domicilio es un concepto más amplio que engloba, además de la adaptación de las barreras arquitectónicas del hogar, otras áreas como son la valoración psicológica del paciente, de su relación social o su entorno familiar. Además de establecer esta diferenciación también me gustaría ofrecer unas pautas de actuación para el Terapeuta Ocupacional cuando se dispone a realizar una visita geriátrica. Pero antes de avanzar en este tema, me gustaría encuadrarlo en lo que fue la fuente de mi experiencia en este área.

Durante seis meses, junto a una compañera de promoción, trabajamos en el Servicio de Geriátrica del Hospital Naval de Perú. Eramos responsables del departamento de Terapia Ocupacional de dicha unidad, para el cual llevamos a cabo diferentes programas para atender a pacientes geriátricos:

- Programa de Psicomotricidad y Relajación en la Fase I de la enfermedad de Parkinson.
- Programa de Rehabilitación Cognitiva en pacientes con demencia.
- Programa de Valoración Domiciliaria.
- Programa de Rehabilitación Integral en pacientes con hemiplejía.
- Programa de Tratamiento Postural en pacientes ingresados.
- Programa de Actividades de la Vida Diaria.
- Programa de Lidoterapia en pacientes ingresados.

En el Servicio de Geriátrica del Hospital atendíamos a pacientes crónicos y agudos, todos sabemos que el rango de edad que comprende la vejez aumenta el porcentaje de aparición de patologías vasculares y neurológicas como son la demencia y la hemiplejía. Por esta razón, ese tipo de pacientes fue el más numeroso en nuestro departamento. No obstante, tuvimos la oportunidad de tratar a personas con lesiones de nervios

periféricos, patología osteoarticular, cáncer y, con menos frecuencia, amputaciones u otro tipo de enfermedades neurológicas.

Los pacientes eran incluidos en nuestros programas, derivados por los médicos del servicio cuando eran examinados de forma ambulatoria, o incluidos por nosotras si el paciente estaba ingresado, ya que dos veces por semana pasábamos visita con el equipo médico a dichos pacientes. Inmediatamente eran derivados a su médico para ser evaluados, el cual hacía la indicación del programa en el que debía ser incluido. En cualquier caso, el paciente contaba con la evaluación médica, con la de terapia ocupacional y si el caso lo requería con la de fisioterapia y psicología.

Respecto a la Visita Domiciliaria la situación era algo especial. No sólo atendíamos a pacientes de nuestro departamento, también a aquellos que los médicos del Servicio consideraban necesario, aunque no siguieran un programa de rehabilitación en Terapia Ocupacional. La visita domiciliaria tiene objetivos diferentes si se valora a un paciente del departamento de Terapia Ocupacional, o a un paciente derivado de otro servicio y desconocido para nosotros. En el primer caso, el objetivo principal consiste en evitar la regresión, o no mantenimiento de los logros conseguidos en el programa, que el paciente realiza en su domicilio. Una de las principales razones para esta regresión es el desconocimiento por parte del Terapeuta Ocupacional del tipo de hogar en el que se desenvuelve el paciente y de la falta de ayuda que se le brinda para trasladar a la vida real lo aprendido en condiciones ideales. En el segundo caso, cuando valoramos el domicilio de un paciente nuevo no atenderemos a la extrapolación de los conocimientos adquiridos. Nuestro objetivo general será conocer las condiciones de la vivienda y valorar el área cognitivo y social del paciente. Por supuesto, en ambos casos la adaptación de las barreras arquitectónicas deberá ser motivo de nuestra atención, pero después, en lo que se refiere a la valoración del sujeto y su



<sup>1</sup> Artículo publicado en REITO. Agradecemos al Sr. Ricardo Moreno la autorización para ser reproducido en Materia Prima.

\* Diplomada en Terapia Ocupacional por la Universidad Complutense de Madrid. T. O. en la Residencia de Ancianos "Las Mimosas" (Madrid), T. O. en el Hospital Naval de Lima, en el Servicio de Geriátrica (mayo-noviembre 1999). Formadora en distintos cursos de geriatría para la Asociación de Cooperativas Madrileña de Trabajo Asociado, en el curso "Auxiliar de geriatría" para la Dirección General de la Mujer. Profesora de prácticas de salud de la Universidad de Castilla la Mancha, Centro de Estudios Universitarios de Talavera de la Reina (España).

entorno social y familiar dependerá de si es o no un paciente conocido y por tanto valorado por nosotros previamente.

Queda claro que, en la valoración del domicilio, no sólo atendemos a los factores físicos que afectan a la movilidad del paciente, sino a otro tipo de barreras, a menudo olvidadas, como son las sociales, culturales e incluso actitudinales, que pueden impedir la independencia de la persona. Para realizar una buena valoración podemos tomar como guía la siguiente estructura:

### A. Valoración del paciente

#### Valoración neurológica:

Estado mental: valoración del juicio, orientación, memoria y conciencia.

Sistema motor: valoración de la fuerza, la coordinación y el equilibrio.

#### Valoración del grado de actividad y ejercicio físico:

Postura.

Sistema musculoesquelético.

Deambulación.

AVD.

#### Valoración del sueño y descanso:

Número de horas de sueño.

Patrón de sueño, si duerme o no durante el día.

Presencia de terrores nocturnos.

Factores que influyen en la conciliación del sueño.

Administración de fármacos para regular el sueño.

Actividad durante el día.

#### Valoración psicológica:

## La Libroteca

✓ Textos Primarios,  
Secundarios y Universitarios

✓ Literatura en general

✓ Entregas a Domicilio

✓ Descuentos a T.O.

Acevedo 362

Tel.: 011-4857 5773

Humor; Curso y contenido del pensamiento; Interacción social y familiar; Estimación de si mismo.

### B. Valoración de la familia

#### Historia física:

Presencia de enfermedades crónicas; Toma de medicación; Hábitos en prácticas de salud.

#### Historia psicosocial:

Cambios en la vida familiar y adjudicación de roles; Incapacidad por parte de la familia para afrontar las necesidades emocionales del paciente; Relación entre los miembros de la familia; Predisposición por parte de la familia para ofrecer los cuidados en salud necesarios para el paciente; Soporte emocional para el paciente.

#### Trastornos psiquiátricos:

Historia de la salud mental de la familia; Presencia de ansiedad crónica en alguno de sus miembros; Presencia de trastornos de la conducta; Presencia de alcoholismo, violencia, suicidios, abuso de drogas.

#### Influencias culturales:

Religión; Lenguaje; Creencias sobre la salud.

### C. Recursos económicos

### D. Valoración de la vivienda

#### Acceso:

Puertas:

Ancho de las puertas; Peso; Tipo de puerta; Tipo de pomo.

Interruptores: difícil acceso o accionamiento;

Pasillo: estrecho, inexistencia de barras de apoyo, iluminación...

#### Suelo:

Deslizantes; Presencia de alfombras sin fijar; Suelos irregulares.

#### Dormitorio:

Cama:

Colchón: dureza; Altura, transferencia dificultosa.

Acceso a la mesilla de noche y a los interruptores.

Mesilla:

Altura; Estabilidad.

Acceso a los cajones: tipo de manija, fácil apertura...

Armario:

Apertura de puertas y cajones: tipo de manija, tipo de puerta...

Altura de la barra para colocar la ropa.

Distribución de la ropa.



**Comedor:**

Mesa:

Estabilidad; Altura; Espacio libre para la silla de ruedas.

Silla:

Estabilidad; Altura, anchura y profundidad adecuadas.

Presencia de reposabrazos: longitud, anchura...

**Baño:**

W.C.:

Altura; Existencia de barras de apoyo; Acceso al papel higiénico.

Lavabo:

Altura del lavabo y del espejo; Espacio libre para la silla de ruedas; Accionamiento del grifo.

Bañera o ducha:

Presencia de superficie antideslizante; Silla de plástico en caso necesario; Existencia de barras de apoyo; Accionamiento del grifo.

Evidentemente, esta guía debe ajustarse a cada caso particular. Por ejemplo, si en la valoración del domicilio el paciente no come en el comedor, sino que lo hace en la cocina, sólo se valorarán las dependencias que sean utilizadas por el enfermo.

Tampoco debemos pretender que el paciente asuma actividades, por ejemplo de ocio, que no le han interesado en su vida.

Esta valoración nos será útil para obtener la información necesaria para:

- *Determinar qué roles son propios del estilo de vida del paciente.*
- *Averiguar qué tareas y subtareas necesita desempeñar el paciente en el mantenimiento de esos roles.*
- *Realizar el análisis de la actividad de las tareas identificadas, para considerar el grado de pericia y destreza requeridos para su desempeño.*
- *Realizar una selección y desarrollo de las estrategias de intervención*

*para mejorar el desempeño de las tareas del paciente.*

• *Evaluar y modificar el ambiente de manera que facilite el desempeño de dichas tareas.*

• *Concientizar a la familia de la importancia de su implicación en el proceso de recuperación.*

La actuación del Terapeuta Ocupacional no puede quedarse en la valoración, debe ofrecer alternativas o soluciones que se adapten y solventen de manera eficaz las barreras que se hayan encontrado.

