

Revista Argentina de
Terapia Ocupacional

RA TO

Año 9 - N° 2
Diciembre 2023
ISSN 2469-1143

 **AATO**
Asociación Argentina
Terapeutas Ocupacionales

Revista Argentina de Terapia Ocupacional
Año 9 - Nro 2
Diciembre 2023 - ISSN 2469-1143

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TERAPISTAS OCUPACIONALES
Libertad 370 3° B (1012)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Registro DNDA Nro en trámite

COMISIÓN DIRECTIVA GESTIÓN 2020-2023

Spampinato, Sandra	Presidenta
Albino, Andrea	Vice-presidente
Garcia, Diana	Tesorera
Narvaez, Silvia Elena	Secretaria Ejecutiva
Scaffa, Myrian Edith	Secretaria Científica
Williams, Verónica	Vocal 1º Titular
Muras, Diana	Vocal 2º Titular
Ruppel, Carla	Vocal 3º Titular
Javelier, Natalia	Vocal 4º Titular
Forcat, Rosangela	Vocal 1º Suplente
Daneri, Sara Maria	Vocal 2º Suplente
Perez, Laura Raquel	1º Revisor de Cuenta Titular
Perretti, Gabriela	2º Revisor de Cuenta Titular
Pereyras, Rocio Melisa	3º Revisor de Cuentas Titular
Oudshoorn, Silvina	1º Revisor de Cuentas Suplente
Testa, Daniela	2º Revisor de Cuentas Suplente

Comité Editorial

Editor Responsable: Andrea Fabiana Albino
Coordinación Editorial: Daniela Edelvis Testa
Coordinación Científica: Silvia Narváez
Coordinación Técnica: Celina Mariscal

Equipo Técnico

Florencia Itovich
Sabrina Belfi
Daniela Torrado
Belén Casas
Catalina Paiz
María Sol Aquila
Julieta Jeroncich

Revisión Técnica en Inglés

Verónica Williams

Comité Científico

Claudia Battistoni
Fabiana Cacciavilani
Magalí Risiga
Mariela Nabergoi
Marcelo Esper
Viviana Pradolini
María Inés Esteve

Asesores Nacionales

Analía Zaccardi
Araceli Lopez
Carlota Vega
Claudia Rivelli
Diana García
Elisabeth Gomez Mengelberg
Julia Benassi
Marcela Capozzo
María Rosa Aussiere
Mariel Pellegrini
Marisa Alippi
Mercedes Beltrán
Natalia Yujnovsky
Sandra Spampinato
Sandra Westman
Rut Leegstra
Paola Marcellán
Paula Graizer

Asesores Internacionales

Cecilia Caillet-Bois
Alejandro Guajardo (Chile)
María Teresa Arista Rivera (Perú)
Simo Algado (España)
Fátima Oliver (Brasil)
Patricia Brogna (México)

Asesores de otras disciplinas

Carolina Ferrante
(Socióloga)
Karina Ramacciotti
(Historiadora)
Karina Brovelli
(Trabajadora Social)
María Marcela Bottinelli
(Psicóloga)
Victor Marchezini
(Sociólogo)
Carla Di Ieso
(Trabajadora Social)

Diseño gráfico, diseño editorial, maquetación y puesta en página

Marcela Rossi
rossim70@yahoo.com.ar

Asesoramiento informático

Juan Daneri
jdaneri@lacuatro.com.ar

Diseño web

Julián Villalba
juliancai94@gmail.com

Reflexiones sobre el XI Congreso argentino de Terapia Ocupacional

Elizabet Calderón

Elizabet Calderón

Licenciada en Terapia Ocupacional (UNQ, 2003). Docente en la Universidad Católica de Córdoba y Cuyo, fue parte del equipo de coordinación general del XI Congreso argentino de TO en Córdoba, organizado por la Asociación Civil de Terapeutas Ocupacionales de Córdoba (ACTOC).

calderonelizabet@gmail.com

revistatoargentina@gmail.com

Los días 7, 8 y 9 de septiembre de 2023 tuvo lugar el XI Congreso argentino de Terapia Ocupacional en la ciudad de Córdoba. Más de 1000 profesionales de Argentina y la región se hicieron partícipes del mayor encuentro de la terapia ocupacional de nuestro país bajo el lema “Transitando la Terapia Ocupacional desde la Interdependencia”. Este lema reflejó nuestra intención por valorar un proceso de construcción conjunta, reconociendo la diversidad y pluralidad que caracteriza a la Terapia Ocupacional tanto en sus formas de pensar, como de hacer. Dar lugar a esta diversidad como fortaleza que nos potencia, y no como barrera que nos limita, ha sido clave en el recorrido que permitió llevar adelante este encuentro. Compartiremos algunas notas y reflexiones sobre lo sucedido, poniendo en valor la importancia y necesidad de los mismos para el desarrollo de la profesión.

Emprender la construcción conjunta desde la pluralidad es siempre un desafío. Iniciamos este camino sin imaginarnos el advenimiento de una pandemia ni el contexto de incertidumbre agravado por la crisis social y económica. Mantener el entusiasmo y la alegría, asumiendo con profunda responsabilidad la organización de un encuentro de esta magnitud, fue posible en el marco del trabajo colectivo, colaborativo y sostenido. Este esfuerzo se llevó a cabo tanto internamente, dentro del equipo, como con el apoyo incondicional de cada Asociación, Agrupación y Colegio nucleados en la Red Nacional de Terapia Ocupacional, quienes materializaron de manera tangible los principios de interdependencia.

Desde el principio, concebimos un Congreso que fomentara la participación de individuos provenientes de diversas regiones, con variadas trayectorias y procedentes de distintos campos. Nos propusimos que esta diversidad se reflejara en un diálogo activo durante la implementación de propuestas con distintos enfoques. Tomamos la decisión de prescindir del tradicional formato individual de conferencia central u otras protagonizadas por una única persona. En su lugar, propusimos espacios de diálogos entre personas cuyos modos de hacer y pensar la disciplina no compartan espacios de intercambio de manera frecuente. Cada colega que se fue sumando lo hizo con entusiasmo ante la propuesta del diálogo, incluso con la implicancia de cubrir sus propios gastos y gestionar su viaje y estadía, así como disponer del tiempo para reuniones previas.

Desde el inicio de la conformación del equipo organizador, planteamos la importancia de tener en cuenta en todo el proceso que los Congresos son de estudiantes y profesionales, reconociendo el protagonismo y los aportes de cada uno/a en la Universidad. Nos constituimos en un grupo de trabajo reconociendo y valorando la diversidad y multiplicidad de saberes tanto académicos, como singulares, los

cuales nos fortalecieron frente a los desafíos que se nos fueron presentando.

Algunas reflexiones en relación a los Congresos argentinos y su potencial para la profesión:

Nuestros Congresos, a diferencia de otras instancias de carácter exclusivamente ligadas a los saberes reconocidos como científicos, hacen eje en un encuentro de perfil estudiantil, profesional y disciplinar, que incluye lo científico, pero lo trasciende. Quisiera invitarnos a pensar en la fortaleza de esta impronta, que nos permite reconocer la multiplicidad de saberes y recorridos, posibilitando el compartir entre quienes están dando sus primeros pasos en la formación, profesionales de diversas tradiciones y experiencias de lo más variadas.

Nos ofrece la oportunidad de conocer investigaciones y avances del cada vez más creciente grupo de profesionales que se encuentran produciendo conocimiento a nivel local, regional y mundial. Abre el juego a nuevas autorías, autorizando y reconociendo las distintas voces y tradiciones presentes. Permite que haya un lugar para todos y todas, y no sólo para algunos.

Los congresos argentinos han sido y son una fiesta de la diversidad, donde nos encontramos no solo con quienes piensan igual, sino con aquellos con quienes disentimos, con quienes hacemos cosas distintas o parecidas.

Son una oportunidad única para escuchar, charlar, tomar mate y bizcochitos, con quienes nunca nos cruzamos, con quienes creemos que no compartimos nada, hasta que la magia del encuentro nos permite ver que compartimos mucho más que un mate...

Vivimos en un mundo que cambia constantemente y nos impulsa hacia la independencia y la individualidad. Más de una vez hemos confundido la idea de autonomía, con las lógicas del individualismo que hacen al “sálvese quien pueda”, o el esfuerzo y mérito personal como variable principal en el acompañamiento de aquellos y aquellas con quienes trabajamos. Como Terapistas Ocupacionales, celebramos y reconocemos la interdependencia en nuestra profesión, en nuestros equipos de trabajo y en la permanente práctica intersubjetiva con otros y otras. Interdependencia como modo de resistencia al sostén de lógicas adaptativas de despersonalización, y al mismo tiempo, como un camino hacia un reconocimiento en nuestra diversidad del hacer profesional y su carácter identitario como terapistas ocupacionales.

Si hay algo que distingue a gran parte de nuestro colectivo profesional es la pasión por lo que hacemos. Quizás tenga que ver con que nos gusta hacer, pero me gusta pensar que es más complejo, que tiene que ver con las personas, con lo que vemos que se transforma en ese hacer, con los sentires

y los significados (o significantes), que hacen que ese hacer tenga valor para sí mismos y para otros y otras.

Dice Alicia Fernandez, “Toda actividad teórico/científica, requiere de fuerza vital, que es vital por poseer, como todo lo vivo para mantener la vida, la propiedad de transformarse”. La Terapia Ocupacional, como disciplina socio histórica, dinámica, en desarrollo, cercana a las realidades y los tiempos en los que nos toca vivir, hacer y ser TO, requiere de espacios que nos permitan enunciar esas transformaciones, darles lugar, escuchar, reflexionar, preguntar, cuestionar. Los Congresos son una oportunidad también, de poner el cuerpo en la experiencia de este intercambio. Experiencia que nos transforma, no sólo (y quizás en menor medida) por lo que escuchamos, sino por lo que vivimos.

“Una de las fuentes donde se nutre la autoría, es la alegría, que viene de la mano de la “capacidad para sorprenderse” buscando y encontrando la alegría de las diferencias dentro y fuera de nosotros. Alegría por el encuentro con la diversidad, capacidad de sorpresa y espontaneidad son ingredientes de la capacidad atencional y conforman la energía imprescindible para que la agresividad saludable, creativa y necesaria al proceso de pensar, no se transforme en violencia contra sí mismo o contra el entorno.” (Fernandez, 2009)

Alegría y autoría se nutren mutuamente. Ambas se producen en el espacio intersubjetivo. Nuestros Congresos argentinos han sido una fuente para el fortalecimiento, la promoción y difusión de la producción nacional. Para quienes presentan, para quienes participan, y para quienes se llevan el desafío de compartir con otros y otras sus producciones, desarrollos y experiencias en otros espacios de acceso colectivo.

Balance del XI Congreso argentino de Terapia Ocupacional

Desde la Asociación Civil de Terapistas Ocupacionales de Córdoba, como anfitriones, encaramos este desafío con dos grandes objetivos institucionales para capitalizar la realización del Congreso en Córdoba: visibilizar y fortalecer el rol de la Terapia Ocupacional en la provincia, y lograr la actualización de nuestra legislación con la sanción de la Ley de Ejercicio profesional. Los objetivos se han alcanzado con creces, y han superado nuestras expectativas. Reconociendo la imposibilidad de transmitir todo lo vivido durante estos días, compartimos con ustedes un resumen que da cuenta de algunos de ellos:

Se acreditaron 1134 personas, se hicieron 230 presentaciones entre trabajos libres, de investigación, pósters, videos, rondas y mesas redondas. En total esto implicó a más de 300 disertantes, autores e investigadores/as en diálogo.

Además de lo presentado por los y las participantes, el equipo organizó 12 diálogos y paneles interdependientes y 10 talleres gratuitos.

En el marco de la interdependencia, y la convicción de entendernos como parte de la comunidad, y en relación permanente con ella, se desarrollaron 5 actividades abiertas a la comunidad de acceso libre y gratuito.

Considerando el tiempo entre Congresos, se llevaron adelante 4 actividades pre congreso, en formato presencial, virtual y/o híbrido debido a la pandemia, durante los años previos al evento. En esta misma línea se realizó el pre congreso el día previo al Congreso con 200 inscriptos también de acceso libre y gratuito.

El último día se organizaron las mesas regionales con gran participación de estudiantes y colegas de todo el país. Las mismas fueron propuestas en una modalidad participativa, que posibilitó el intercambio, la visibilización de las realidades locales, el inicio y/o continuación procesos de desarrollo en base a necesidades y construcciones propias de cada región.