Es evidente que no se pueden describir de forma hipotética todas las soluciones a todos los posibles problemas que pueden surgir, pero sí puedo describir, para concluir con este artículo, algunos de los problemas que se encuentran con más frecuencia y sus posibles soluciones en la valoración de un domicilio de un paciente geriátrico:

**A- Evaluación del paciente:**

Los déficits que usualmente se encuentran son:

- desorientación en tiempo, espacio y/o persona;
- déficits en las funciones mentales superiores, fundamentalmente memoria, cálculo, atención y concentración;
- desmotivación en la realización de actividades para ocupar su tiempo libre;
- dependencia en las AVD;
- inactividad física;

Las actividades que con mayor frecuencia se proponen son:

- colocar un calendario en la habitación donde el paciente pase la mayoría del tiempo y que cada mañana tache la fecha a la vez que se le indica el mes, la estación y el año en el que está;
- decirle en cada momento dónde se encuentra y explicarle dónde se va, asegurarse de que conoce su dirección (en caso de que el

paciente no sea capaz se recomienda una placa de identificación), la de sus hijos...;

- trabajar la orientación en persona a través de fotografías (lo cual también contribuye al recuerdo) y repaso del árbol genealógico; actividades para trabajar la memoria: recordar qué desayunó, almorzó y cenó; charlar sobre lo que vio en la televisión, noticias de periódico, revistas, si alguien vino a visitarlo... juegos de cartas; recordar refranes, canciones... ejercicios de cálculo a través de cuadernos de sumas, restas, multiplicaciones... (Utilizar los recibos del teléfono, la luz o las compras como pretexto para realizar cuentas);
- ejercicios de atención y concentración a través de sopas de letras, crucigramas, dictados, rompe-cabezas...

Todas las actividades propuestas han de ser congruentes con los gustos y motivaciones del paciente, para ello exploramos los intereses y las actividades que realizaba; es fundamental concientizar a la familia de la importancia que tiene que el paciente realice las AVD de la forma más independiente posible, para ello se explicará que al paciente hay que darle el tiempo que necesite para realizar sus AVD, y es necesario implicarle en la realización de las mismas; implicarle en el funcionamiento del hogar, dándole responsabilidades acordes a su capacidad, reforzar verbalmente cada pequeño esfuerzo que realice. Crear una rutina de actividad física, desde movilizaciones pasivas en el caso de los pacientes más incapacitados, hasta paseos por el barrio. En ocasiones lograr que el paciente salga de la cama y se desplace hasta el comedor para almorzar o ver la televisión (en vez de darle de comer en la cama o llevarle la televisión al cuarto), es un primer paso para crear esta rutina.

#### A. Evaluación del ambiente

Los problemas que se encuentran con más frecuencia son:

- pequeñas alfombras sin fijar que normalmente se ubican al pie de la cama, en la entrada a las distintas habitaciones, al pie de las escaleras...
- ausencia de alfombra antideslizante dentro y fuera de la tina;
- ausencia de barras de apoyo;
- inadecuada iluminación;
- pequeños escalones o desniveles entre las distintas dependencias;
- la silla que utiliza habitualmente es de altura inadecuada, sin apoyabrazos, carece de respaldo o el asiento es demasiado profundo;
- altura inadecuada del mobiliario.

Las posibles soluciones son:

- retirar las pequeñas alfombras de la casa;
- colocar dos alfombras antideslizantes en el baño, una dentro de la tina y otra fuera, al pie;
- colocar barras de apoyo donde el paciente las necesite,

normalmente se requieren en el baño, para entrar y salir de la tina y para sostenerse una vez dentro y al lado del WC, para facilitar la transferencia a la taza; también son útiles en el pasillo y en los lugares donde haya que salvar un desnivel;

- aumentar el voltaje del foco;

- hacer una rampa (bien agregando cemento o madera, o bien picando el escalón hacia dentro), para nivelar el escalón. Si no es posible se colocarán tiras de color reflectante en el borde del escalón para hacerlos más visibles;

- la silla que se suele recomendar tiene una altura de 40 cm., posee reposabrazos, respaldo con apoyo a nivel lumbar y la profundidad del asiento no sobrepasa los 40 cm;

- si el mueble es demasiado alto se puede cortar las patas, si es muy bajo podemos aumentar la altura con tacos, con cojines si se trata de una silla, con dos colchones si es la cama...

#### Conclusiones

Espero que con estas nociones haya contribuido a ampliar el concepto y la importancia de la valoración domiciliaria. Nuestro trabajo como Terapeutas Ocupacionales va más allá de preparar el ambiente para facilitar la movilidad del anciano. Eliminar todo aquello que suponga un obstáculo para él, iluminar las habitaciones, es fundamental, pues evita accidentes y caídas. Pero no debemos olvidar, que el ser humano es un ente bio-psico-social, y si bien nos hacemos eco de sus necesidades físicas hemos de atender igualmente aquellas de orden psicológico, afectivo y por qué no decirlo, de ocio y relación. Estoy convencida de que como profesionales de la salud y como personas, no limitaremos nuestra actuación a un modelo médico-económico que tiende a solventar los problemas que más repercuten en la sanidad por sus gastos, obviando a menudo que tratamos con seres humanos.

#### Bibliografía

- BAUER, D.: "Rehabilitación: enfoque integral". Ed. Masson-Salvat Medicina. Barcelona (1992).
- CONTEL, J.C.; GENI, J.; PEYA, M.: "Atención domiciliaria. Organización y Práctica". Ed: Springer-Verlag Ibérica. Barcelona. (1999).
- FERNANDEZ RODRIGUEZ, J.: "Cuidados al enfermo de Alzheimer". Ed: Fees (Fundación Europea de Estudios Sanitarios). Madrid. (2000).
- GOMEZ TOLSN, J.: "Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional" Ed: Mira editores. Zaragoza. (1997).
- HOPKINS, H.L.; SMITH, H.D.: "Terapia Ocupacional" Ed: Panamericana. Madrid. (1998).
- JAFFE, M.S.: "Enfermería en atención domiciliaria". Ed: Harcourt Brace. Barcelona. (1998).
- TROMBLY, C.: "Occupational Therapy for Physical Dysfunction". Ed: Williams & Wilkins. USA (1995).

por Materia Prima

# Proyectos: De atajos y de avenidas

Los terapeutas ocupacionales en nuestro país (y en muchos otros) no solemos estar en cargos de conducción o planificación. Tradicionalmente, ocupamos los de ejecución. Nuestras entrevistadas tienen larga experiencia en planificación, conducción y ejecución de proyectos. Materia Prima conversó con ellas sobre sus recorridos de ignotos atajos y conocidas avenidas para acercarse a las metas de su práctica de la terapia ocupacional.

**Sara Daneri**, entrerriana, ocupa la Jefatura del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario "José T. Borda", desde 1985. Fue la primera terapeuta ocupacional de su planta profesional (los anteriores terapeutas ocupacionales dependían del Instituto Nacional de Salud Mental). Graduada en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, tiene amplia experiencia como docente, en especial en el área de prácticas clínicas, y en el ámbito gremial.

**Paula Mantero**, marplatense, graduada en la Universidad Nacional de Mar del Plata, fue nombrada recientemente Secretaria de Extensión de esa Universidad, luego de haber estado a cargo de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Comportamiento de esa casa de estudios. Con un largo recorrido en la práctica docente y comunitaria como respaldo, alcanza un cargo inédito para un terapeuta ocupacional en nuestro país (y, según la información con la que contamos, en toda América Latina). Ellas son las convocadas a este nuevo Contrapunto.

## Sara Daneri: la ocupación del hospital psiquiátrico

El Hospital Borda es uno de los más poblados de la República Argentina. Cuando Daneri comenzó su trabajo allí, hace veinte años, era la única terapeuta ocupacional de planta en el agrupamiento profesional para miles de pacientes. Hoy encabeza el Servicio de T.O., que cuenta con 16 colegas en cargos de planta (número exiguo para la afluencia de usuarios), trabajando en servicios de internación, hospital de día, consultorios externos, apertura del trabajo a la comunidad, formación de terapeutas ocupacionales. Convocaron 8va. Jornadas de T.O., en el encuentro profesional de mayor constancia y regularidad en nuestro país. ¿Cómo logró un grupo de colegas esa ocupación de un hospital psiquiátrico de tal magnitud?

## ¿Cuándo llegaste a la jefatura del Servicio?

Por concurso, en el '85. La jefatura existía desde la estructura orgánica del '73 pero ocupada históricamente por psiquiatras. Al haber un T.O. rentado, se abrió la posibilidad que se presentara al concurso. Una situación inédita, por presentarse un T.O. y por ser el primer llamado a concurso luego de la dictadura. No había un perfil del profesional para el cargo, las únicas condiciones eran formar parte de la planta permanente y estar comprendido en la Ley 17.132/67. Conmigo se presentaron dos psicólogos. Había otras tres peristas pero en el agrupamiento técnico por el cubrirse los cargos aún no se habían

matriculado. Con ellas, decidimos que la presentación era pertinente para sentar el precedente de que un T.O. estaba capacitado para ocupar un cargo de conducción. El concurso implicó presentación de proyecto, curriculum vitae y una entrevista personal. Los psicólogos tenían un puntaje mucho mayor por antigüedad; sabía que no iba a obtener el primer lugar pero creí importante intentar establecer un hito para la profesión. Uno ocupa los cargos en un momento y, de la misma forma, los deja de ocupar. Siempre he pensado que se trata de ir haciendo camino para la profesión. En el orden de méritos estuve segunda, pero la psicóloga que ocupó el primer lugar optó por otra jefatura que había concursado (de Orientación Vocacional), así que fui designada jefa del Servicio de T.O. Más allá de las personas, se produjo una habilitación de los terapeutas ocupacionales para ocupar cargos de conducción.

## ¿Con qué proyectos llegaste a la jefatura?

Como el Servicio no había tenido oportunidad de estar planificado con una mirada desde T.O., el proyecto básico era la inscripción de la profesión dentro de la institución. La propuesta fue organizarlo con una base clínica -que desarrollábamos hacía cuatro años y era la mayor demanda que teníamos- pero con otro concepto del abordaje en T.O., muy distante de los de la actividad manual, tratamiento moral de Cabred. Hubo que abrir fisuras en ese imaginario generado a lo largo de muchos años, que concejaba a la T.O. como talleres con aprendizaje de distintas técnicas, no

como tratamiento integral. Trabajamos a través de la formación del recurso humano de distintas profesiones, la presentación en ateneos y folletos de circulación interna en la institución para difundir y aclarar la oferta del Servicio. Con la circulación de alumnos de T.O., residentes médicos, pasantes de psicología, fuimos generando una red ya no de información sino de formación sobre la profesión. En muchos casos, esto allanó el camino con grupos profesionales sin experiencia de interdisciplina cuando un residente o pasante se incluía como concurrente o planta. La inclusión de alumnos de Terapia Ocupacional permitió el cuestionamiento de nuestra función en la institución. En un segundo tiempo, dada la complejidad del Borda por la cantidad de Servicios de internación, plazos de internación, heterogeneidad en las patologías, hicimos un proyecto piloto de inserción en algunos. Dos años después establecimos un contrato que fue novedoso para la comunidad hospitalaria. Para recibir la prestación, había dos criterios principales: la existencia de un equipo profesional y la participación libre del T.O. en las reuniones de equipo. Si había demanda ajustada a la oferta pero sin correlato interdisciplinario, no había posibilidad de hacer acuerdos de trabajo. Los contratos hicieron que la oferta, aunque amplia, no fuera destinada a todos los Servicios y pusieron en evidencia la falta de prestación en algunos. Hubo que defender la posición, pero generó demandas, que se comunicaron formalmente y son los argumentos que tomamos para

fundamentar el aumento del recurso humano. Hoy, por cuestión de organización del trabajo, no porque sean áreas aisladas, tenemos 3 áreas: la específicamente clínica, los dispositivos de creación de espacios laborales para personas con fragilidad psicosocial y de inserción comunitaria y la formación y capacitación.

*¿Cuándo se abrió la estrategia de inscripción al más allá del Hospital?*

Cuando vimos que las ofertas de las instituciones de la Secretaría de Salud del G.C.B.A. no pueden dar respuesta a la problemática de la salud mental. Hay que convocar sectores de cultura, educación no formal, formal, de promoción social para responder a la población que llega, no sólo con la carga de la enfermedad, sino con lo que implica: marginalidad, exclusión, carencia, falta de recursos económicos. La complejización del campo por la realidad social, económica y política hace que se diseñen proyectos con organismos gubernamentales y no gubernamentales. Parte del Servicio trabaja ya no sólo en el entramado interno -con sectores con los que compartimos una posición ideológica que está consolidada- sino en generar un entramado externo porque si no, no hay posibilidad de articulación ni transvasamiento de un espacio a otro. Uno de los mayores problemas al momento de la externación es la falta de techo y trabajo. Esto excede al Sistema de Salud, tenemos que articularlo con el trabajo de otros actores sociales. Por los programas de capacitación en el Servicio circulan personas con otras dificultades, expectativas y roles; esto permite deconstruir un imaginario social para ir construyendo otro. Es una apuesta a futuro: hay un nivel de decisión política que excede al Servicio de T. O. del Hospital Borda. Pero comprometer a otros segmentos puede producir efectos en ese marco político.

*¿Cuáles son los principales obstáculos que encontraste?*

En un análisis crítico de uno mismo, uno está en los temores al cambio que uno tiene. En estos cambios hay implicancia ideológica, lo que significa la identificación por la comunidad hospitalaria de una determinada línea de trabajo de uno, que no siempre es compartida por todos. Estas resistencias pueden ser obstáculos para

poner en marcha o acompañar la puesta en marcha de estos proyectos. Por otro lado, las resistencias de la institución a cualquier tipo de cambio. Y, pensando más en el afuera, lo que genera dificultades son (la voz se torna cansada) los cambios políticos. Un país inestable en los marcos legales, con segmentos interpuestos entre el que toma la decisión política y el que necesita que esa decisión se tome, hace perder mucho tiempo. No hay reglas del juego claras. Las políticas sociales, económicas, de salud a la deriva hacen que los que conciben la enfermedad mental como, en el mejor de los casos, la concebían Pinel o Cabred, sigan sustentando esa modalidad como el único modelo de las prácticas en salud. Se piensa como a principios del ya siglo pasado, en contradicción atroz con el valor que se da a la revolución psicoanalítica y la psicofarmacológica. Si hay otros recursos, no puede sostenerse que la única alternativa es la internación. Son contradicciones a marcar en los interlocutores y en nosotros mismos -no olvidemos que es lo que aprendimos en nuestra formación básicamente clínica y dentro del hospital. Necesitamos, además, aprender de herramientas que otros usan para argumentar a favor de un hospital psiquiátrico monovalente -la estadística, la epidemiología y la economía- para mostrar y demostrar que otras prácticas en salud pueden ser posibles.

*¿Cuáles son los proyectos actuales?*

Tres de los proyectos (el de cajas artesanales Ybirú, el Vivero Los Amigos y el de reciclado de papel, Ciclopapel) ingresaron en un programa subsidiado de la Secretaría de Industria y Comercio del GCBA como proyectos de capacitación. Los usuarios son personas aún internadas en la institución, en tratamiento ambulatorio y de la comunidad. La Ley de Salud Mental tiene que dar el marco para nuevos proyectos y diseños en la atención, imposibles con los recortes del ejercicio de los derechos de ciudadanía de la Ley de internación psiquiátrica. Otro proyecto es formalizar los convenios de Práctica clínica o Práctica profesional con las Carreras para inscribir al Servicio como Unidad Docente. Hay proyectos para generar en Salud alguna figura de subsidio económico para las personas en etapa de pre-alta. Tenemos que tener mayor participación, en la Legislatura

y en Cámara de Diputados, con proyectos del tipo que los italianos caracterizan como empresa social. Es sólo la semilla, con buenos resultados en la movilidad de las personas internadas, en los efectos en nosotros como equipo y un compromiso gradual de estamentos como la Asociación Cooperadora, en un viraje de la función asistencialista a la de tercero involucrado con cambios en la institución misma. Por otra parte también hay un equipo integrado con Colegas del Servicio y del Servicio Social del Hospital Agerich que están trabajando en el Área Programática de este último. El trabajo se realiza en La Boca y se sustenta en los conceptos de atención primaria, lo iniciaron el año pasado y en lo que va de este han armado el proyecto y comienzan a observar cambios en el posicionamiento de esa comunidad para la resolución de los problemas que soportan (aguas servidas, contaminación, infraestructura, etc.). Dentro del campo comunitario funciona el Taller Ocupacional en el Servicio, que está diseñado para atender la problemática laboral de las personas que ubican dificultades tanto para la búsqueda, mantenimiento y en los vínculos laborales. Es un Taller abierto a la comunidad y tal como está pensado no requiere de derivación. En este terreno el trabajo comunitario se realiza fuera y dentro del Hospital. La propuesta de trabajo del Servicio, entonces, se orienta tanto a la promoción y prevención de la salud como a la construcción de alternativas para la externación, en ambas líneas el fundamento es ofrecer y contribuir para brindar una mejor calidad de vida a las personas.

Lo interesante es como se producen cambios tanto en lo que uno podría denominar población objetivo como los que no son población objetivo pero se ven afectados igual. Es complejo, son muchas vertientes y no dan los tiempos para detenerse y pensar. Lo que es evidente es que genera más trabajo. (Risas)

*¿Cuáles son los parámetros para evaluar estos proyectos?*

No los del discurso económico. Me parece inmoral transvasar conceptos del discurso neoliberal al área de salud. El término 'producción' debe ser pensado en actos o acciones productoras de salud y el de 'productividad', en el efecto de lazo,



articulación, estabilidad psíquica que la persona pueda alcanzar. Tenemos que construir indicadores distintos, con variables cualitativas más que cuantitativas, que evalúen en actos de salud y no en eficiencia y eficacia económicas. Alguna experiencia hicimos, tomando en memorias anuales las consultas de derivación a dispositivos como talleres protegidos y las consultas en relación con la efectiva inclusión. Permitted evaluar la sobresaturación de un sistema y qué segmento de población tenía respuesta y cuál no. La inclusión de proyectos en programas de Secretarías del GCBA no tiene un año. Pero ya se observa que el modo de estar de la población internada en estos proyectos es otro modo.

**Paula Mantero: La Extensión Universitaria como práctica de terapia ocupacional**

Esta terapeuta ocupacional desarrolló su actividad profesional en el área de salud mental, en el ámbito privado. Es Profesora Adjunta Regular de la Cátedra de Terapia Ocupacional en Salud Mental, de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la UNMDP.

**¿Desde qué año estás trabajando en la UNMDP?**

Hay dos posibles respuestas: una relacionada a la participación. En este punto te diría que comencé a involucrarme en el Centro de Estudiantes, representando al claustro estudiantil en los distintos órganos de gobierno desde la vuelta de la democracia. Este trabajo es el que marca fundamentalmente un compromiso muy fuerte con la institución. La otra en el trabajo docente, que empecé en 1986 como ayudante alumno en la Cátedra Teoría en Terapia Ocupacional II, Terapia Ocupacional en Salud Mental, en la que actualmente estoy.