Ante la imposibilidad de realizar el congreso en formato virtual por los altos costos, tomamos la decisión de poner a disposición todo lo acontecido en sala A en forma libre y gratuita vía youtube y en streaming en el momento, quedando disponible en forma permanente en <https://www.youtube.com/@XICongresoArgentinodeTOCordoba>. En esta misma línea se está trabajando el libro de memorias del Congreso con la publicación de todos los trabajos presentados.

Durante la ceremonia de apertura, tuvimos el honor de contar con la destacada participación de representantes de organismos del ámbito público y privado, en los niveles nacional, provincial y municipal. Entre los presentes se encontraban la Ministra de Salud, la Subsecretaría de Discapacidad, Legisladores Provinciales, Decanos de la Universidad Nacional de Villa

María, Universidad Católica de Córdoba y Universidad Nacional de La Rioja, así como autoridades de la Municipalidad de Córdoba, entre otros. En este contexto, llevamos a cabo la presentación de la Ley de Ejercicio Profesional de Terapistas Ocupacionales de la Provincia de Córdoba.

Por último, y gracias a un gran trabajo de toda la Red Nacional y del apoyo de cada colega que colaboró en la difusión, hemos logrado la participación de representantes de todas las provincias de Argentina:

Reconocer los procesos de la Terapia Ocupacional implica valorar a las personas, prácticas y experiencias diversas con las que hemos transitado este camino, así como enfrentar los desafíos del presente y hacia el futuro de una profesión comprometida con los procesos del “hacer-ser”. Estos desafíos nos instan a seguir proyectando y practicando una Terapia Ocupacional relevante. La fortaleza del encuentro radica en la diversidad de quienes somos, en cómo concebimos, actuamos y soñamos la Terapia Ocupacional, sin perder la convicción y la alegría de transformar el pequeño rincón del mundo donde estamos presentes en un lugar mejor para ocupar(se). Esperamos sinceramente que este Congreso haya sido una contribución para continuar “transitando la Terapia Ocupacional desde la interdependencia”. ■

[Recibido 10/12/23 - Aprobado 15/12/23]

Referencias

Fernández, A. (2009). La potencia atencional de la alegría. *Revista Psicopedagogía*, 26(79), 3-11. Recuperado el 17 de noviembre de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000100002&lng=pt&tlng=es.

Cómo citar esta editorial:

Calderón, Elizabeth. (2023). Reflexiones sobre el XI Congreso argentino de Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(2), 3-5.

El derecho a la identidad de género en la formación de terapeutas ocupacionales de la Universidad Nacional de Quilmes

The right to gender identity in occupational therapists education of the Universidad Nacional de Quilmes

Matías Emanuel Riveros

Matías Emanuel Riveros

Licenciado en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Coordinador operativo del I+D Políticas del Cuidado y Salud Mental: Experiencias y demandas de colectivos trans-travesti en Argentina y del Proyecto de Extensión Universitaria Grupalidades disidentes y políticas del cuidado, Universidad Nacional de Quilmes. Ex-becario de Estímulo a las Vocaciones Científicas del Consejo Interuniversitario Nacional, Proyecto El derecho a la Identidad de Género en la formación de terapeutas ocupacionales: un estudio exploratorio en la UNQ; y ex-becario de las Becas de Formación en Docencia e Investigación 2022 de la Universidad Nacional de Quilmes

mati.e.riveros@gmail.com

Resumen

El artículo informa el proceso y resultados de la primera etapa de la investigación “El derecho a la identidad de género en la formación de terapeutas ocupacionales: un estudio exploratorio en la UNQ”, que se desarrolló como parte de las becas EVC-CIN 2020 y se inserta en el proyecto de investigación acreditado “Políticas y cuidado de la salud mental. Experiencias y demandas de colectivos trans-travesti en Argentina” dirigido por Sandra Borakievich. La metodología utilizada es exploratoria y con un diseño cuali-cuantitativo; y el objetivo es identificar cuáles son los modos en que la Ley de Identidad de Género se efectúa en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes, mediante el análisis de la presencia de contenidos relacionados con dicha ley tanto en éste como en los programas de las materias que lo componen. En el presente texto se respetan las normas de autor propuestas por la editorial, por lo que se ha utilizado de forma constante el lenguaje no binario indirecto (LNI).

Palabras clave: Terapia Ocupacional, identidad de género, perspectiva de género, capacitación profesional.

Abstract

The article reports the process and results of the first stage of the research “The right to gender identity in the training of occupational therapists: an exploratory study at UNQ”, which was developed as part of the EVC-CIN 2020 scholarships and it is inserted in the accredited research project “Policies and mental health care. Experiences and demands of trans-travesti groups in Argentina” directed by Sandra Borakievich. The methodology used is exploratory, with a qualitative-quantitative design; and the target is to identify the ways in which the Gender Identity Law is carried out in the Study Plan of the Degree in Occupational Therapy of the National University of Quilmes, through the analysis of the presence of contents related to the law both in this and in the programs of the subjects that compose it.

Keywords: Occupational Therapy, gender identity, gender perspective, professional training.

Introducción

La Ley N°26743 de Identidad de Género, sancionada en el 2012 en Argentina, busca garantizar el derecho de toda persona al reconocimiento de su identidad de género haciendo eje en el libre desarrollo, el trato digno, y la posibilidad de realizar la rectificación registral del género en el Documento Nacional de Identidad. Asimismo, sus pilares son la despatologización, desjudicialización, descriminalización y desestigmatización de todas aquellas identidades que no se adecúan a la cis-norma. Esta ley inédita ha marcado un hito a nivel internacional al ser la primera en el mundo en no patologizar a las personas trans-travestis-no binaries poniendo además en juego el derecho a la atención en salud y el protagonismo de todas las personas, pero principalmente de quienes al reconocerse en sus respectivas identidades de género han vivido y viven experiencias de desarraigo desde la más temprana edad, de acuerdo a lo expresado por Lohana Berkins (Borakievich y Rueda, 2018; Alamino Barthaburu, 2015; Pedrani y Basualdo, 2018, como se cita en Ripoll, 2019; Barbieri et al., 2014; Berkins, 2007).

Si bien existen críticas y cuestionamientos en relación a si esta ley efectivamente ofrece respuestas a las reivindicaciones más fuertes de los colectivos trans-travestis-no binaries, lo cierto es que ha marcado un giro radical en la concepción de estas personas: hay estudios que explicitan cómo el reconocimiento legal disminuye la percepción de imposibilidad asociada a la idea de vivir con el propio género e incrementa la seguridad de la identidad de género autopercibida al disminuir los cuestionamientos (Wayar, 2015, como se cita en Alamino Barthaburu, 2015; Godoy, 2015).

La Terapia Ocupacional plantea la importancia de tener presente la identidad ocupacional de cada persona así como su experiencia personal, mediante intervenciones situadas en el contexto que tengan en cuenta las voces de las personas y colectivos marginalizados. Sandra Galheigo, reconocida profesional del campo de la Terapia Ocupacional Social, explica que en esta profesión es necesario partir del compromiso ético-político con las personas y colectivos, ser capaces de verdadera escucha y alojamiento de sus necesidades, abordar los problemas de forma diversa y buscar la transformación social de la realidad. Para ella, la Terapia Ocupacional tiene como objetivos la emancipación, el empoderamiento, la acción colectiva, la construcción de la subjetividad y la ciudadanía. Se destaca el entrelazamiento de los Derechos Humanos, interdependientes entre sí, entre los cuales se encuentra entre muchos otros el derecho a la salud. La autora resalta además la importancia de formar personas profesionales que sean críticas, con compromiso por la transformación social. (Galheigo, 2007; Apablaza, 2015; Galheigo, como se cita en Simó Algado, 2012)

De acuerdo a los Principios de Yogyakarta (2007) la educación debe responder a las necesidades de estudiantes de toda orientación sexual e identidad de género, considerando a su vez que la enseñanza es una forma de brindar herramientas para tomar una posición reflexiva ante la realidad. (Comisión Internacional de Juristas y el Servicio Internacional para los Derechos Humanos, 2007)

Este artículo se centrará en una investigación realizada en la Universidad Nacional de Quilmes, en la cual se han identificado modos en que la Ley de Identidad de Género se efectúa en el plan de estudios de la Licenciatura en Terapia Ocupacional; por lo cual se hará referencia a autores que se relacionan con el ámbito universitario y, en particular, con autores que son terapeutas ocupacionales.

Respecto a la institución universitaria, hay quienes señalan que su sentido es la transformación de la realidad social, lo que abre una necesidad de disputa de sentidos dado que se encuentra plagada de desigualdades y violencias así como de una fuerte resistencia al cambio (Corvalán y Zaiat Artig, 2016; Coseani y Schnell, 2021). También se hace hincapié en la urgencia de conceptualizar prácticas disidentes a la heteronorma, produciendo materiales que no sean patologizantes de las diversidades; y si bien se insiste en que los procesos de formación de la terapia ocupacional deben responder a las expectativas de la sociedad, varios estudios han evidenciado la falta de formación de grado con contenidos específicos relacionados a una perspectiva de género. (Borakievich et al, 2014; Apablaza, 2015; Ripoll, 2019; Cabanas et al., 2020).

Coseani y Schnell, por su parte, hablan en concreto de las violencias al interior de las universidades. Relata que las más frecuentes son las de tipo psicológico y simbólico, y menciona una investigación de Val Flores según la cual el 81,5% de personas encuestadas considera que la formación excluyente impacta de forma directa en su futuro profesional (Val Flores, 2014, como se cita en Coseani y Schnell, 2021), dando cuenta de la necesidad de una co-construcción de saberes sin planes de estudios sexistas y binarios. Es preciso que las universidades creen políticas integrales que busquen garantizar el cumplimiento de los Derechos Humanos; siendo agentes clave en la protección de colectivos vulnerados tales como los de las personas travestis, trans y no binaries, fundamentalmente en lo que se refiere a garantizar las condiciones de acceso y permanencia en el ámbito educativo (Coseani y Schnell, 2021; De La Reta y Chantefort, 2018).

En varias investigaciones se destaca la importancia de la formación de género en centros de educación superior y en particular la urgencia de la misma en las trayectorias universitarias en pos de deconstruir prejuicios que se despliegan en la vida cotidiana en relación a opciones de vida no cis-heteronormadas; considerando que un currículo universitario de

género sensitivo y reflexivo propicia la reflexión crítica de la sociedad y considera las relaciones de género y las características del sistema patriarcal para generar procesos transformadores. Estos, a su vez, señalan el uso de la dimensión curricular para incorporar las perspectivas de género, atendiendo a la transformación del currículo oculto y a una estrategia de transversalidad de género para la inclusión de contenidos temáticos en los planes de estudio (Borakievich y Rueda, 2018; Donoso-Vázquez, y Velasco-Martínez, 2013; Bolaños y Velasco, 2003, como se cita en Camarena Adame y Saavedra García, 2018; Morandi, 2010, como se cita en Ripoll, 2019; Barrera-Martínez et al., 2018). Ripoll (2019), centrándose en la formación de terapeutas ocupacionales, señala la necesidad de contar con espacios con perspectiva de género y de incluir en los planes de estudio las leyes vigentes; en definitiva de incluir la perspectiva de género y en particular la Ley de Identidad de Género en la formación profesional de grado y en la práctica misma de la profesión.

Algunas investigaciones realizadas dentro de la Universidad Nacional de Quilmes han indagado sobre distintos aspectos relacionados a la existencia de una perspectiva de géneros en la Licenciatura en Terapia Ocupacional analizando cuáles son las competencias de graduados recientes en relación a la Ley N°26743 (Ripoll, 2019), la aparición de determinadas variables relacionadas a la perspectiva de género dentro de los programas de la carrera (Damico Guerra, 2020), y las representaciones sociales de estudiantes y docentes respecto a la salud mental y sexualidades (Goyer, 2021).

Resulta interesante destacar que la ya mencionada universidad se ha adherido en 2019 a la llamada Ley Micaela n°27499 (2019), desde la cual se busca establecer la capacitación obligatoria en materia de género y violencia de género a personas que integran los tres poderes del Estado. El propósito es sensibilizar sobre la perspectiva de género y ofrecer herramientas para pensar en resoluciones frente a las violencias. La implementación de los cursos de capacitación en la UNQ proponen una mirada crítica para pensar las relaciones de poder, el patriarcado, y proponen herramientas conceptuales y teóricas sobre la temática. (UNQ, 2021) Estas capacitaciones, en teoría, permitirán a lo largo del tiempo ir generando otras condiciones para que el proceso enseñanza-aprendizaje y el transitar por la universidad sea más ameno y libre de violencias.