**¿Cómo accediste a ese cargo?**

Al de ayudante alumno por registro abierto de postulantes, en el que una comisión

evaluadora evalúa en una entrevista el curriculum, las motivaciones e intereses de los aspirantes para ingresar a la cátedra. Luego de recibirme pasé por distintas instancias de la carrera docente. Participé de Concursos Públicos de Oposición y Antecedentes para un cargo de Ayudante de Primera, más tarde para Jefe de Trabajos Prácticos y, al fin, para el de Profesora Adjunta, siempre en la misma cátedra, y para la Cátedra de Práctica Clínica en la que también soy docente, cátedra muy particular ya que es la enseñanza del rol en vivo y en directo. Participé como Consejera Académica y Departamental. Fui Secretaria de Extensión de la Facultad desde junio de 1996 hasta el 21 de mayo pasado, por propuesta de los docentes del departamento de T.O., muchos de los cuales fueron docentes míos. Fue un momento muy importante para mí, no sólo por el reconocimiento sino porque fueron personas que me formaron las que me proponían para el cargo. Fue inesperado ya que no tenía la aspiración de ocuparlo, llegué por la propuesta de los colegas y ¡de qué colegas! Cuando pensás que vas a ser un funcionario, obviamente lo primero que te aparece es la burocracia, los papeles, expedientes, etc. Luego de superar esa impronta recurrí a la confianza en vos mismo y te imaginás ocupando esos lugares en forma diferente. Uno siempre piensa las cosas que haría en el lugar del otro y eso tiene que ver con el sello personal. Luego toma contacto con la realidad de los puestos. En mi caso desde el principio me pareció un lugar muy creativo. Salvando los obstáculos que aparecen, es un espacio para hacer muchas cosas.

**¿Qué proyectos desarrollaste en ellos?**

En la tarea docente la actividad está ligada fundamentalmente a la docencia. Según el cargo, se plantean funciones específicas. En ambas Cátedras generamos proyectos de extensión, participando de actividades de divulgación de la carrera, presentando trabajos en jornadas y congresos. La actividad extra de la docencia tiene que ver con la motivación, la creatividad y el nivel de libertad generada en el interior de la cátedra. La Secretaría de Extensión en una facultad es un lugar muy importante, donde se puede pensar en hacer muchas cosas, el límite lo pone uno. Creo que la modalidad de trabajo trascendió la facultad, sobre todo porque las actividades articulaban proyectos concretos con determinados sectores de la población y tuvieron un impacto importante en la Universidad y en la Comunidad. Lo demostró la actividad del Programa Universitario para Adultos Mayores, con una matrícula de 1400 alumnos en 40 talleres; algunos de ellos viajaron a Francia invitados por Universidades de la Tercera Edad, el año siguiente viajaron a Roma, Londres, Lisboa y París. Hubo actividades conjuntas con el Programa Universitario de Educación para la Salud con la Primera Semana Universitaria de Donación de Órganos, primer actividad sobre este tema en la Universidad, fue un éxito. Y la actividad con las Comunidades Mapuches de Aluminé con un grupo de extensión interdisciplinario. Se hicieron tres ciclos anuales de Charlas Comunitarias sobre Temas de Salud con docentes de la facultad. Se fomentó la creación de grupos de extensión, entre los que está Intermedios que saca la revista El Puente, y las actividades del Programa de atención y asistencia para niños con enfermedades terminales, dirigido por una T.O.. Trabajamos en actividades en conmemoración del Año Internacional de las Personas de Edad, se estimuló a la presentación de becas de extensión y ganaron el 100% de las que se presentaron. Podría enumerar otras tareas, no menos importantes. Muchas tuvieron un interés particular de los medios de comunicación.

Creo que el hecho de pensarme como trabajadora de la Salud y no sólo de la disciplina a la que pertenezco generó una movida interesante en la que la gente de Salud y Servicio Social se sintió incluida. Las actividades debían dar respuesta desde ese lugar, fue importante trascender la disciplina.

#### *¿Cómo surgieron esos proyectos?*

Muchos en charlas de café, hablando con docentes, muchos de los cuales no conocía. Comenzaban a plantear cosas para hacer. Se sentía que el deseo de hacer era fuerte; ése iba a ser el motor que había que encauzar desde la gestión y se viabilizaba escribiendo proyectos, que luego concretamos. En otros pusimos un énfasis particular dado que, al ser la Facultad de Ciencias de la Salud, consideramos que nos competía hacer determinadas cosas dentro y fuera del ámbito universitario. De ahí el compromiso con la donación de órganos, ciclos de charlas sobre temas de salud, de la Tercera Edad, la discapacidad... También consideré importante sumar a los estudiantes. A través de la Práctica Clínica presenté un proyecto para supervisar una práctica con eje en la gestión, diagnóstico, planificación, generación de financiamiento, realización de proyectos de intervención comunitaria desde extensión, publicación y difusión de lo hecho, armado de proyecto para una beca, etc. Fue muy interesante ya que los alumnos se involucraban con temas de la salud en general y planteaban la realización de determinada actividad, con una intervención propia de la disciplina, que les permitía luego una mirada diferente del tema. Muchos formularon sus tesis sobre tareas que comenzaron en extensión, en temas innovadores para la intervención del T.O. Luego se sumaron de otras carreras.

#### *¿Con quiénes trabajás en estos proyectos?*

Con gente creativa, con buena onda, disposición, paciencia y, por sobre todas las cosas, energía. Hay gente con un motor fuera de borda; es la característica fundamental, el común denominador. Lo primero que te señalé es la clave, sobre esa esencia trabajé muy bien con los docentes de las tres carreras, igual que con los alumnos y no docentes. Después se van armando grupos de trabajo.

#### *¿Cómo se sostienen esos proyectos?*

Fundamentalmente por las personas que los motorizan y no dejan que mueran, en algunos casos; en otros, como el Programa de Adultos Mayores, tienen vida propia y es la demanda, la energía y el entusiasmo de sus usuarios, obviamente articulada con los coordinadores del proyecto. La mayoría de los proyectos deben autofinanciarse, si esto no se garantiza es inviable. Algunos se hacen a través de la presentación al concurso de becas de extensión, lo que garantiza su realización por un año. Otros por subsidios que ofrecen instituciones. Es imprescindible la decisión política de la Secretaría y de la Facultad en el aval académico de los proyectos para solicitar ayuda económica.

#### *¿Cuáles son los principales obstáculos que encontrás en la concreción de los proyectos en la institución?*

Creo que el fundamental es el económico. Los docentes que participan en tareas de extensión lo hacen sin percibir incentivos económicos a diferencia de los que participan en investigación y a pesar de ello se realizan igual, con la inversión del tiempo personal y motorizados por las ganas de concretar ideas en hechos. La facultad no cuenta con un presupuesto para esta secretaría; se encuentran otras formas de autofinanciamiento, que por supuesto implican tiempo y un par de frustraciones, ya que el tema de la plata no es privativo de la Universidad e involucra otros ámbitos.

#### *¿Cuál es tu cargo actual y cuáles son tus funciones?*

Desde el 22 de mayo soy la Secretaria de Extensión de la UNMDP, integro el gabinete de la nueva gestión, estreno cargo... La propuesta me la hizo el rector cuando estaba en campaña. Me sorprendió, me halagó en lo personal por el reconocimiento y porque estuvo vinculada con el perfil de trabajo que venía haciendo en la Facultad. Las funciones tienen que ver con las acciones que promueven efectivizar la vinculación entre Universidad y Sociedad, así como con el desarrollo de una política cultural en la Universidad, en el ámbito local y regional.

#### *¿Ser T.O. te posiciona para una mirada diferente de la extensión?*

Sin lugar a dudas, la profesión te imprime un estilo particular y uno lo observa

especialmente en cargos que pueden ser ocupados por cualquier profesional y no sólo alguien del área de la salud. Acá hay nueve facultades y sus secretarías de extensión son profesionales de algunas de las carreras que tiene esa facultad. Si bien todos hacemos lo mismo, lo hacemos de formas diferentes porque unos venimos de las ciencias blandas y otros de las duras. La marca registrada la da la profesión a la cual uno pertenece. En este sentido, si bien en lo personal considero que fue importante trascender la disciplina porque me ubicó de otra manera, a su vez comprendí que uno es o no es extensionista no sólo en una facultad sino en la vida. Me refiero al crecimiento que uno realiza como persona, la forma de vincularse con los otros, el modo de ser, tener inquietudes artísticas, culturales o deportivas, participar de la vida de otras instituciones... Nuestra profesión nos formó para revincular a las personas que por la enfermedad cortaron sus lazos sociales. De alguna manera, poseemos las técnicas y los medios para lograrlo; creo que en cada T.O. hay potencial extensionista. Estamos preparadas para generar espacios creativos, de libre expresión, construcción, participación y encuentro. Son actividades que como T.O. hemos hecho y programado para niños, adultos y ancianos con sus más variadas patologías. La extensión implica usar algunas de ellas para generar proyectos o programas que impliquen transferencia de conocimientos y cultura. En el último llamado a becas de extensión de la UNMDP hubo un importante número de T.O. que resultaron ganadoras. Fue todo un desafío y que ganaran fue comprobar que en extensión universitaria la T.O. tiene mucho por hacer. En la evaluación que hicimos en el gabinete sobre el estado de la UNMDP, desde el punto de vista de investigación, extensión, económico, financiero, académico, jurídico, concluimos a modo de diagnóstico que la UNMDP tiene que volver a posicionarse, establecer nuevas formas de vinculación con el medio, recuperar espacios que perdió y que de alguna manera la comunidad le reclama. ¡Más que un gabinete esto requiere un equipo de rehabilitación, suerte que hay una T.O.!, se escuchó en alguna reunión.



# Proyecto de Ley Nacional de la Reglamentación del Licenciado en Terapia Ocupacional (expediente 2608 del 11 de Mayo de 2000)

A fines de julio del corriente año llegó a la AATO por vía extraoficial este proyecto. En un primer momento en el Congreso de la Nación nos informaron que el mismo tenía media sanción del Senado, luego rectificaron esta información confirmándonos que aún no había sido tratado, en la actualidad el proyecto se encuentra en la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y no posee sanción alguna.