Por otro lado, no existen a la fecha investigaciones que analicen de forma compleja el tipo de lenguaje genérico utilizado en el plan de estudios o los programas de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de dicha Casa de Estudios. Los géneros gramaticales utilizados son relevantes al momento de analizar en cómo se piensa desde las instituciones al estudiantado, ya que pueden incluir o no a las distintas identidades de género existentes. De acuerdo a Miętkiewicz (2021, p.20) "... el lenguaje crea nuestra realidad...". Aunque las personas no

binarias y otras identidades sexogenéricas existen en diversas culturas y desde hace siglos, su reconocimiento lingüístico, parte clave para una inclusión social completa, no es frecuente (López, 2020; Creighton, 2021). Para Creighton, el problema sobre el género gramatical es que hoy en día el masculino genérico, aún abordando el femenino y el masculino, no aborda identidades que escapen de este binarismo (2021). El fenómeno que actualmente se conoce como lenguaje inclusivo o no binario se comenzó a expandir en Argentina a principios del siglo XXI, pero comenzó a ser visible a partir de la década de 1980 en comunidades LGBTQ+ (Menegotto, 2021; Creighton, 2021). Asimismo, en el lenguaje las formas no binarias parecen funcionar de forma más precisa e inequívoca que el masculino genérico para abarcar la diversidad de géneros existente; y no implica mayores costos al momento de procesarlas o comprenderlas sino lo contrario (Zunino y Stetie, 2022).

Menegotto (2020) afirma que existen al menos dos configuraciones genéricas del español: el español 2G, que incluye dos géneros (femenino y masculino), y el español 3G, que incluye tres géneros (femenino, masculino y neutro); las estrategias retóricas del lenguaje inclusivo pueden ser binarias o no binarias, siendo la segunda opción -configuración 3G- la que habilita la aparición de formas que resultarían agramaticales en la configuración estándar -2G-. Por otro lado, López (2020) propone otra categorización que especifica distintas formas de uso del lenguaje no binario: el lenguaje no binario directo (LND) y el lenguaje no binario indirecto (LNI). Este lingüista asevera que, al hacer referencia a todos los géneros sin emplear marcas de género, el LNI puede permanecer 'invisible' y utilizarse tanto como estrategia para la inclusión (evitando la malgenerización) como para la exclusión (invisibilizando identidades disidentes); mientras el LND comunica de manera inequívoca su apoyo y respeto a las personas no binarias; y finalmente reflexiona que "El lenguaje no binario es solo una pequeña parte del <<lenguaje inclusivo>>, que también incluye estrategias lingüísticas antirracistas, anticapacitistas y anticoloniales, entre muchas otras" (López, 2019, como se cita en López, 2020, p.296).

Esta investigación propone ponderar si se incorporan en la formación de terapeutas ocupacionales de la Universidad Nacional de Quilmes los conocimientos necesarios para accionar adecuadamente en torno a lo que la Ley N°26743 de Identidad de Género indica. Se trata de un proyecto dirigido por Sandra Borakievich; y codirigido por Helga Marilina Sánchez Aquino; inscripto dentro del proyecto I+D UNQ (2019-23) "Políticas del Cuidado y salud mental. Experiencias y demandas de colectivos trans-travestis en Argentina" que busca explorar, describir y analizar las demandas y requerimientos en Salud Mental expresadas en las experiencias de colectivos trans-travesti y caracterizar los modos en que se constituyen las políticas del cuidado en Salud Mental hacia estos colectivos en Argentina.

Método

Este trabajo es de diseño cuali-cuantitativo y de carácter exploratorio, ya que no se han encontrado antecedentes de estudios similares realizados previamente en la Universidad Nacional de Quilmes.

La pregunta orientadora utilizada para el presente texto fue: ¿Cuáles son los contenidos relacionados a la Ley N°26.743 que atraviesan el Plan de Estudios de la Licenciatura en Terapia Ocupacional?; siendo el objetivo general el identificar los modos en que la Ley de Identidad de Género 26.743 se efectúa en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes. Los objetivos específicos en que se hará eje buscan analizar en dicho plan y en los programas que lo componen la presencia de contenidos relacionados con la Ley de Identidad de Género, y el tipo de lenguaje genérico utilizado para referirse a quienes transitan la carrera como estudiantes.

El Plan de Estudios de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes consta de 41 materias y está dividido en tres ciclos: ciclo introductorio, el cual posee tres materias y es compartido con todas las carreras del Departamento al que pertenece (Ciencias Sociales); ciclo básico, que contiene 30 materias de distintas áreas de las cuales algunas son exclusivas de la carrera y otras compartidas con la Diplomatura de Ciencias Sociales; y ciclo superior, que contiene 8 materias exclusivas de la carrera. Asimismo, cada materia puede contener uno o más programas distintos, dado que cada docente tiene la posibilidad de utilizar el mismo programa que otra persona para la misma materia, o de modificarlo. Es por ello que se ha analizado, en ocasiones, más de un programa por materia seleccionada, de acuerdo a la cantidad de docentes que dictan dicha materia.

Para alcanzar los objetivos mencionados se ha utilizado como instrumento de recolección de datos la revisión y análisis de distintos documentos: plan de estudio de la Licenciatura en Terapia Ocupacional (2015), y programas de cada materia correspondiente a dicho plan que hayan sido utilizados en el año 2021. Para ello, previamente se procedió al rastreo y recopilación del plan de estudios 2015 y de todos los programas de materias utilizados durante el año 2021 pertenecientes a la Licenciatura en Terapia Ocupacional modalidad presencial, incluyendo 3 programas correspondientes a las materias del Ciclo Introductorio y excluyendo la amplia variedad de programas correspondientes a las materias de Idiomas, Antropología e Introducción al Pensamiento Social. La recopilación se realizó a través de la página oficial de la Universidad, contacto con estudiantes que cursaron dichas materias y con docentes que las hayan dictado durante dicho año.

Para la elaboración del instrumento se ha tomado como referencia el confeccionado por Damico Guerra (2020) que evalúa

la presencia de variables de interés relacionados a la temática “sexualidades”; eligiendo otras variables relacionadas a la perspectiva de género y al lenguaje genérico utilizado para hacer referencia a estudiantes de la carrera. Por lo tanto, se ha analizado por un lado la aparición de 9 variables dentro de los documentos: género - géneros - mujer - mujeres - diversidad - diversidades - LGBT - disidencias - trans, teniendo en cuenta además si en el contexto en que aparecían se hacía referencia explícita a temáticas relacionadas con las perspectivas de géneros y diversidades; y el tipo de lenguaje genérico utilizado para referirse a estudiantes: masculino genérico - femenino genérico - inclusivo binario - inclusivo no binario (directo e indirecto) (López, 2020; Miętkiewicz, 2021).

Este instrumento consistió en una planilla digital donde se fueron cargando los datos tras la identificación de las variables en cada documento, permitiendo así analizar cada uno de forma individual y por categorías grupales a partir de promedios de cada categoría generada. Las categorías grupales asignadas fueron: Plan de Estudios 2015, Ciclo Introductorio, Ciclo Básico, y Ciclo Superior. Se realizó también un pilotaje del instrumento a través de su utilización a modo de prueba para analizar dos programas de materias que no se utilizarían en el presente estudio.

La investigación también abarcó entrevistas y encuestas a docentes de la carrera para conocer su perspectiva respecto a la relevancia que se le da a la Ley de Identidad de Género en la Terapia Ocupacional, tanto en relación a la formación como a la práctica misma de la profesión, y sus competencias respecto a dicha ley.

Resultados

En el Plan de Estudios 2015 de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes han aparecido un total de cuatro sobre nueve variables analizadas: género, géneros, diversidad, y trans (ver gráfico 1, columna celeste); pero contextualizando las mismas en pos de considerar únicamente aquellas relacionadas explícitamente a las perspectivas de géneros se encuentra solo una variable: género, que aparece dos veces (ver gráfico 1, columna violeta): como parte de la diversidad, y haciendo mención a la perspectiva de género.

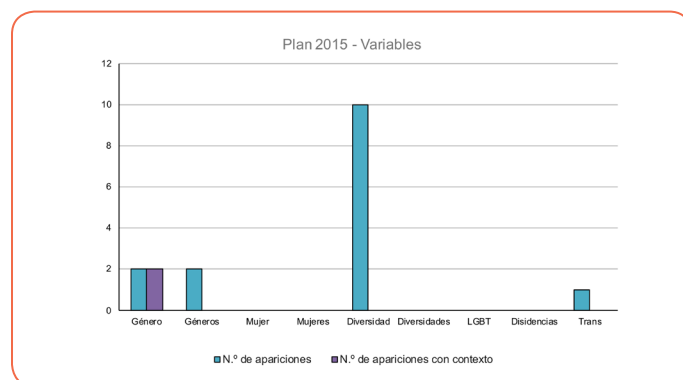


Gráfico 1

Dentro de las tres materias correspondientes al Ciclo Introductorio de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, se ha observado la aparición de tres variables: género, géneros, y diversidad (ver gráfico 2). Sin embargo, al analizar estas variables de forma contextualizada se encuentra que solo una de ellas hace referencia a aspectos relacionados con la perspectiva de género: la variable género de forma contextualizada aparece una sola vez, haciendo referencia a perspectivas de género.

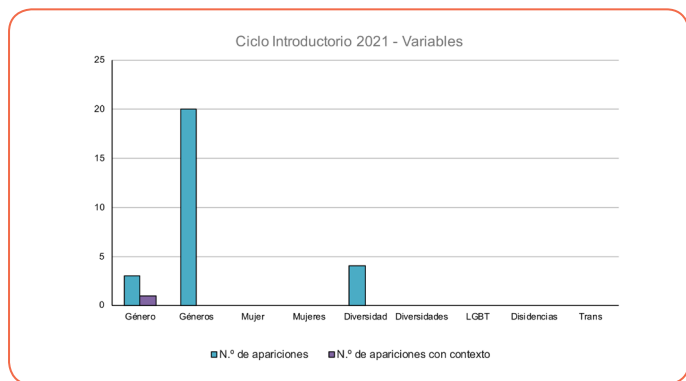


Gráfico 2

Se han analizado 46 programas que corresponden a 24 de las 30 materias del Ciclo Básico de la Lic. en Terapia Ocupacional. En ellos se puede observar la aparición de todas las variables analizadas tanto de forma descontextualizada como contextualizada en relación a la perspectiva de género. Llama la atención la aparición de la variable Diversidad 52 veces y de la variable Trans 78 veces en contraste con su contextualización: al analizar las veces en que se utiliza en pos de especificar algo relacionado a la perspectiva de género, los números bajan a 6 y 5, respectivamente. Asimismo, las variables que más aparecen relacionadas a las perspectivas de géneros son: género (44 veces) y mujeres (18); otras variables que aparecen son géneros (4), mujer (5), LGBT (1) y disidencias (1). (Ver gráfico 3)

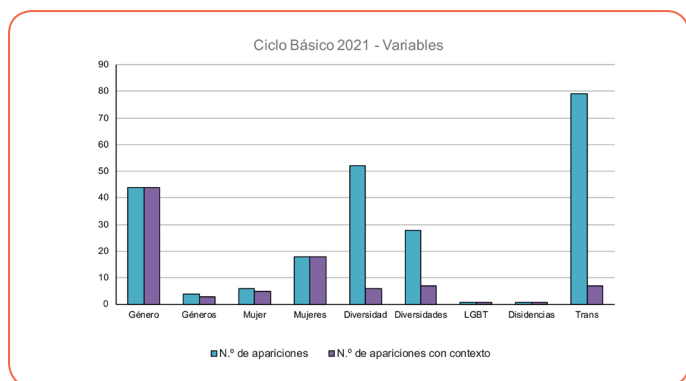


Gráfico 3

Se han analizado 15 programas correspondientes a las 8 materias del Ciclo Superior de la Lic. en Terapia Ocupacional. En ellos, la aparición de las variables parece disminuir tanto con contexto relacionado a la perspectiva de géneros como sin

él. La variable género aparece un total de 5 veces, mientras la variable géneros aparece 6 pero sin hacer referencia a la perspectiva de géneros. La variable mujer no aparece, aunque la variable mujeres aparece una vez. La variable diversidad aparece 6 veces, disminuyendo a una al contextualizarla. Las variables LGBT y Disidencias no se hacen presentes, aunque sí la variable trans, que aparece de forma contextualizada 3 veces, en contraste con las 19 veces que aparece de forma descontextualizada. (ver gráfico 4)

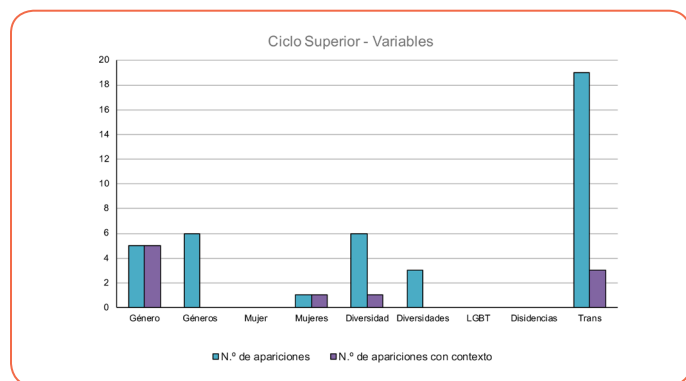


Gráfico 4

En relación al lenguaje genérico utilizado para referirse a estudiantes de la carrera: En el plan de estudios 2015 se ha utilizado en forma mayoritaria lenguaje masculino genérico (80,77%), utilizando en forma minoritaria lenguaje inclusivo binario (19,23%) y en forma nula lenguaje inclusivo no binario y lenguaje femenino genérico (ver gráfico 5).