Como asociación estamos de acuerdo con la necesidad de una Ley Nacional que regule y proteja el ejercicio de nuestra profesión, pero la misma debe ser representativa y consensuada, abarcando las distintas opiniones y necesidades de quienes componemos la comunidad nacional de Terapeutas Ocupacionales. Este proyecto no ha sido informado ni consensuado con las Asociaciones representativas del país, ni con los profesionales de la T.O. en su conjunto, deja afuera a la mayoría de los terapeutas con título habilitante, restringe las incumbencias profesionales y limita el ejercicio de la profesión, muchos artículos son confusos dando lugar a

contradicciones.

Enterados de este proyecto e interpretando la urgencia de convocar a los colegas representantes de organizaciones de la T.O. y de las provincias, fue que solicitamos en un primer momento, firmas de adhesión al pedido de NO INNOVAR en caso de que la ley sea sancionada y organizamos una reunión de emergencia el día 5 de Agosto de 2000.

Luego de un extenso debate se llegó a la conclusión, por un lado, de solicitar a la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, esperar para su tratamiento, hasta tanto sean elevados a ese honorable Cuerpo la modificaciones para el proyecto y convocarnos para un próximo plenario el día 26 de agosto, en el que participen los representantes con mandato de cada Asociación, Unidades Académicas, Sistema de Residencias y Concurrencias de la Ciudad de Buenos Aires y un Representante Provincial en el caso que no tuviere organismo representativo.

En la reunión plenaria del día 26 de Agosto, en el debate y presentación de las propuestas elaboradas por los diferentes

representantes surgieron dos alternativas, presentar un nuevo proyecto o efectuar modificaciones en el ya presentado. Por votación de la mayoría se decidió presentar un nuevo proyecto, y debido a las presentaciones en lo particular se decidió formalizar un nuevo encuentro a fin de profundizar el debate sobre: prescripción médica, incumbencias, colegiatura y fundamentación. Al finalizar la reunión se acordó labrar un acta de compromiso de partes para no realizar gestiones particulares hasta la próxima reunión plenaria convocada para el día 16 de septiembre en la ciudad de Paraná, Entre Ríos. Firmaron este compromiso los representantes de: Universidad Nacional de Mar del Plata, de Quilmes, de General San Martín, del Litoral; Sistemas de Residencias y Concurrencias de la Ciudad de Buenos Aires, Asociación Marplatense, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Entrerriana, de Santa Fe y Argentina.

AATO

(T.O. Sandra Piazza, Presidente; T.O. Baruco Griselda, Comisión Ejercicio Profesional)

## Foro

Materia Prima está organizando el Iº Foro Nacional de Terapia Ocupacional. Un espacio destinado a encontrarnos fuera de los ámbitos cotidianos para pensar, debatir y proponer ideas. Una buena oportunidad para compartir un día distinto. Un sábado para intercambiar experiencias junto a los pares de distintas regiones del país.

El eje temático está basado en el artículo de la T.O. Tania Da Cruz Terra "Clarificando ideas para ver posibilidades", publicado en Materia Prima Nº 8 (septiembre- noviembre 1998). Se trabajará la triple implicancia en cuanto ciudadanos, trabajadores y terapeutas. Se sorprenderá con una propuesta diferente en la que se mezclarán exposiciones de profesionales, trabajos en grupo, sorteos, espectáculos artísticos, en el marco del colorido barrio de La Boca. Un espacio para plasmar el desafío que guía desde 1996 el sentido de materia Prima: posibilitar el intercambio pluralista, tangible en el debate y la reflexión. Del soporte gráfico saltamos al Foro. Un lugar activo al que su presencia le dará sentido y legitimidad.

## Felicitaciones

... a las colegas Lic. Mónica Tellechea y la T.O. Mariana Soria, quienes desde el 29 de agosto se desempeñan, respectivamente, como Decana y Secretaria de Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

## Ley de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Ley de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires  
Luego de 2 años de debate entre las instituciones, asociaciones y actores de la Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la legislatura porteña sancionó la primera Ley de Salud Mental de la Ciudad.  
Durante el periodo previo a su sanción se concensuaron mas de 10 anteproyectos, donde confluyeron las diversas líneas teóricas y propuestas del campo.  
La misma fue aprobada por unanimidad y otorga prioridad a las

acciones y servicios de carácter ambulatorio, destinados a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social de los pacientes.  
La ley avanza en la definición de la garantía de los derechos de las personas asistidas con expresas afirmaciones dirigidas a evitar la discriminación.  
Los terapeutas ocupacionales estuvimos presentes en este debate donde por primera vez se conformó un instrumento que facilite la reforma postergada en el campo de la

Salud Mental.  
Uno de los tópicos de relevancia de esta ley coloca en el centro de la actuación terapéutica al equipo interdisciplinario, otorgando a cada integrante, incluyendo los terapeutas ocupacionales la responsabilidad compartida de cada decisión a tomar.  
Nuestra matrícula gozará de los mismos derechos que el resto del equipo, traerán con ellos los deberes de toda profesión autónoma y responsable.

Buenos Aires, 27 de julio de 2000

### ¿Serán presagios de cambio?

Esta pregunta nos formulamos cuando el 10 de julio pasado se llamó a (concurso) selección interna para ocupar cargos de jefatura de cuatro servicios de internación del Hospital Borda. Los cambios en la política institucional se planteaban de un modo abrupto y frente a un hecho puntual: el llamado a selección interna para cubrir un cargo de jefatura de internación de un Servicio al que le otorgaba un perfil enmarcado en el proceso de rehabilitación, que fue abierto a otras profesiones que habitualmente tienen una vinculación más estrecha con el eje de la rehabilitación.

Al llamado en su conjunto se presentaron 19 postulantes, de los cuales 13 fueron médicos, 4 psicólogos y 2 terapeutas ocupacionales.

Para poder presentarse los requisitos generales planteaban la presentación de un curriculum y un proyecto de propuesta a desarrollar en el servicio para el cual uno se postulaba (ya que se concursaban cuatro servicios de internación), el que se expuso verbalmente en la entrevista personal.

Con un tiempo acotado, ya que la presentación finalizaba el viernes 14 de julio y corriendo contra reloj, decidimos presentarnos.

Siguiendo el procedimiento habitual se realizó el sorteo de los miembros del Jurado, convocándose también a un jurado externo,

quienes puntuaron los curriculum, según el Baremo que corresponde a la Carrera Profesional (277/91 y 41.455), que rige aún para los Hospitales transferidos al ámbito del Gobierno de la Ciudad de Bs. As. En las entrevistas personales estuvieron presentes además del Jurado los veedores de la Asociación de Profesionales.

El 10 de agosto pasado se dio a conocer el Orden de Mérito de la Selección Interna, sin desagregar según los servicios a los que se concursaba; las posiciones en el mismo fueron las siguientes: los 5 primeros puestos correspondieron a colegas médicos, el 6° a un colega psicólogo, el 7° a la T.O. Marcela Capozzo, 8° y 9° médicos, el 10° lugar a la T.O. Elizabeth Gómez Mengelberg, los puestos n° 11 y 12 médicos, el n° 13 a un psicólogo, el 14° a un médico, el 15° a un psicólogo, el n° 16 médico, el 17° un psicólogo, 18° y 19° médicos.

Este acto dentro de los ámbitos de las instituciones se inscribe como un precedente que se debe esgrimir en toda situación similar. Nos autorizamos a competir por lo que creemos nos es pertinente cuando las circunstancias así lo posibilitan, estamos convencidas de la relevancia de este suceso, en función de mayores, futuros y esperanzados cambios dentro de la atención de la salud mental.

(T.O. Marcela Alicia Capozzo; T.O. Elizabeth Gomez Mengelberg)

### Recibimos en nuestra redacción:

- Boletín de la AMTO, año 7 n° 32 (junio 2000)
- Boletín de la AMTO, año 7 n° 33 (agosto 2000)
- Boletín Informativo AETO, año 2 n° 4 (mayo - junio 2000)
- Revista el Puente, año 2 n° 4 (mayo 2000)

- Revista Minusval, n° 122 (enero - febrero 2000)
- Revista Minusval n° 123 (marzo - abril 2000)
- Revista Minusval n° 124 (mayo- junio 2000)
- Boletín del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad n° 19 (junio 2000)

## AATO

La nueva Comisión Directiva está integrada por:

Presidente: Magalí Risiga  
 Vicepresidente: Vanina Barletta  
 Secretaria Ejecutiva: Susana Ikei  
 Secretaria Científica: Viviana Spierer  
 Tesorera: Liliana Cristiani  
 1º Vocal: Milagros Rosello  
 2º Vocal: María Rosa Aussieri  
 3º Vocal: Sara Daneri  
 4º Vocal: Silvana Locaso  
 1º Vocal Suplente: S. Florencia de Brasi  
 2º Vocal Suplente: Ana Peiretti  
 1º Revisor de Cuentas: Gonzalo Zabala Sáenz  
 2º Revisor de Cuentas: Elsa Cléricki  
 3º Revisor de Cuentas: Bárbara Peuvrié  
 1º Revisor de Cuentas Suplente: Susana Rubinstein  
 2º Revisor de Cuentas Suplente: Andrea Zappala

Puede participar en las comisiones de trabajo que se reúnen:

- Ejercicio profesional: 1er. miércoles de cada mes
- Educación: 2do martes de cada mes
- Biblioteca y Publicaciones: 2do martes de cada mes
- Tiempo libre: 3er miércoles de cada mes
- Promoción: 3er miércoles de cada mes
- Gerontología: 3er lunes de cada mes

Sede: Av. Corrientes 1186 Sto.F, Ciudad de Buenos Aires  
 Tel / Fax: (54 11) 4382 4070  
 E-mail: asocato@ciudad.com.ar  
 Horarios de atención: lunes a jueves de 19 a 21 horas, viernes de 9 a 12 horas.

## AMTO

El día 16 de junio se realizó la Asamblea Extraordinaria para renovar la Comisión Directiva de la AMTO, por el periodo 2000-2002. La misma quedó conformada de la siguiente manera:

Presidente: Ana Ausmendis  
 Vicepresidente: Ana Kristiansen  
 Secretario: Marisel Tornabene  
 Pro- Secretario: Luisa Fernández  
 Tesorero: Marta Vera  
 Pro- Tesorero: Analía Fuentes  
 Vocales titulares  
 1º Dora Pianarolli  
 2º Claudia Miranda  
 3º Verónica Fernández  
 Vocales suplentes:  
 1º Serafina Pisano  
 2º Diana Álvarez  
 3º Lia Issa  
 Comisión Revisora de Cuentas:  
 Titulares: Ma. Eugenia Etcheto, Liliana Campagna  
 Suplentes: Diana Escobar, Mario Molina, Paula Cagliolo

La AMTO está organizando el 2do Simposio Argentino de T.O. Pediátrica y Ieras Jornadas Nacionales de T.O. Pediátrica que se realizará en la Ciudad de Mar del plata, los días 17 y 18 de noviembre de 2000.  
 Plazo para la presentación de trabajos: 30 de septiembre

Sede: Falucho 3369. Mar del Plata  
 Telefax (54 223) 492 2640  
 E-mail: amto3368@yahoo.com.ar  
 Horario de atención: martes de 18 a 21 horas

## AETO

Comisión Directiva  
 Presidente: Ma. Alejandra Vega  
 Vicepresidente: Nancy Alborno  
 Secretaria: Nerina Bovolini  
 Pro- Secretaria: María Sol Reali  
 Tesorera. Mónica Rodrigo  
 Pro- Tesorera: Ivana Kurtel  
 Vocales titulares 1º Norma Díaz  
 2º Silvana Suppo  
 Vocales suplentes: 1º Natalia Yujnovsky  
 Comisión Revisora de Cuentas:  
 Titulares: Betina Zuttián; Patricia

Coronel

Suplentes: Mariela Ramallo; Griselda von Arnstedt

Comisiones de trabajo: Difusión, Gremial, Asuntos Legales, Científica  
 Sede: Casilla de Correo 41, Correo central (3100) Paraná, Entre Ríos  
 Tel (54 343) 15 6 200 813 de 12 a 21 hs.

## Nuestro recuerdo

*«...ese destacado purista, de trayectoria intachable, que sabe, a pesar de todos los honores recibidos, nacionales e internacionales, mantener la pureza y el poder de asombro, convirtiéndose en el cronista de vida que día a día comparte sus vivencias con todos nosotros...»*  
 (D. Bortolin)

Osvaldo Salsamendi nació en Buenos Aires en 1914 y tuvo una pasión: la fotografía. A lo largo de su carrera obtuvo numerosos premios nacionales e internacionales. Realizó más de 20 exposiciones individuales y colectivas (se destacó Vivencias, 1992); audiovisuales (Rumbo 180, Excepción) y artículos en distintas publicaciones. Materia Prima tuvo el honor de contar en sus primeras ediciones con alguna de sus exquisitas fotografías. Nos entristece su partida reciente. Agradecemos haberlo conocido, por la sensibilidad y calidez que compartió a través de su obra y por ser un ejemplo de esfuerzo y trabajo.

## Fecha de cierre de la próxima edición:

15 de noviembre de 2000  
 Redacción Gral. Mansilla 2665, Ciudad de Buenos Aires  
 Tel (54 11) 4962 1101 7 4786 6833  
 Fax (54 11) 4785 4085  
 Datos para sección agenda: magaligociol@hotmail.com

Buenos Aires, 29 de julio de 2000  
 ¿A los lectores de *Materia Prima*?

A fines de julio, la mayoría de los terapeutas ocupacionales argentinos nos encontramos con que, una vez más, algunos de nosotros se arrogó el derecho de decidir por todos, impulsando en el Congreso de la Nación un proyecto de ley de ejercicio profesional inconsulto y que desconoce lo decidido en los pocos ámbitos de discusión sostenidos por nuestro cuerpo profesional.

Junto con esto, continúa insistiendo en muchos ámbitos la pregunta: ¿qué es la terapia ocupacional?, tanto en nuestro país como en otros.

Y circulan muchas respuestas: en el mejor de los casos, propuestas al intercambio; en los peores, intentos de hegemonizar para mantener el poder de unos pocos o para dar soluciones fáciles y rápidas a los que no tienen ganas de tomarse algún trabajo.

Coincido con Medeiros cuando plantea que: 1) cada vez que circula la cuestión de los FUNDAMENTOS, es porque circula alguna búsqueda de LEGITIMACIÓN; 2) la producción de conocimiento NO ES NEUTRA, en su comienzo hay UNA TOMA DE POSICIÓN. Lo que funda un campo no es un objeto de conocimiento que se encuentra dado, sino una decisión de conocer por parte de un sujeto y el intercambio en las condiciones culturales y sociales en las que éste existe. Por eso, un campo de conocimiento, de prácticas se basa en la discusión. La exposición mutua del trabajo de los que realizan determinadas prácticas y sus intercambios son lo único que puede producir un campo, esto es, un territorio con sus alcances y sus límites, que instale la posibilidad de un espacio en común. Y los alcances y límites, como bien nos muestra la historia de las acciones, no se sostienen por decretos unilaterales.

Si existiese la discusión necesaria y cotidiana acerca de nuestra práctica, nadie podría aparecer delimitándola como se le ocurre.

Por eso, sin perjuicio de las medidas que convengamos tomar en sanción de aquellos que creen detentar la suma del poder de la profesión, conviene recordar que los problemas que la terapia ocupacional tiene desde hace muchos años para sostenerse como una práctica legitimada no se resuelven sólo con frenar un nuevo intento inconsulto de legislación de nuestro ejercicio.

T.O. Rita Martínez Antón

Buenos Aires, agosto de 2000

Hacia fines de Julio, junto con la A.A.T.O y la A.T.O.G.B.A, nos encontrábamos trabajando para la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, cuando nos enteramos que existía en el Congreso de la Nación un Proyecto de Ley Nacional de Reglamentación del Ejercicio Profesional para los Licenciados en Terapia Ocupacional (Expediente 2608 del 11/5/00).

Grande fue la sorpresa !!!, no teníamos referencia que algo así se estuviera trabajando y mas aún no se tenía conocimiento en los Centros Académicos, en las Instituciones, Centros de Estudiantes y Asociaciones. A partir de allí comenzamos a trabajar para dar la mayor difusión al tema en todo el territorio nacional a los Colegas y a su vez para contactarnos con la Cámara de Diputados para obtener mayor información y asesorarnos legalmente. Así llegamos a la Reunión Plenaria del 5 de agosto de 2000, donde nos encontramos con Colegas,

Representantes de las Asociaciones Profesionales de Mar del Plata, La Rioja, Santa Fe, Entre Ríos, La Pampa, Río Negro, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Residentes y Asociación Argentina. También estuvieron presentes Representantes de los Centros de Estudiantes de la Universidades de San Martín y Quilmes y Docentes de las Carreras de la Usal, UNQUI, U.B.A y San Martín.

El debate fue extenso y se acordó una nueva reunión para el 26/8/00, con representantes de: uno por cada Asociación, uno por Provincia que no cuente con Asociación, uno por Carrera y uno por Residentes, con la consigna de revisar el Proyecto presentado y efectuar las modificaciones que en lo general fueron debatidas el 5/8/00.

En esta reunión causó rechazo mayoritario la información que nos hizo llegar la T.O Marta Suter, quien leyó un Memorando redactado por ella ese mismo día donde claramente puso en evidencia que dicho Proyecto había contado con su participación y asesoramiento. Esta actitud fue seriamente cuestionada por los presentes, solicitándole una sanción por su falta de ética y potencial perjuicio hacia a sus pares.

Lo paradójico del Proyecto mencionado es que prevé un Capítulo sobre Normas Éticas de los profesionales y la forma inconsulta en que fue hecho, evidencia un avasallamiento a las conductas éticas que se declaman. Tal Proyecto excluía a los Colegas con título de Terapeuta Ocupacional y Terapeuta Ocupacional, independientemente de quien hubiera otorgado el título. Cabe preguntarse: ¿es posible hablar de la inserción de las personas en la comunidad, cuando la propia comunidad profesional excluye a sus pares?, ¿podemos hablar de valores y normas éticas para nuestro desempeño profesional, cuando no las tenemos entre nosotros y no las practicamos?, ¿se puede atender a las personas con probidad, lealtad y buena fe, cuando hay quienes siendo nuestros Colegas no actúan de esa forma?.

A modo absolutamente personal, quiero agregar, que cuando la T.O. Marta Suter afirma en su Memorando que «ha sido una excelente oportunidad que en 38 años de Ejercicio de Terapia Ocupacional ofrezcan elaborar un Proyecto de Ley Nacional...», donde nunca se pudo intentar luego de la Ley Nacional n°17.132», falta a la verdad, pues en el año 1995, tal como lo indican los Boletines de la A.A.T.O hubo un Proyecto de Ley Nacional que fue tratado en Asamblea y analizado por el Dr. Vacarezza, siendo la T.O Suter miembro de dicha Asociación. Además nadie niega la importancia y valor de la posibilidad de una Ley Nacional, lo que resulta inadmisibles es que se nos hable de capacidad y responsabilidad, cuando quienes asesoraron en este Proyecto se arrogaron de manera autoritaria y sorda la representación de todo este grupo profesional al que ni siquiera les importó o interesó escuchar.