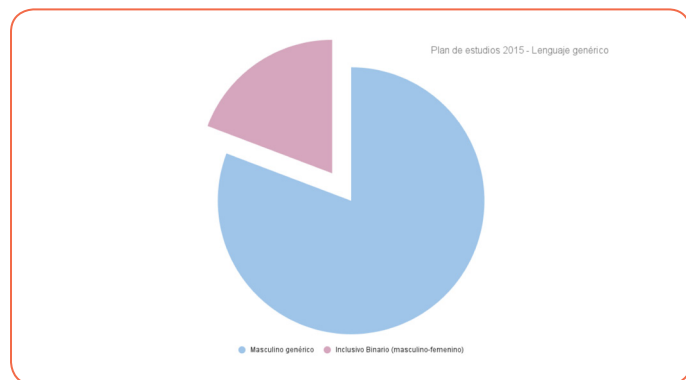


Gráfico 5

Dentro de los programas correspondientes a materias del Ciclo introductorio se ha encontrado que se utiliza principalmente lenguaje inclusivo binario (75,55%), seguido por el masculino genérico (22,22%) y por el inclusivo no binario una única vez (correspondiente al 2,22%), dentro del programa correspondiente a la materia Lectura y Escritura Académica. En los programas analizados de materias correspondientes al Ciclo Básico se ha encontrado que, en promedio, el lenguaje utilizado mayoritariamente es el masculino genérico (59,39%) seguido por el inclusivo binario (25,14%) y, en última instancia, por el inclusivo no binario (15,47%). En los programas

correspondientes a materias del Ciclo Superior, el lenguaje mayormente utilizado es el masculino genérico (64,29%), seguido del inclusivo binario (30,36%) y, finalmente, del inclusivo no binario (5,37%) (ver gráficos 6, 7 y 8).

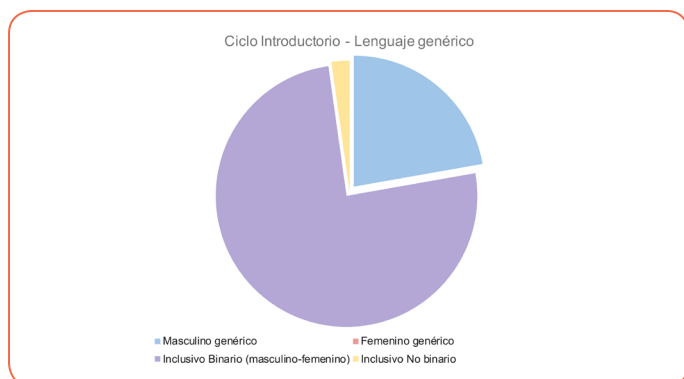


Gráfico 6

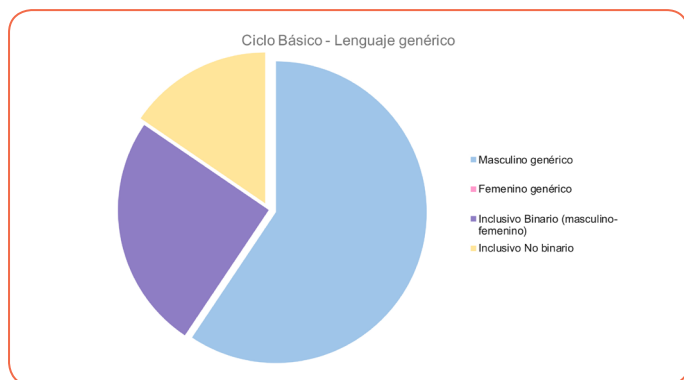


Gráfico 7

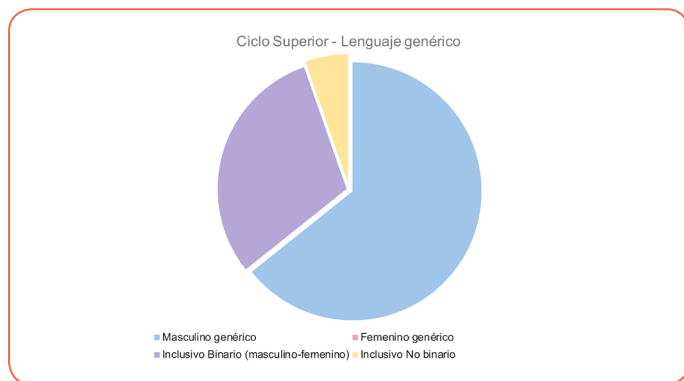


Gráfico 8

Conclusiones

La Terapia Ocupacional es una profesión que históricamente ha sido feminizada, siendo en sus inicios considerada solo apta para mujeres cis (Testa, 2013). En este sentido, llama la atención la prevalencia del lenguaje masculino genérico para referirse a sus estudiantes, tanto en el plan de estudios como en las materias que corresponden a los ciclos específicos (ciclo básico y superior).

Únicamente en el Ciclo Introductorio, que es común a todo el departamento de Ciencias Sociales de la universidad, se uti-

liza mayoritariamente un lenguaje de tipo inclusivo. Éste, sin embargo, es mayoritariamente binario, lo que implica un mayor reconocimiento formal -dentro del lenguaje institucional y académico- de la presencia de identidades femeninas dentro del estudiantado. Existe una única mención en lenguaje inclusivo no binario entre sus programas, que intenta habilitar la presencia de otras posibilidades identitarias.

Asimismo, tanto dentro de las materias del ciclo básico como del ciclo superior de la Licenciatura, el lenguaje masculino genérico prepondera pero no es el único: existen documentos que lo utilizan de forma intercalada con el lenguaje inclusivo binario, apareciendo este tipo de lenguaje genérico al menos en un cuarto de las menciones a estudiantes o profesionales en formación. El lenguaje inclusivo no binario es mucho más difícil de encontrar, sobre todo si se busca en específico por su uso directo (el uso de la E, la X, o la @ para dar cuenta de la amplia posibilidad de identidades a quienes está dirigido el texto), pero aún así hace presencia e incluso hay programas que lo utilizan exclusivamente; aunque por supuesto no hace su aparición aún en el plan de estudios.

Respecto a las variables analizadas a lo largo de los documentos, es de resaltar la amplia cantidad de menciones al género y a la perspectiva de género durante el trayecto del ciclo básico, el primero de los dos específicos de la Licenciatura; así como la significativa mención a mujeres aunque contraste con la mínima mención a personas LGBT, disidencias sexo-genéricas y personas trans en particular. En el Ciclo Superior estos números disminuyen pero aún así vemos reiterada la mención a personas trans, algo que a lo largo del desarrollo del plan de estudios y de las materias del ciclo introductorio no aparece.

Cabe preguntarse si hay una correlación entre lo analizado en los distintos programas y en el plan de estudios, y el dictado real de cada materia por parte de docentes de la carrera. ¿Hay docentes que hablen de la Ley de Identidad de Género o de personas travestis, trans y no binaries en sus clases, a pesar de no poder reflejar aún esto en los programas de la materia que dictan? Algunos resultados correspondientes a la otra parte de la investigación refieren que sí, que existen docentes que se salen del currículum oficial para dar lugar a intervenciones que permitan problematizar el cotidiano en términos de género, ¿pero son mayoría?

¿Por qué aún no vemos reflejados estos cambios en el currículum oficial de la carrera?

Y desde otra perspectiva: ¿Qué pasa con estudiantes que disiden de la cis-heteronorma y transitan la carrera? ¿Se les incluye? ¿Sienten que se les violenta de alguna manera en determinadas instancias? ¿Cómo vivencian las clases, el trato con pares, el trato con docentes? ¿Pueden visibilizar sus identidades sin consecuencias negativas, en caso de desearlo?

Ya hemos visto con estudios anteriores, como el de Ripoll (2019), que terapeutas ocupacionales que egresaron recientemente de la Universidad Nacional de Quilmes refieren no haber tenido suficiente formación vinculada a la perspectiva de género y en particular a la Ley 26.743 de Identidad de Género (2012) durante la carrera de grado. Quizás en los próximos años veamos cambios en la currícula oficial, quizás a partir de la labor de docentes que abogan por la inclusión real de las personas que no son cisgénero y heterosexuales y que se forman en ello, las próximas camadas de terapeutas ocupacionales de la Universidad tengan otra formación, otra perspectiva, otras herramientas para trabajar con personas travestis, trans y no binaries cuando se crucen con ellas en sus espacios de trabajo, pero también en las cursadas mismas, para aportar significativamente al quehacer cotidiano de aquellas personas que han sido históricamente marginalizadas. Es tarea de quienes transitamos esta Casa de Estudios lograr que esto suceda.

Perspectivas futuras

El presente artículo se centró en el análisis de documentos propios del trayecto de formación de terapeutas ocupacionales en la Universidad Nacional de Quilmes realizados en el marco de la beca EVC-CIN 2020.

El autor pretende profundizar en las competencias que poseen los estudiantes de la carrera en esta y otras universidades sobre la Ley de Identidad de Género, buscando ahondar en la existencia o no de experiencias formativas relacionadas a la perspectiva de género y en particular a su visión sobre la inclusión de personas travestis, trans y no binaries dentro de la carrera.

Se espera que este trabajo sirva para iniciar más análisis sobre los planes de estudio y programas de Terapia Ocupacional en otras universidades, que permitan poner en tela de juicio la inclusión de temáticas que se consideran de especial relevancia como lo es en este caso la realidad de personas travestis, trans y no binaries y los conocimientos sobre la aplicación de la Ley de Identidad de Género.

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a la directora y co-directora de esta investigación: Sandra Borakievich y Helga Marilina Sanchez Aquino, quienes me supieron guiar durante todo este trayecto dentro del cual me introduje en el mundo de la investigación, aportando además ideas altamente valiosas para repensar distintos aspectos de la misma y con quienes pude debatir sobre múltiples interrogantes que rodean al área temática de este trabajo. Asimismo, agradezco a quienes, desde su lugar como docentes, prestaron su tiempo y esfuerzo haciéndose un espacio entre otras tareas de su vida para responder las encuestas o las entrevistas en profundidad,

de quienes además pude conocer algo de sus historias de vida y experiencias personales ligadas a las problemáticas relacionadas con la perspectiva de género. Por último, no puedo no agradecer a mis personas más allegadas, que me acompañan en todos mis procesos personales y académicos de formas invaluable, en particular mi novia y compañera de vida que me banca todos los días y me acompaña incondicionalmente.