Solo los que se creen iluminados, cometen el error de caer en las peores miserias desconociendo a su prójimo en su condición de persona negándose con sus soberbia sus derechos, ideas y valores.

La mejor manera que tenemos para construir nuestra profesión es a partir del debate, el intercambio, el consenso, el diseño y el respeto por los acuerdos alcanzados, actuar así nos permitirá abrir las mejores oportunidades para la profesión y para las futuras generaciones de Colegas, a quienes les debemos transparencia en nuestras conductas y obras.

T.O Sara Daneri

# Encuentros

## y otros acontecimientos

### NACIONALES

**4 y 5 de septiembre**

**II Congreso Argentino de Neuropsiquiatría**  
**III Jornadas de Alzheimer y otros trastornos cognitivos**

Organiza: Asociación Neuropsiquiátrica Argentina

Sede: Salguero 2686, Ciudad de Bs. As.  
Informes: Telefax. (54 11) 4225 0499  
E-mail: neuropsiquiatria@ciudad.com.ar

**4 y 5 de septiembre**

**Encuentro sobre Aspectos Médicos y Neurológicos en Síndrome de Down**

Organiza: ASDRA  
Inf: Uriarte 2011, Ciudad de Bs. As.  
Tel. (54 11) 4771 2214  
E-mail: asdra@mail.com

**6 de septiembre**

**Adolescencia y transmisión generacional (gratuito)**

Organiza: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo  
Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares

Inf: Arévalo 1840, Ciudad de Bs. As.  
Tel.: (54 11) 4771 0247

E-mail: secretaria@aappg.org.ar  
Web: www.aappg.org.ar

**7 y 8 de septiembre**

**IX Jornadas de T.O.**  
**"Perspectivas sociales y económicas de la desinstitutionalización"**

Organiza: Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional del Hospital Borda  
Sede: Aula Magna del Hospital (8:30 a 13 Hs), Ciudad de Bs. As.

Informes: Tel (54 11) 4521 2455

**7 al 9 de septiembre**

**II Congreso Internacional de Educación Especial**

Organiza: Universidad de Cuyo  
Informes: Sobremonte 81, Mendoza

Telefax. (54 261) 429 2292

E-Mail: feeye@raiz.uncu.edu.ar

**7 al 10 de septiembre**

**Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales**

Organiza: Dpto Pedagógico de T.O.  
UNMdP

Sede: Mar del Plata

Informes: Funes 3350 4º nivel

Mar del Plata, Buenos Aires

Tel (54 223) 475 2442

E-mail: lclement@mdp.edu.ar

**9 y 10 de septiembre**

**Parapléjicos II**

Organiza: Paractiva

Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.

Tel/Fax (54 11) 4832 2048

E-mail: paractiva@house.com.ar

**15 y 16 de septiembre**

**Seminario-Taller Un Modo de Construir Políticas Sociales desde la Atención de Niños en Situación de Riesgo Social**

Organiza: Fundación para el Desarrollo y la Promoción de Redes Sociales

Informes: Paraguay 2943, 7mo. piso,

dpto. B, Ciudad de Bs. As.

Telefax: (54 11) 4963 4642

E-mail: freduno@arnet.com.ar

Web: www.fundared.org.ar

**16 al 20 de septiembre**

**II Congreso Argentino de Terapia Intensiva**

Organiza: Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Informes: Sarmiento 1562, 4to. piso,

dpto. F, (1024), Ciudad de Bs. As.

**16 y 17 de septiembre**

**Estrategias terapéuticas en neurorehabilitación I**

Organiza: Paractiva

Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.

Tel/Fax (54 11) 4832 2048

E-mail: paractiva@house.com.ar

**17 al 21 de septiembre**

**5th Global Conference On Ageing**

Sede: Mar del Plata, Argentina

Informes: Gral. R. Freire 695 Iero. C

Ciudad de Bs. As.

Tel. (54 11) 4553 3311

Fax. (54 11) 4554 3395

E-mail: pharmaconsult@interlink.com.ar

**21 al 23 de septiembre**

**III Congreso de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires**

**Las Psicosis: Teorías, Prácticas y Estrategias**

Organiza: Secretaría de Salud del GCBA

Sede: Centro Cultural General San

Martín, Ciudad de Bs. As.

Informes: Tel. (54 11) 4323 8000

**21 al 22 de septiembre**

**Seminario Nuevas Narrativas en Terapia Familiar**

Organiza: Fundación Centro de Estudio Familia y Pareja

Informes: Salguero 2567 1er. Piso, dpto.

A, (1425), Ciudad de Bs. As.

Telefax: (54 11) 4801 3485

E-mail: fundacioncefyp@ciudad.com.ar

**21 al 24 de septiembre**

**Primer Encuentro Latinoamericano de lo corporal: Des-cubriéndonos cuerpo americanos**

Organiza: Movimiento de Trabajadores e

Investigadores Corporales para la Salud

Informes: Mansilla 3358 9no. piso, dpto.

B, (1425), Ciudad de Bs. As.

Tel.: (54 11) 4963 3126

E-mail: motrics@interlink.com.ar

**23 de septiembre**

**Encuentro Nacional La Salud Mental en la Argentina Año 2000**

Org: Secretaría de Salud del GCBA

Informes: Tel. (54 11) 4323 8000

**23 de septiembre**

**Jornada Violencia Familiar**

Organiza: Fundación Centro de Estudio Familia y Pareja

Sede: Mendoza 1259, Ciudad de Bs. As.  
 Informes: Salguero 2567 1er. Piso, dpto. A, (1425), Ciudad de Bs. As.  
 Telefax: (54 11) 4801 3485 / 4804 6394  
 E-mail: fundacioncefyp@ciudad.com.ar

**23 y 24 de septiembre**  
**Columna vertebral**

Organiza: Paractiva  
 Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.  
 Tel/Fax (54 11) 4832 2048  
 E-mail: paractiva@house.com.ar

**26 de septiembre**  
**Migración y violencia**

Organiza: Fundación Centro de Estudio Familia y Pareja  
 Informes: Salguero 2567 1er. Piso, dpto. A, (1425), Ciudad de Bs. As.  
 Telefax: (54 11) 4804 6394  
 E-mail: fundacioncefyp@ciudad.com.ar

**27 al 29 de septiembre**  
**IV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo, Higiene y Seguridad**

Organiza: Academia Argentina de Medicina del Trabajo  
 Inf: Tel. (54 11) 4767 7575 Int. 37

**30 de septiembre**  
**Entrenamiento Intensivo para el Trabajo con Familias**

Organiza: Centro de Estudios Sistemáticos  
 Informes: Juncal 3611, P.B., dpto. B, (1425), Ciudad de Bs. As.  
 Tel: (54 11) 4804 4231  
 Fax: (54 11) 4804 7649  
 E-mail: ces@interact.net.ar

**30 de septiembre**  
**Entrenamiento en silla de ruedas**

Organiza: Paractiva  
 Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.  
 Tel/Fax (54 11) 4832 2048  
 E-mail: paractiva@house.com.ar

**4 de octubre**  
**La escena en el dispositivo vincular (gratuito)**

Organiza: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo  
 Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares  
 Inf: Arévalo 1840, Ciudad de Bs. As.  
 Tel.: (54 11) 4771 0247  
 E-mail: secretaria@aappg.org.ar

**4 al 7 de octubre**  
**XI Congreso Argentino de Medicina del Trabajo**  
**4tas. Jornadas de Salud Ocupacional**

**Simposio Higiene, Seguridad y Medio Ambiente**  
 Organiza: Sociedad de Medicina del Trabajo de la Prov. de Bs. As.  
 Informes: Bolívar 425, 1er. piso, Ciudad de Bs. As.  
 Telefax: (54 11) 4331 0061  
 E-mail: smtba@pccp.com.ar

**5 al 8 de octubre**  
**XXV Congreso Argentino de Reumatología**

Organiza: Sociedad Argentina de Reumatología  
 Sede: Córdoba, Argentina  
 Informes: Austria 2469 7mo. piso, dpto. A, (1425), Ciudad de Bs. As.  
 Tel: (54 11) 4801 3306 / 4802 6618  
 E-mail: sar@connmed.com.ar

**7 de octubre**  
**Adaptaciones curriculares y proyectos institucionales**

Organiza: ASDRA  
 Informes: Tel. (54 11) 4777 7333  
 E-mail: asdra@mall.com

**7 y 8 de octubre**  
**Traumatismo craneoencefálico I**

Organiza: Paractiva  
 Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.  
 Tel/Fax (54 11) 4832 2048  
 E-mail: paractiva@house.com.ar

**18 al 21 de octubre**  
**VII Congreso Internacional de Psiquiatría**

Organiza: AAP  
 Sede: Ciudad de Bs. As.  
 Informes: Telefax. (54 11) 4303 3796  
 E-mail: aap@drwebsa.com.ar

**10 al 13 de octubre**  
**I Congreso de Salud Mental y I Encuentro de Profesionales de Salud Mental del Cono Sur "Las Patologías de la Modernidad"**

Sede: Córdoba  
 Organiza: Dirección General de Salud Mental, Pcia. de Córdoba  
 Informes: Ministerio de Salud de la Pcia. de Córdoba, Complejo ex Pablo

Pizzurno, área verde, of 4, Av Vélez Sársfield 2311, (5000) Córdoba  
 Tel/Fax (54 351) 468 8619/21  
 E-mail: samental@tecomnet.com.ar