Fuentes de financiación

Esta investigación fue realizada como parte de las Becas Estímulo a las Vocaciones Científicas del Consejo Interuniversitario Nacional 2020, y desarrollada entre 2021 y 2022, en el marco del proyecto I+D UNQ (2019-23) Políticas del Cuidado y salud mental: Experiencias y demandas de colectivos trans-travesti en Argentina - Res. 25726/RR-990-19, dirigido por Sandra Borakievich. ■

[Recibido 01/04/23 - Aprobado 2/12/23]

Referencias

- Alamino Barthaburu, C. (2015). *TransArgentina. Un análisis de la Ley de Identidad de Género*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés.
- Apablaza, M. (2015). El desafío de formar: una reflexión desde la práctica como formadora de terapeutas ocupacionales. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 15(2). <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2015.38156>
- Barbieri, A., Camera, O., Obiols, J., Píccoli, J.D.L.N., y Rodríguez, G. (2014). *Articulaciones entre la ley de salud mental y la ley de identidad de género: posibilidades para contrarrestar las tendencias objetivantes de las clasificaciones psicopatológicas*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Barrera-Martínez, D., Calles-Minero, C., Orantes, B., Carolina-Pinto, M., Magaña, M., Majano, S., Velásquez, M. (2018). Igualdad de género en los planes de estudio de la formación profesional de la Universidad Tecnológica de El Salvador. Ecuador: *Revista entorno* (66), pp. 256-268.
- Berkins, L. (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas*. Buenos Aires: A.L.I.T.T. Asociación de Lucha por la Identidad Travesti - Transexual. 1a ed.
- Borakievich, S., Corino, C., Frydman, M. (8 de agosto de 2014) *Hacia la construcción colectiva de herramientas para la implementación de la Ley de Identidad de Género en Instituciones de Salud y Educación*. Cátedra I de Teoría y Técnica de Grupos. Facultad de Psicología, UBA. En: Cuarta Jornada de Psicología Institucional "Pensando juntos cómo pensamos: Un análisis de las prácticas instituidas". Edición bienal.
- Borakievich, S. y Rueda, A. (2018). *De cuerpos y capilaridades*. Ponencia V Jornada de Psicología Institucional. Facultad de Psicología, UBA.

- Cabanas, A.; Gonçalves, S.; Rothberg, M. (2020). Perspectiva de género durante el proceso de intervención de Terapia Ocupacional en los dispositivos de atención públicos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2017. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(3), pp. 47-52.
- Camarena Adame, M., Saavedra García, M. (2018). La perspectiva de género en los programas de estudio de las licenciaturas contables administrativas. *México: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, (27) <https://doi.org/10.20983/noesis.2018.2.3>
- Comisión Internacional de Juristas y el Servicio Internacional para los Derechos Humanos (2007) *Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Indonesia.
- Corvalán, G. y Zaiat Artig, N. (2016). *Si es parte de la vida, ¿es parte de la universidad? Algunas reflexiones sobre una ESI para la Universidad Pública*. VI Coloquio Interdisciplinario Internacional “Educación, sexualidades y relaciones de género” – 4º Congreso Género y Sociedad. De pedagogías, políticas y subjetividades: recorridos y resistencias.
- Coseani, D. y Schnell, R. (2021). Universidad ¿desde y para quién? Escapar de la heteronormatividad binaria. *Rev IISE*, 15 (17) pp.103-114.
- Creighton, S. (2021). *El lenguaje inclusivo: buscando algo más que el binario*. Estados Unidos: Departamento de Estudios Hispánicos, College of Charleston.
- Damico Guerra, R. (2020). *Formación de la Terapia Ocupacional en Sexualidades. La transformación es urgente. Trabajo Final*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- De La Reta, N. y Chantefort, P. (2018). Ingreso y permanencia de las personas “trans” en la Universidad. *Universidad General de Rosario: Los enfoques de género en las universidades*, pp. 26-39.
- Donoso-Vázquez, T. y Velasco-Martínez, A. (2013). ¿Por qué una propuesta de formación en perspectiva de género en el ámbito universitario? *Revista de Currículum y Formación de Profesorado, Universidad de Granada*. 17(1), pp.71-88.
- Galheigo, S. (2007). *Terapia ocupacional en el ámbito social: aclarando conceptos e ideas*. en F. Kronenberg, S. Simó & N. Pollard (Eds.), *Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes*, pp. 85-97, Médica Panamericana.
- Godoy, G. C. (2015). La Ley de Identidad de Género y la construcción de identidades trans. *Quaderns de Psicologia*, 17 (3), pp. 111-121. <https://doi.org/10.5565/rev/psicologia.1288>
- Goyer, M. E. (2021). *Informe de Avance: Proyecto de Formación en Docencia e Investigación UNQ “Salud Mental y Sexualidades: representaciones sociales de docentes y estudiantes de terapia ocupacional en la Universidad Nacional de Quilmes”* (no publicado).
- Ley N° 26.743 (2012). *Ley de Identidad de Género*. En Boletín Oficial del 24 de mayo de 2012. Presidencia de la Nación Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/10199860/20160703>
- Ley N°27.499 (2019). *Ley Micaela*. En Boletín Oficial del 10 de enero de 2019. Presidencia de la Nación Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/199848/20190110>
- López, A. (2020). Cuando el lenguaje excluye: consideraciones sobre el lenguaje no binario indirecto. *Argentina: Cuarenta Naipes, Revista de Cultura y Literatura*, 2(3).
- Miętkiewicz, A. (2021). *Las formas neutras - no binarias y el lenguaje inclusivo en español*. Polonia: Tesis de Licenciatura de la Facultad de Ciencias Modernas de la Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Menegotto, A. (2020). Español 2G y español 3G: propiedades morfosintácticas y semánticas del lenguaje inclusivo. *Argentina: Cuarenta Naipes, Revista de Cultura y Literatura*. 2 (3).
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). *Condiciones socio-sanitarias de personas trans en Argentina*.
- Ripoll, C. (2019). *Incidencia de la Ley de Identidad de Género N°26743 en las competencias de graduados de Terapia Ocupacional*. Trabajo final del Taller de Investigación en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Quilmes
- Simó Algado, S. (2012). Maestras de la terapia ocupacional. Sandra Galheigo: la poderosa emergencia de la terapia ocupacional social. *Revista TOG*, 9(15), pp. 18-41. <https://www.revistatog.com/num15/pdfs/maestros.pdf>
- Testa, D. (2013). Curing by doing: la poliomiélitis y el surgimiento de la terapia ocupacional en Argentina, 1956-1959. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 20(4), pp.1571-1584.
- Universidad Nacional de Quilmes (2021). *¿Sabías que la UNQ realiza capacitaciones sobre género y violencia hacia las mujeres?*. www.unq.edu.ar/noticias/5176-sabias-que-la-unq-realiza-capacitaciones-sobre-genero-y-violencia-hacia-las-mujeres/
- Zunino, G., y Stetie, N. (2021). *¿Binario o no binario? Morfología del género en español: diferencias dependientes de la tarea*. Estados Unidos: PsyArXiv Preprints, Center of Open Science, Cornell University.

Cómo citar este artículo:

Riveros, M. E. (2023) El derecho a la identidad de género en la formación de terapeutas ocupacionales de la Universidad Nacional de Quilmes. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(2), 6-13.

A saúde mental de estudantes de uma universidade brasileira em tempos de Pandemia

The mental health of students at a Brazilian university in times of Pandemic

La salud mental de los estudiantes de una universidad brasileña en tiempos de Pandemia

Wanessa Silva Baixote | Sarah Raquel Almeida Lins | Maria Fernanda Barboza Cid | Daniela da Silva Rodrigues

Wanessa Silva Baixote

Graduada em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Terapeuta Ocupacional no Hospital DF Star, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

baixotewanessa@gmail.com

Sarah Raquel Almeida Lins

Terapeuta Ocupacional, Mestre em Terapia Ocupacional e Doutora em Educação Especial, ambos pela Universidade Federal de São Carlos. Professora adjunta do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil.

sarahlinsto@gmail.com

Maria Fernanda Barboza Cid

Terapeuta Ocupacional, Mestre e Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos e Pós-Doutorado em Educação Inclusiva pela Universidade de Vigo/Espanha. Professora Associada do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil.

mariafernanda@ufscar.br

Daniela da Silva Rodrigues

Terapeuta Ocupacional, Mestre em Engenharia de Produção e Doutora em Terapia Ocupacional, ambos pela Universidade Federal de São Carlos. Professora assistente do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Ceilândia, Distrito Federal, Brasil.

danirodrigues.to@gmail.com

Resumo

A pandemia da Covid-19 impôs mudanças a toda população mundial, incluindo os estudantes universitários que tiveram que se adaptar aos novos formatos de aprendizado para continuidade do processo de formação ao mesmo tempo em que tiveram que lidar com a ruptura do seu cotidiano. Tais desafios repercutiram na saúde mental dos estudantes universitários. **Objetivo:** Identificar a presença de sofrimento psíquico e suas formas de manifestação entre estudantes universitários de uma instituição de ensino superior pública no período de pandemia. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, de conveniência que contou com a participação de 354 estudantes universitários da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília. Para a coleta de dados os participantes responderam ao Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) em ambiente virtual. Os dados coletados foram tabulados junto ao Microsoft Office Excel e apresentados por meio de frequências absolutas e percentuais. **Resultados:** Identificou-se que 70,6% (n=250) dos estudantes universitários apresentam sofrimento psíquico, cujas formas de manifestação incluem: nervosismo, tensão ou preocupação, dificuldade para tomar decisões, perda de interesse pelas coisas, além de apresentar pouca qualidade de sono. **Conclusões:** Considera-se a importância de se discutir sobre a adoção de novas atitudes por meio da viabilização de espaços para acolhimento das demandas dos estudantes universitários, para a promoção de saúde e prevenção do sofrimento psíquico.

Palavras-chaves: Terapia Ocupacional, universidades, coronavírus, saúde mental, estudantes.

Abstract

The Covid-19 pandemic has imposed changes on the entire world population, including university students who had to adapt to the new learning formats to continue the training process while having to deal with the disruption of their daily lives. Such challenges had an impact on the mental health of university students. **Objective:** To identify the presence of psychic suffering and its forms of manifestation among university students of a public higher education institution during the pandemic period. **Method:** This is a descriptive research, with a quantitative approach, of convenience that included the participation of 354 university students from the Faculty of Ceilândia/ University of Brasília. For data collection, participants answered the Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) in a virtual environment. The data collected were tabulated using Microsoft Office Excel and presented as absolute frequencies and percentages. **Results:** It was identified that 70.6% (n=250) of university students present psychological distress, whose manifestations include: nervousness, tension or concern, difficulty in making decisions, loss of interest in things, in addition to presenting poor quality of sleep. **Conclusions:** It is important to discuss the adoption of new attitudes through the feasibility of spaces to accommodate the demands of university students, for the promotion of health and prevention of psychic suffering.

Keywords: Occupational Therapy, universities, coronavirus, mental health, students.

Resumen

La pandemia por el Covid-19 ha impuesto cambios a toda la población mundial, incluidos los estudiantes universitarios que han tenido que adaptarse a los nuevos formatos de aprendizaje para continuar con el proceso de formación, mientras tienen que hacer frente a la disrupción de su vida cotidiana. Tales desafíos tuvieron un impacto en la salud mental de los estudiantes universitarios.

Objetivo: Identificar la presencia de sufrimiento psíquico y sus formas de manifestación entre estudiantes universitarios de una institución de educación superior pública durante el período de pandemia. **Método:** Se trata de una investigación descriptiva, con abordaje cuantitativo, de conveniencia que contó con la participación de 354 universitarios de la Facultad de Ceilândia/Universidad de Brasilia. Para la recolección de datos, los participantes respondieron el Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) en un ambiente virtual. Los datos recolectados fueron tabulados usando Microsoft Office Excel y presentados como frecuencias absolutas y porcentajes. **Resultados:** Se identificó que el 70,6% (n=250) de los universitarios presentan malestar psicológico, cuyas manifestaciones incluyen: nerviosismo, tensión o preocupación, dificultad para tomar decisiones, pérdida de interés por las cosas, además de presentar mala calidad de sueño. **Conclusiones:** Es importante discutir la adopción de nuevas actitudes a través de la viabilidad de espacios para acomodar las demandas de los universitarios, y permitir la promoción de la salud y la prevención del sufrimiento psíquico.

Palabras-claves: Terapia Ocupacional, universidades, coronavirus, salud mental.

Introdução

A entrada na universidade é marcada por uma série de transformações que afetam os aspectos intelectuais e sociais dos estudantes. Normalmente, é neste período em que acontece a transição da adolescência para a fase adulta, e é quando surgem novos desafios e responsabilidades que são influenciados pelos fatores sociais, culturais e econômicos. Trata-se de um período considerado pela literatura de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de problemas relacionados à saúde (Rozeira *et al.*, 2018; Zbuinovicz e Mariotti, 2021).

O desafio da vivência dessa nova etapa de vida para os estudantes universitários tornou-se ainda maior com o advento da pandemia da Covid-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2 que tem transmissão via contato direto, podendo ser assintomática, moderada, grave ou crítica. Os principais sintomas incluem tosse, dor de garganta, anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, fadiga, dores de cabeça e dispneia (Brasil, 2022).