**19 al 21 de octubre**  
**II Jornadas de Rehabilitación del Oeste**

Organiza: CEMEFID  
 Sede: La Matanza, Pcia. de Bs. As.  
 Ficha llmite para la presentación de resúmenes: 20 de septiembre  
 Informes: Perú 2433, San Justo (1745) Pcia. de Buenos Aires  
 Tel (54 11) 4651 2986 (lunes a viernes de 8 a 16 horas)  
 Tel/Fax (54 11) 4484 8698  
 E-mail: apcemefid@yahoo.com.ar

**19 de octubre**  
**Proceso de cura en los Trastornos Psicossomáticos**

Organiza: Instituto Psicossomático de Buenos Aires  
 Inf: Av. Córdoba 4580, Ciudad de Bs. As.  
 Telefax: (54 11) 4775 1673  
 E-mail: ipba@ciudad.com.ar

**19 y 20 de octubre**  
**Segundas Jornadas Hospitalarias de Psicomotricidad**

Organiza: Dpto. Materno Infantil del Hosp. Gral de Agudos Carlos G. Durand  
 Informes: Tel. (54 11) 4982 5655

**21 y 22 de octubre**  
**Estrategias terapéuticas en neurorehabilitación I**

Organiza: Paractiva  
 Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.  
 Tel/Fax (54 11) 4832 2048  
 E-mail: paractiva@house.com.ar

**25 al 28 de octubre**  
**IV Semana de la T.O.**

Sede: UNMDP  
 Informes: Centro de Estudiantes de Ciencias de la Salud y Trabajo Social - Funes 3350 Cuerpo I Nivel 4 - Mar del Plata, Pcia. de Buenos Aires  
 Telefax: (54 223) 475 2442

**26 al 29 de octubre**  
**II Jornadas Latinoamericanas de Psicología Social**  
**Cambios y Polémicas en la Vida Social Hoy. Su Impacto en la**

**Subjetividad**

Organiza: Primera Escuela Privada de Psicología Social  
 Informes: 24 de noviembre 997, (1224), Ciudad de Bs. As.  
 Telefax: (54 11) 4957 1907  
 E-mail: epstall@satlink.com.ar  
 Web: www.satlink.com/usuarios/e/epstall

**27 y 28 de octubre**

**Jornadas Repensando los Trastornos por Déficit de Atención (ADD)**  
 Organiza: Fundaih  
 Informes: Paraguay 3509, 2do. piso, dpto. B, Ciudad de Bs. As.  
 Telefax: (54 11) 4827 0980  
 E-mail: fundaih@ciudad.com.ar  
 Web: www.imago.com.ar.fundaih

**28 y 29 de octubre**

**Integración sensoriomotora y habilitación funcional**  
 Organiza: Paractiva  
 Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.  
 Tel/Fax (54 11) 4832 2048  
 E-mail: paractiva@house.com.ar

**2 y 16 de noviembre**  
**Ateneo Trastornos de la Alimentación**

Organiza: Fundación Centro de Estudio Familia y Pareja  
 Informes: Salguero 2567 1er. Piso, dpto. A, (1425), Ciudad de Bs. As.

Telefax: (54 11) 4801 3485 / 4804 6394  
 E-mail: fundacioncefyp@ciudad.com.ar

**4 de noviembre**

**Jornadas Violencia - Contraviolencia Familiar y Social**  
 Sede: Mendoza 1259, Ciudad de Bs. As.  
 Organiza: Fundación Centro de Estudio Familia y Pareja  
 Informes: Salguero 2567 1er. Piso, dpto. A, (1425), Ciudad de Bs. As.  
 Telefax: (54 11) 4801 3485 / 4804 6394  
 E-mail: fundacioncefyp@ciudad.com.ar

**4 y 5 de noviembre**

**Función manual**  
 Organiza: Paractiva  
 Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.  
 Tel/Fax (54 11) 4832 2048  
 E-mail: paractiva@house.com.ar

**11 de noviembre**

**I Foro Nacional de T.O.**  
 Organiza: Materia Prima  
 Sede: Del Valle Iberlucea 1151 Ciudad de Buenos Aires  
 Informes: Tel.: (54 11) 4786 6833  
 Fax: (54 11) 4786 4087  
 E-mail: contemon@arnet.com.ar  
 wernich@arnet.com.ar

**11 y 12 de noviembre**  
**Traumatismo craneoencefálico II**  
 Organiza: Paractiva

Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.  
 Tel/Fax (54 11) 4832 2048  
 E-mail: paractiva@house.com.ar

**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, Ciudad de Bs. As.  
 Tel. (54 11) 4374 2740  
 E-mail: elite@cvtcl.com.ar

**18 de noviembre**  
**Jornadas Violencia intrafamiliar**

Organiza: Fundaih  
 Informes: Paraguay 3509, 2do. piso, dpto. B, Ciudad de Bs. As.  
 Telefax: (54 11) 4827 0980  
 E-mail: fundaih@ciudad.com.ar  
 Web: www.imago.com.ar.fundaih

**25 y 26 de noviembre**  
**Hemipléjicos III**

Organiza: Paractiva  
 Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.  
 Tel/Fax (54 11) 4832 2048  
 E-mail: paractiva@house.com.ar

**27, 28 y 29 de noviembre**  
**IV Jornada de Reingeniería en Salud Mental - II Jornadas de Salud Mental y Derecho "Haciendo**

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

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

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

realidad la Salud del tercer milenio"

Organiza: **FACAP**

Entrega de trabajos hasta el 5 /10

Inf: Av. Julio A Roca 710 5° piso (1067)

Tel: (54 11) 4342 9666 (10 a 18 hs)

**2 y 3 de diciembre**

**Parapléjicos III**

Organiza: Paractiva

Informes: Aráoz 1902 Ciudad de Bs. As.

Tel/Fax (54 11) 4832 2048

E-mail: paracuva@house.com.ar

**INTERNACIONALES**

**27 al 29 de septiembre**

**ERGO 2000 - PARIS**

**VI Congreso Europeo de Terapia**

**Ocupacional "Ergoterapia:**

**memoria y devenir"**

Informes: Comisión Técnica - 12 Rue

Cavenne, 69007, Lyon, Francia

Tel. (33 4 78) 61 09 09

Fax. (33 4 72) 71 81 06

E-mail: bawan@mediasites.com

**2, 3 y 4 de noviembre**

**Simposio Internacional "Educación**

**Temprana: un desafío del nuevo**

**milenio"**

Organiza: Asociación Internacional de

Educación para la Infancia

Sede: Casa de América, Madrid, España

Informes: Billinghamurst 2349 2do. piso,

dpto. E, (1425), Capital Federal

Tel: (54 11) 4804 3037

**9 al 11 de noviembre**

**III Congreso Regional de Atención**

**Temprana y Psicomotricidad**

Sede: Uruguay

Informes: Canelones 2207, Montevideo,

Uruguay

Telefax. 59 82 409 5704

E-mail: psicolib@adinet.com.uy

**14 al 18 de noviembre**

**52 Anual Congress Of The**

**Gerontological Society Of**

**American**

Sede: Washington, USA

Informes: GSA Suite 350 1275 K Street,

NW, Washington DC, 20005 - 4006

USA

Fax: 202841150

E-mail: geron@geron.org

**ANTICIPOS**

**2001**

**16 al 20 de mayo**

**24° Congreso Internacional de**

**Epilepsia**

Sede: Ciudad de Bs. As.

E-mail: epilepsy@anajuan.com

neuro@anajuan.com

**18 y 19 de mayo de 2001**

**1er Encuentro de TO del Litoral**

**"Entre-cruzadas y Paralelas"**

Sede: Santa Fe

Informes: Secretaría de Extensión,

Facultad de Bloquímica y Ciencias

Biológicas, UNL, Ciudad Universitaria,

Paraje el Pozo, Casilla de Correo 242

(3000) Santa Fe

Tel (54 342) 457 5206/15 int. 120

Fax (54 324) 457 5221

E-mail: etolito@fbc.unl.edu.ar

toencuentrolitoral@hotmail.com

Web: www.fbc.unl.edu.ar/tolitoral

**11, 12 y 13 de Octubre**

**I Congreso Argentino sobre el**

**Adulto con Discapacidad Mental y**

**Segunda II Jornadas Nacionales**

**sobre Hogares, Residencias y**

**Centros de Día "De Cara al**

**Futuro"**

Sede: Facultad de Derecho (UBA) -

Figueroa Alcorta 1263

Ciudad de Bs. As.

Organiza: AMAR

Informes: (54 11) 4931 7200

E-Mail: hogaramar@ciudad.com.ar

Web: www.hogaramar.org.ar

**2004**

**VIII Congreso Mundial sobre**

**Síndrome de Down**

Sede: Sudáfrica

MP

# MATERIA PRIMA

**Gral. Lucio Mansilla 2665  
(1425) Ciudad de Buenos Aires  
Argentina**

# MATERIA PRIMA

10 de septiembre

Día del  
Terapeuta  
Ocupacional

Felicidades

11 de Noviembre de 2000

# I Foro Nacional de Terapia Ocupacional

*"Clarificar Ideas para  
Ver Posibilidades"*

Organiza Materia Prima

El objetivo es reflexionar acerca de tres ejes:  
ciudadanos, trabajadores y terapeutas, a través  
de exposiciones de profesionales de diferentes áreas,  
trabajos en grupo, que permitirán pensar y debatir  
sobre el quehacer de los Terapeutas Ocupacionales  
en su Triple Implicancia

*...una propuesta diferente  
que lo sorprenderá...*

*En octubre recibirá la información completa  
Lo esperamos*

**Materia Prima**

Gral. Lucio Mansilla 2665 - 1425 - Capital Federal  
Tel. (54 11) 4962 1101/4786 6833