Devido à forma de transmissão do vírus, o aumento acelerado no número de mortos, bem como a falta de antídoto, houve necessidade de mudanças na vida de toda comunidade mundial que incluíram, por exemplo, o uso de máscara e álcool em gel, o isolamento social, o *lockdown*, a restrição nas atividades de lazer, a suspensão de atividades pessoais e profissionais e a interrupção de serviços e de atividades nas instituições de ensino superior (Marques *et al.*, 2020).

Com o rápido avanço da Covid-19, em março do ano de 2020 as universidades brasileiras adotaram diversas medidas. Na Universidade de Brasília (UnB), uma das maiores universidades do Brasil, local do presente estudo, inicialmente, houve a suspensão das atividades presenciais e dos calendários acadêmicos. Frente a este contexto, a UnB mobilizou-se a criar estratégias para enfrentar a situação de pandemia elaborando um Plano de Contingência em Saúde da Covid-19 (COES), visando à atenção à saúde da comunidade acadêmica relacionada aos sofrimentos psíquicos, mas também a promoção de espaços virtuais de cuidado (Moura e Huelva, 2021).

Em agosto do ano de 2020, a UnB decidiu retomar as atividades acadêmicas por meio do ensino remoto, formato para o qual a comunidade universitária não estava preparada, o que exigiu adaptações ocupacionais de alunos e professores e ao mesmo tempo em que revelou uma diversidade de barreiras no acesso às tecnologias necessárias para a viabilização do aprendizado de alunos em situação de desigualdade social (Tokarnia, 2020).

O exemplo da UnB reforça o que outros estudos já têm indicado de que a pandemia evidenciou a desigualdade educacional e social no Brasil, especialmente quando se trata do ensino remoto, uma vez que as comunidades, especialmente as que vivem em áreas rurais, viram-se diante da falta de acesso à *internet*, de aparelhos tecnológicos, de mobiliário, de espaço para estudo, bem como da dificuldade de concentração, do estresse domiciliar, de ter que dividir equipamentos com seus pares, dentre outros (Tokarnia, 2020; Appenzeller *et al.*, 2020).

Neste sentido, como forma de mediar a situação de falta de acessibilidade e para viabilizar a continuidade aos estudos por meio do ensino remoto, a UnB solicitou apoio financeiro ao Ministério da Educação (MEC), bem como doações de recursos tecnológicos como celulares, *notebooks* e *tablets* para estudantes em situação de vulnerabilidade social (Assessoria de Comunicação Institucional [Ascom], 2020).

Entretanto, estudos demonstram que a mudança no cotidiano, incluindo o isolamento social e a ruptura das atividades sociais e ocupacionais, estudantis e profissionais, trouxeram impactos na vida acadêmica e na saúde mental dos estudantes universitários, que começaram a desencadear quadros de sofrimento psíquico, manifestados por meio de ansiedade, estresse, depressão, distúrbio do sono, situações frustrantes carregadas de sensações de medo, angústia, vulnerabilidade, irritabilidade e descontrole (Menezes, 2021; Maia e Dias, 2020).

A literatura nacional e internacional apontou que pessoas que passaram por este período de isolamento, relataram sentimentos de solidão, tédio, estresse, depressão (Brooks *et al.*, 2020; Xiang *et al.*, 2020), refletindo no aumento de número de casos de sofrimento psíquico em estudantes universitários ocasionados devido à pandemia (Maia e Dias, 2020; Coelho *et al.*, 2020).

Vale apontar que, considerando que a pandemia da Covid-19 passou por diferentes fases no Brasil e no mundo, os autores têm indicado a necessidade de mais estudos sobre a saúde mental e a vivência de sofrimento psíquico junto a estudantes universitários, que levem em conta os mais diversos contextos e variáveis relacionadas à esta vivência, tendo em vista o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde mental no contexto das universidades que sejam mais significativas e contextualizadas às diferentes realidades, contribuindo, assim para a permanência estudantil (Maia e Dias, 2020; Graner e Cerqueira, 2019).

Frente ao exposto, o presente estudo se propôs a identificar a presença de sofrimento psíquico entre estudantes universitários da área da saúde de uma instituição de ensino superior pública brasileira no período de pandemia.

Método

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, de conveniência (Cozby, 2003), submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos, com parecer de número 24451619.3.0000.8093.

Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre o estudo e concordaram com a participação na pesquisa por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi realizado junto aos estudantes matriculados nos cursos de graduação da Faculdade de Ceilândia (FCE) da

Universidade de Brasília. O campus foi inaugurado no ano de 2008 a partir do programa de apoio aos planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), como resultado de movimentos sociais da comunidade local para o acesso à universidade gratuita e com o desafio de ampliar e instituir cursos na área de saúde (Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional). No período de realização da pesquisa havia cerca de 1.500 universitários matriculados nos cursos da FCE, destes, 354 participaram do presente estudo.

Para a realização da coleta de dados, os estudantes foram convidados por meio de redes sociais e aplicativos e mensagens rápidas e, também, via *e-mail* enviado pelas coordenações dos cursos da FCE, para responderem a um formulário *on-line* que foi elaborado utilizando-se o aplicativo *Googledocs* – Formulário.

Na ocasião do convite, havia um *link* para acesso às etapas de composição da pesquisa. Ao clicar nesse *link*, os estudantes eram direcionados a uma página que continha o TCLE, com as devidas explicações sobre a pesquisa, o questionário sociodemográfico e o instrumento de coleta de dados *Self-Reporting Questionnaire - SRQ*, desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial de Saúde para rastreamento de transtornos mentais comuns e que vem sendo utilizado em vários países. Todos os instrumentos deveriam ser devidamente preenchidos obrigatoriamente para confirmar a participação no estudo.

Foi elaborado um questionário para a caracterização sociodemográfica dos participantes, com as variáveis: gênero, idade, cor da pele, renda familiar, e com perguntas sobre as informações acadêmicas, como, por exemplo, curso, período da graduação e ingresso na faculdade, que no Brasil pode se dar por diferentes vias de acesso gratuito, tendo o estudante que passar por provas avaliativas.

Para identificar a presença do sofrimento psíquico, nesta pesquisa, utilizou-se o SRQ-20. A versão brasileira desse instrumento foi validada por Mari e Willians (1986), e posteriormente por Gonçalves *et al.* (2008). O instrumento é composto por vinte (20) itens com alternativas de respostas dicotômicas (sim e não) para cada uma das suas questões. Para que seja considerado que a pessoa apresenta ausência ou não de sintomas de sofrimento psíquico, ela deve responder de forma afirmativa a mais de sete (7) perguntas, conforme apontado na literatura brasileira (Santos *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2014).

A presente pesquisa foi realizada durante o período de maio a setembro de 2020, fase aguda da pandemia no país, na qual as medidas de contingenciamento estavam ativas, tais como as medidas de isolamento social e redução de contato interpessoais. Além disso, informa-se que essa pesquisa foi atravessada pelo contexto pandêmico, portanto deve-se considerar a existência do viés relacionado ao momento da coleta de da-

dos. Após a finalização da coleta, as informações foram registradas e tabuladas, utilizando-se o Programa *Microsoft Office Excel*[®], analisados com base estatística descritiva e apresentados por meio de frequências absolutas (n) e percentuais (%).

Resultados

Apresenta-se os resultados em duas partes. A primeira aborda a caracterização dos participantes com relação aos dados sociodemográficos (ver tabela 1), e a segunda parte descreve os resultados da aplicação do instrumento SRQ-20 (ver tabela 2).

Com relação à caracterização dos participantes, do total de 354 universitários, a maioria era de mulheres cisgênero (n=276; 77,99%) seguido de homens cisgênero (n=72; 20,33%) e os demais optaram por não declarar esta informação. Além disso, a maioria tinha com renda declarada entre meio a 3 salários-mínimos (n=176; 49,71%), que haviam ingressado na universidade por meio do Programa de Avaliação Seriada¹ (PAS) (n=174; 49,15%), e no período da coleta de dados a maioria estava cursando Terapia Ocupacional (n=94; 26,55%), já os demais participantes cursavam Saúde Coletiva (n=67; 18,92%), Farmácia (n=63; 17,79%), Fisioterapia (n=54; 15,25%) ou Enfermagem (n=42; 11,86%) (ver tabela 1).

A pesquisa também realizou a aplicação do SRQ-20 com o intuito de identificar a presença ou não do sofrimento psíquico de estudantes da área da saúde, durante a realização do curso no período de pandemia. Aponta-se que, para melhor compreensão sobre os dados coletados por meio desse instrumento, as perguntas foram divididas em quatro fatores, a saber: F1 para humor depressivo ansioso, F2 para diminuição da energia vital, F3 para sintomas somáticos e F4 para pensamentos depressivos, como proposto por Falco et al. (2019) (ver tabela 2).

Os resultados revelaram que do total de 354 participantes, 250 apresentaram respostas positivas para mais de sete perguntas, o que aponta para a presença de sofrimento psíquico em 70,6% dos universitários. Os achados também mostram que os fatores que mais apresentaram respostas positivas foram o F1 e o F2, ou seja, humor depressivo ansioso e diminuição da energia vital, respectivamente.

Além disso, considerando a pergunta com maior frequência de respostas positivas para cada um dos fatores (F1, F2, F3 e F4), tem-se que os estudantes universitários sentem-se nervosos, tensos, preocupados, com dificuldade para tomar decisões, dormem mal e tem perdido o interesse pelas coisas.

1 O Programa de Avaliação Seriado (PAS) é um processo seletivo realizado pela Universidade de Brasília ao longo dos 3 últimos anos dos estudantes que estão finalizando o período escolar. Cada ano é realizada uma avaliação e após a terceira avaliação todas as notas são somadas e definem a colocação do candidato em relação às vagas do curso. A UnB destina metade das vagas oferecidas para os estudantes que fazem o PAS.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Estudantes Universitários, total=354.

	TOTAL (N)	TOTAL (%)
Mulher cis	276	77,90%
Homem cis	72	20,33%
Prefiro não declarar	6	1,69%
Faixa etária		
17 a 19 anos	95	26,83%
20 a 24 anos	238	67,23%
25 anos ou mais	21	5,93%
Cor da pele		
Branca	148	41,80%
Parda	156	44,06%
Preta	46	12,99%
Amarela	4	1,12%
Indígena	0	0
Renda (salário-mínimo)*		
Sem renda	10	2,82%
½ a 3 salários	176	49,71%
3 a 7 salários	110	31,07%
7 a 20 salários	57	16,10%
Mais de 20 salários	1	0,28%
Ingresso		
PAS	174	49,15%
Enem	86	24,29%
Vestibular	90	25,42%
Outras vias	4	1,12%
Curso		
Enfermagem	42	11,86%
Farmácia	63	17,79%
Fisioterapia	54	15,25%
Saúde Coletiva	67	18,92%
Terapia Ocupacional	94	26,55%
Período/ Semestre do curso		
1º ao 3º período	106	29,94%
4º ao 6º período	144	40,67%
7º ou mais	104	29,37%

Fonte: Dados da pesquisa

* No Brasil um (1) salário-mínimo equivale à 1.320,00 reais. Para a Argentina esse valor corresponderia à 93.547,74 pesos argentinos (informações referentes a 22 de agosto de 2023).

Tabela 2. Fatores do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), total=354

	Sim	%	Não	%
F1- Humor Depressivo Ansioso				
Sente-se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)	315	88,98%	39	11,01%
Assusta - se com facilidade?	152	42,93%	202	57,06%
Tem se sentido triste ultimamente?	215	60,73%	139	39,26%
Tem chorado mais do que de costume?	128	36,15%	226	63,84%
F2- Diminuição da Energia Vital				
Você se cansa com facilidade?	217	61,29%	137	38,70%
Tem dificuldades para tomar decisões?	252	71,18%	102	28,81%
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	245	69,20%	109	30,79%
Tem dificuldade de pensar com clareza?	174	49,15%	180	50,84%
Tem dificuldades na universidade (sua atividade é penosa, causa sofrimento)?	158	44,63%	196	55,36%
Sente-se cansado(a) o tempo todo?	200	56,49%	154	43,50%
F3- Sintomas Somáticos				
Tem sensações desagradáveis no estômago?	147	41,52%	207	58,47%
Tem falta de apetite?	88	24,08%	266	75,14%
Tem dores de cabeça frequente?	195	55,08%	159	44,91%
Dorme mal?	203	57,34%	151	42,65%
Tem má digestão?	123	34,74%	231	65,25%
Tem tremores de mão?	106	29,94%	248	70,05%
F4- Pensamentos Depressivos				
Tem perdido o interesse pelas coisas?	195	55,08%	159	44,91%
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	85	24,01%	270	76,27%
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	132	37,28%	222	62,71%
Tem tido ideias de acabar com a vida?	44	12,42%	310	87,57%
Terapia Ocupacional	94	26,55%		
1º ao 3º período	106	29,94%		
4º ao 6º período	144	40,67%		
7º ou mais	104	29,37%		

Fonte: Dados da pesquisa

Discussão

Os achados da presente pesquisa mostraram majoritariamente uma população de jovens estudantes, na faixa etária de 20 a 24 anos. No Brasil, a maioria das matrículas nas universidades é de pessoas com idades entre 19 e 24 anos, além disso, quan-

to maior a idade, menor é a porcentagem da presença dessas pessoas na universidade pública (Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação [SEMESP], 2020). No entanto, é possível considerar que, apesar do grupo de estudantes com 20 anos ou mais ter aumentado a sua participação no ensino superior (Fonaprace, 2019), alguns fatores ainda podem interferir no acesso à universidade pública logo após o ensino médio, por exemplo situação de vulnerabilidade, a necessidade de trabalhar, formação básica insuficiente, dentre outros.

Outro dado obtido que também vai ao encontro de estudos da área se refere ao fato de que a maior proporção de estudantes dos cursos da área da saúde é do sexo feminino. A literatura sinaliza que mais de 70% dos estudantes universitários que realizam cursos da área da saúde são mulheres (Peduzzi, 2020; Leão *et al.*, 2018). Uma possível razão para a presença marcante do sexo feminino pode ser porque as primeiras oportunidades de estudo e trabalho para as mulheres surgiram com profissões de cuidado e assistência social (Souza e Guedes, 2016). E, apesar de atualmente existirem iniciativas para que as mulheres ingressem nos cursos aos quais tenham interesse, independentemente da área, ainda há uma forte tendência da inserção em cursos voltados para a área da saúde.

Com relação à cor da pele, os resultados apontaram que a maioria dos estudantes se declarou parda (44,06%), seguido dos que se declararam brancos (41,80%). Sobre este dado, são equivalentes com uma recente pesquisa realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan, 2022)², a qual apontou que a maioria da população do Distrito Federal se declarou parda (42,6%), seguido dos que se declararam brancos (40,9%). Assim, considera-se que os resultados do presente estudo se equiparam aos dados apresentados pela Codeplan.

Apesar disso, convém ressaltar que, historicamente, as universidades públicas brasileiras tinham como maioria de estudantes aqueles com cor de pele branca (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019), porém, por meio da implementação de políticas públicas brasileiras e ampliação do acesso à educação, como a Lei nº 12.711, de 29 agosto de 2012 (Brasil, 2012), tem-se uma ampliação do ingresso ao ensino superior, que passa a incluir ainda mais jovens estudantes negros, índios, deficientes, de escola pública e em situação de vulnerabilidade socioeconômica nas universidades (Brasil, 2008). Outro achado do presente estudo que soma a esta reflexão, relaciona-se ao fato de que maioria dos estudantes apresentou renda familiar de até 3 salários-mínimos. Estes resultados mostram que tais políticas têm permitido a

² A pesquisa é realizada a cada dois anos pela Codeplan e tem o intuito de coletar informações demográficas, sociais, de trabalho e renda e atributos dos domicílios, e representa mais de 97% da população que reside nas regiões administrativas do Distrito Federal (Codeplan, 2022).

permeabilidade social e demarca democratização do acesso à educação em igualdade de oportunidades, bem como reconhece a diversidade no país. Entretanto, ainda há muito a se conquistar, e espera-se que tais estratégias possam, inclusive, possibilitar mais discussões sobre a discriminação e o preconceito no ambiente universitário, além de discussões sobre as políticas de permanência estudantil no país.

Ressalta-se que, para adentrar ao ensino superior gratuito no Brasil, é necessária a realização de provas que costumam exigir preparo dos candidatos em relação ao conhecimento de disciplinas cursadas durante o ensino médio. Assim, considerando que a maioria das escolas brasileiras oferece pouco preparo para a realização dessas provas e que a maioria das pessoas que ingressava ao ensino superior público brasileiro tinha maior poder aquisitivo, foi implementado o sistema de reserva de vagas sociais, por meio da política de ações afirmativas, que tem o intuito de atenuar as desigualdades, o que contribuiu para mudanças na estrutura da universidade bem como para o acesso de alunos oriundos de escolas públicas ao ensino superior público brasileiro (Silva et al., 2014).

Sobre as informações acadêmicas, a maior proporção dos estudantes participantes estava cursando entre o 4º ao 6º período da graduação e ingressaram no ensino superior pelo PAS. No Brasil, existem sistemas diferentes de acesso à universidade, como o Sistema de Seleção Unificada (Sisu), no qual se insere o PAS, e o Enem, associados às políticas de ações afirmativas na educação ou sistemas de cotas (Brasil, 2012). As políticas afirmativas do governo brasileiro buscaram expandir o acesso para camadas sociais menos favorecidas, em situação de vulnerabilidade socioeconômica, favorecendo a inserção dos segmentos minoritários nas universidades (Almeida, 2017). Entretanto, o desafio atual das instituições de ensino brasileiras é a permanência desses estudantes, revelada em índices de evasão, abandono, trancamentos e adoecimentos, que podem interferir no desempenho do papel de estudante ou mesmo desencadear um sofrimento psíquico.

Em relação aos dados coletados por meio da aplicação do SRQ-20, o presente estudo revelou que 70,6% dos estudantes universitários apresentaram sofrimento psíquico, um dado preocupante quando comparados aos estudos anteriores realizados com a mesma população, que apontaram escores menores (Graner e Cerqueira, 2019; Lopes et al., 2022). No entanto, vale pontuar que esta pesquisa foi realizada na fase aguda da pandemia, podendo este dado ser explicado pelo contexto no qual os estudantes se encontravam naquele momento. Tais resultados corroboram com os achados de estudos nacionais que utilizaram o SRQ-20 para identificar sinais de sofrimento psíquico em estudantes, e que revelaram um alto índice de sintomas de ansiedade e estresse em universitários de uma universidade de Pernambuco (Jardim et al., 2020), e sintomas de nervosismo, tensão, preocupação e tristeza na

maioria dos estudantes de uma faculdade do interior de São Paulo (Bellinati e Campos, 2020), evidenciando a presença do sofrimento psíquico, compreendidos por sintomas de ansiedade, depressão, estresse, irritabilidade, dentre outros (Viapiana et al., 2018).

Os achados desta pesquisa mostraram que a maioria dos estudantes encontram dificuldades de realizar com satisfação suas atividades diárias. Considerando que o contexto da pandemia impactou nas rotinas e vida diária, tal fato permite refletir sobre o distanciamento social e sua influência na saúde dos estudantes e no surgimento do sofrimento psíquico. Sabe-se que a interferência de fatores ambientais (externos), como a imposição do período de quarentena, pode ter impossibilitado o engajamento e o desempenho nas ocupações e despertado sentimentos de insatisfação e desmotivação, impactando na saúde e bem-estar das pessoas (Cruyt et al., 2021; Hitch e Pepin, 2020).

Assim, entende-se que o isolamento social ocasionado pelo período pandêmico afetou a realização das ocupações significativas e de lazer que são importantes, sobretudo, para estudantes universitários que, em sua maioria, são jovens e que dedicam tempo para atividades em grupo e para a convivência social. Em concordância com estes achados, um estudo realizado junto a estudantes universitários da cidade de Macapá, revelou que 90% dos participantes ficaram privados de atividades sociais, uma vez que a maioria delas são realizadas em ambientes com maior circulação de pessoas como, por exemplo, bares, festas, shows, práticas esportivas, cinema e shopping, resultando no aumento da residencialização e da virtualização do lazer dos estudantes (Montenegro et al., 2020).

Por outro lado, a necessidade de adaptação ocupacional e social às novas demandas no período de pandemia como, por exemplo, estudos, trabalho, rotina e hábitos diários, também evidenciam hipóteses para o surgimento do sofrimento psíquico. Estudos apontam que a mudança de rotina, a insegurança, incertezas do mercado de trabalho, as cobranças acadêmicas e profissionais são situações que podem desencadear em sofrimento psíquico (Jardim et al., 2020; De Las Heras de Pablo, 2015). Portanto, entende-se as mudanças impostas pela Covid-19, por exemplo, o confinamento (fatores externos) associadas às alterações de hábitos e de ocupações e atividades diárias prejudicaram o bem-estar dos universitários, e repercutiram negativamente na saúde desses estudantes.

O presente estudo também revelou que os estudantes não apresentavam boa qualidade de sono. Sobre este aspecto, compreende-se que tais condições podem ter interferido no seu desempenho acadêmico e ocupacional, uma vez que, de acordo com Ferreira et al. (2017), a privação do sono afeta di-

retamente os aspectos cognitivos em relação à concentração, memória e assimilação de informações, que são aspectos primordiais para o desempenho ocupacional do papel de estudante universitário.

Neste sentido, convém refletir sobre estratégias para atenuação das consequências oriundas das condições impostas aos estudantes universitários durante o período de pandemia, por exemplo, a reorganização da rotina, adaptações nas atividades diárias, a viabilização de espaços para partilhas e trocas entre seus pares, dentre outros. Compartilhando desses dados, alguns estudos consideram que quando a participação ocupacional equilibrada nas ocupações diminui, a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida e o equilíbrio ocupacional são negativamente afetados, impactando também no estado emocional, cognitivo, social e físico das pessoas (Fisher et al., 2022; Palacios-Ceña et al., 2016). Fernández-Solano et al. (2022) destacam que deve existir um equilíbrio entre cuidados pessoais, atividades produtivas e de lazer, e a presença de atividades significativas para manter as habilidades e competências existentes, de modo a promover saúde, bem-estar e qualidade de vida, o que poderia estar relacionado à ruptura temporária atividades estudantis, sociais, de trabalho, de lazer, impondo uma experiência de privação e impedindo a participação em ocupações significativas e necessárias para a saúde e o bem-estar (Aucejo et al., 2020; Aristovnik et al., 2020, Paixão et al., 2022).

Assim, a alta presença de sofrimento psíquico observada na amostra do presente estudo, reforçou a necessidade do acompanhamento mais próximo dos estudantes do sexo feminino, do segundo e terceiro ano de graduação, e revelou que contextos desta natureza demandam pelo desenvolvimento de ações precoces junto aos universitários para a prevenção do sofrimento, o qual influencia no desempenho acadêmico, no interesse pelas atividades e ocupações, no sono, como apontado pelos estudantes dessa pesquisa.

Conclusões, limitações e perspectivas futuras

A pandemia da Covid-19 e as medidas de prevenção e combate ao vírus impuseram mudanças abruptas em todos os contextos de vida da população, inclusive em relação aos estudantes universitários. As adaptações de rotina impactaram diretamente nas ocupações e nas atividades diárias dos estudantes universitários, o que gerou diversas formas de manifestação de sofrimento psíquico, sendo que a maioria delas envolveu aspectos relacionados à ansiedade, depressão alterações no sono e dificuldade para realizar suas ocupações e atividades diárias.

Esse cenário demonstra a necessidade de se discutir a saúde mental no contexto acadêmico, com uma prerrogativa de atender às diversas necessidades dos estudantes e traçar li-

nhas de cuidado, que integrem os determinantes de saúde, social e ocupacional.

Como limitações do estudo tem-se que os dados foram obtidos por meio de questionários durante o período da pandemia, tornando-se um viés relacionado à pesquisa, e que a natureza transversal do estudo não permitiu confirmar a relação causa-efeito. Por isso, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas no período pós-pandemia, visto que a quarentena afetou toda comunidade universitária, com alterações significativas nas rotinas diárias, atividades e ocupações, e impactou a saúde mental e o bem-estar dos estudantes. Além disso, sugere-se que outros estudos identifiquem as variáveis que podem estar associadas ao sofrimento psíquico, além de estudos que possam explorar o equilíbrio ocupacional, por ser um dos principais determinantes de saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Ademais, ainda que o contexto atual seja diferente daquele quando foi realizada a coleta de dados, considera-se que refletir sobre esta temática convoca a todos para a adoção de novas atitudes frente ao sofrimento psíquico dos estudantes, incluindo a promoção de espaços de cuidado para acolhimento de suas demandas, para a promoção de saúde e para a prevenção do sofrimento psíquico de toda a comunidade acadêmica. ■

[Recibido 27/04/23- Aprobado 2/12/23]

Referências

- Almeida, J. A. S. (2017). A Universidade de Brasília é promotora de saúde?: a percepção dos alunos dos cursos da saúde. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. Recuperado de: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/31313>.
- Appenzeller, S., Menezes, F. H., Santos, G. G. D., Padilha, R. F., Graca, H. S., & Bragança, J. F. (2020). Novos tempos, novos desafios: estratégias para equidade de acesso ao ensino remoto emergencial. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200420>.
- Aristovnik, A., Keržič, D., Ravšelj, D., Tomaževič, N. & Umek, L. (2020). Impacts of the Covid-19 pandemic on life of higher education students: a global perspective. *Sustainability*, 12(20). <https://doi.org/10.3390/su12208438>.
- Assessoria de Comunicação Institucional, Gabinete da Reitoria. (2020). *Universidade aprova retomada do calendário acadêmico, de maneira remota, para 17 de agosto*. Recuperado de: <http://noticias.unb.br/76-institucional/4285-unb-aprova-retomada-do-calendario-academico-de-maneira-remota-para-17-de-agosto>.
- Aucejo, E. M., French, J., Ugalde, A. M. P. & Zafar, B. (2020) The impact of Covid-19 on student experiences and expectations: evidence from a survey. *J Publ Econ.*, 191. <https://doi.org/10.1016/j.jpube-co.2020.104271>.
- Bellinati, Y. C. G. & de Campos, G. A. L. (2020). Avaliação da prevalência de transtornos mentais comuns nos estudantes de medicina em uma faculdade do interior de São Paulo. *Revista Corpus Hi-*

- ppocraticum*, 1(1). Recuperado de: <http://189.112.117.16/index.php/revista-medicina/article/view/235>.
- Brasil. (2012, 29 de agosto). *Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012*. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília.
- Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). (2008). Por uma política de formação do magistério nacional: o Inep/MEC dos anos 1950/1960. *Inep*. Recuperado de: https://download.inep.gov.br/publicacoes/diversas/historia_da_educacao/por_uma_politica_de_formacao_do_magisterio_nacional.pdf.
- Brasil. Secretaria de Estado da Saúde. *Coronavírus: o que é?* (2022) Recuperado de: <https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/doenca.html>.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Fmedsci, S. W., Frcpsych, N. G. & Bubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, v.395, n.10227. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Coelho, A. P. S., Oliveira, D. S., Fernandes, E. T. B. S., de Souza Santos, A. L., Rios, M. O., Fernandes, E. S. F., ... & Fernandes, T. S. S. (2020). Saúde mental e qualidade do sono entre estudantes universitários em tempos de pandemia da Covid-19: experiência de um programa de assistência estudantil. *Research, Society and Development*, 9(9), e943998074-e943998074. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.8074>.
- Companhia de Planejamento do Distrito Federal. *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) 2021* (2022). Recuperado de: <http://pdad2021.codeplan.df.gov.br/>.
- Cozby, P. C. (2011). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas, 2003.
- Cruyt, E., De Vriendt, P., De Letter, M. & et al. (2021). Meaningful activities during Covid-19 lockdown and association with mental health in Belgian adults. *BMC Public Health*, 622. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10673-4>.
- De Las Heras de Pablo, C. G. *Modelo de Ocupación Humana*. Madrid: Síntesis, 2015. 316p.
- Falco, C. B., Fabri, J. M. G., Oliveira, E. B., Silva, A. V., de Araújo Faria, M. G., & Kestenberg, C. C. F. (2019). Mental disorders common among nursing residents: an analysis based on the Self-Reporting Questionnaire. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, 39165. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.39165>.
- Fernández-Solano, A. J., Merchán-Baeza, J. A., Rodríguez-Bailón, M. & Eakman, A. (2022). Translation and cultural adaptation into Spanish of the engagement in meaningful activities survey. *Occupational Therapy International*. <https://doi.org/10.1155/2022/4492582>.
- Ferreira, C. M. G., Kluthcovsky, A. C. G. C., Dornelles, C. F., Stumpf, M. A. M., & Cordeiro, T. M. (2017). Qualidade do sono em estudantes de medicina de uma universidade do Sul do Brasil. *Conexão Ci*, 12(1), 78-85. <http://dx.doi.org/10.24862/cco.v12i1.501>.
- Fisher, G., Ahlberg, M., Cragle, C., Kudeh, D., Laytos, M., Lopes, K. & et al. (2022). Occupational engagement and quality of life in occupational therapy students and professionals during coronavirus pandemic. *Open Journal of Social Sciences*, 10(1). <https://doi.org/10.4236/jss.2022.101019>.
- Fonaprace. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos(as) Graduandos(as) das IFES - 2018. Brasília: Fonaprace, 2019. Recuperado de: <https://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2019/05/V-Pesquisa-Nacional-de-Perfil-Socioeconomico-e-Cultural-dos-as-Graduandos-as-das-IFES-2018.pdf>.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de saúde pública*, 24, 380-390. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>.
- Graner, K. M., & Cerqueira, A. T. A. R. (2019). Revisão integrativa: Sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Cienc. e Saúde Col.*, 16(3), 1327-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017>.
- Hitch, D. & Pépin, G. (2020). Doing, being, becoming and belonging at the heart of occupational therapy: an analysis of theoretical ways of knowing. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1726454>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 41. Recuperado de: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.
- Jardim, M. G. L., Castro, T. S., & Ferreira-Rodrigues, C. F. (2020). Sintomatologia depressiva, estresse e ansiedade em universitários. *Psico-USF*, 25, 645-657. <https://doi.org/10.1590/1413/82712020250405>.
- Leão, A. M., Gomes, I. P., Ferreira, M. J. M., & Cavalcanti, L. P. D. G. (2018). Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do Nordeste do Brasil. *Revista brasileira de educação médica*, 42, 55-65. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v-42n4RB20180092>.
- Lopes, F. M., Lessa, R. T., Carvalho, R. A., Reichert, R. A., Andrade, A. L. M., & Micheli, D. (2022). Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Pesquisa*, 16(1), 1-23. <http://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.31105>.
- Maia, B. R. & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>.
- Mari, J. J. & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23-26. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>.
- Marques, R. D. C., Silveira, A. J. T. & Pimenta, D. N. (2020). *Coleção história do tempo presente: volume III*. (Cap. 10, p. 225-249). Roraima: Editora da UFRR.
- Menezes, S. K. O. (2021). Lazer e saúde mental em tempos de covid-19. *LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, 24(1), 408-446. <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2021.31341>.

- Montenegro, G. M., da Silva Queiroz, B., & Dias, M. C. (2020). Lazer em tempos de distanciamento social: impactos da pandemia de covid-19 nas atividades de lazer de universitários na cidade de Macapá (AP). *LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, 23(3), 1-26. <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2020.24785>.
- Moura, M. A., Huelva, E. (2020). *Informe sobre suspensión do calendário acadêmico*. Recuperado de: <https://noticias.unb.br/69-informe/4022-informe-sobre-suspensao-do-calendario-academico>.
- Paixão, G. M.; Seabra, A. D.; Vieira, A. C. S.; Gorla, J. A.; Cruz, D. M. C. (2022). Occupational participation, stress, anxiety and depression in workers and students from Brazilian universities during the COVID-19 pandemic. *Cad. Bras. Terapia Ocupacional*, 30. <https://doi.org/10.1590/2526-8910>.
- Palacios-Ceña, D., Gómez-Calero, C., Cachón-Pérez, J. M., Velarde-García, J. F., Martínez-Piedrola, R. & Pérez-De-Heredia, M. (2016). Is the experience of meaningful activities understood in nursing homes? A qualitative study. *Geriatr Nurs*, 37(2). <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.10.015>.
- Peduzzi, P. (2020). Mapa do Ensino Superior aponta maioria feminina e branca. Estudo mostra o perfil do estudante universitário brasileiro. *Agência Brasil*, Distrito Federal, 21, 2020-05. Recuperado de: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2020-05/mapa-do-ensino-superior-aponta-para-maioria-feminina-e-branca>.
- Rozeira, C. H. B., Cruz Netto, A. L. D., Faria, A. L., Coelho, E. B., & Vargas, A. D. F. M. (2018). Vivências na graduação em Psicologia: discutindo a saúde mental dos universitários. *Saúde Redes*, 175-189. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n4p175-189>.
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M, Pinho, P. S., & Silva, A. C. C. (2010). Avaliação de um Instrumento de Mensuração de Morbidade Psíquica: Estudo de Validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Rev. Baiana Saúde Públ*, 34(3). <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2010.v34.n3.a54>.
- Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação. (2020). *Mapa do ensino superior no Brasil*. (10ª ed.). Recuperado de: <https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Mapa-do-Ensino-Superior-2020-Instituto-Semesp.pdf>.
- Silva, A. G., Cerqueira, A. T. A. R., & Lima, M. C. P. (2014). Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17 (01). <https://doi.org/10.1590/1415-790X201400010018ENG>.
- Souza, L. P.; Guedes, D. R. (2016). A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. *Estud. av.*, 30(87). <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30870008>.
- Tokarnia, M. (2020). Um em cada 4 brasileiros não tem acesso à internet, mostra pesquisa. *Agência Brasil*, 29, 2020-04. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-04/um-em-cada-quatro-brasileiros-nao-tem-acesso-internet>.
- Viapiana, V. N., Gomes, R. M., & Albuquerque, G. S. C. D. (2018). Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde em Debate*, 42, 175-186. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>.
- Xiang, Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8).
- Zbuinovicz, K. F., & Mariotti, M. C. (2021). The vulnerabilities of University Students: an integrative review. *SciELO Preprints*, . <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3011>.

Cómo citar este artículo:

Silva Baixote, W., Almeida Lins S.R., Barboza Cid, M.F., da Silva Rodrigues, D. (2023). A saúde mental de estudantes de uma universidade brasileira em tempos de Pandemia. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(2), 14-22.

Terapia Ocupacional en una Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental: irrupción de la cotidianeidad

Occupational Therapy in an Interdisciplinary Mental Health Guard: irruption of everyday life

Agustina Esquivel | Carolina Iorini | María Eugenia Sanz | Caterina Senna

Agustina Esquivel

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Residente del Hospital Interzonal José A. Esteves.

esquivelagustinaa@gmail.com

Carolina Iorini

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Buenos Aires. Residente del Hospital Interzonal José A. Esteves.

iorinicarolina@gmail.com

María Eugenia Sanz

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Residente del Hospital Interzonal José A. Esteves.

marusanz.MS@gmail.com

Caterina Senna

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Residente del Hospital Interzonal José A. Esteves.

caterina.senna@gmail.com

Resumen

En el siguiente trabajo pretendemos reflexionar sobre nuestro tránsito dentro del servicio de guardia interdisciplinaria de un hospital monovalente del conurbano sur de la provincia de Buenos Aires a través de la visión de las residentes de Terapia Ocupacional de primer y segundo año. En primer lugar, nos centraremos principalmente en el papel de la Terapia Ocupacional en el servicio de guardia, recurriendo a conceptos claves: ocupación, vida cotidiana, urgencia, crisis, riesgo ocupacional, así como las tensiones y retos a los que se enfrentan. Posteriormente, analizaremos y problematizaremos nuestro recorrido haciendo uso de relatos y una breve viñeta. Finalmente, concluiremos con nuestra experiencia personal -como residentes de Terapia Ocupacional- y cómo fue pasar por el servicio de guardia.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, interdisciplina, servicio de guardia, cotidianeidad.

Abstract

In the following paper, we aim to reflect upon our transit within the interdisciplinary guard service of a monovalent hospital in the southern suburbs of the province of Buenos Aires, through the lens of first and second-year Occupational Therapy residents. First, we will mainly focus on the role of occupational therapy in guard service, resorting to key concepts: occupation, daily life, urgency, crisis, occupational risk, as well as the tensions and challenges faced. Subsequently, we will analyze and problematize our journey making use of recounts and a brief vignette. Finally, we will conclude with our personal experience -as Occupational Therapy residents- and what it was like to undergo the guard service.

Key words: Occupational Therapy, interdisciplinary, guard service, daily life.

Introducción

El hospital monovalente, en el cual transitamos nuestra residencia, se encuentra ubicado en la localidad de Temperley, conurbano sur de la provincia de Buenos Aires. El mismo cuenta con diversas modalidades de atención. Por un lado, hacia dentro del hospital cuenta con salas de internación de corta, mediana y larga estadía, en las cuales actualmente hay alrededor de 450 mujeres¹ adultas. Por otro lado, los dispositivos de Consultorios Externos, Hospital de Día y Guardia Interdisciplinaria están dirigidos a la población adulta en general.

A lo largo del trabajo nos abocaremos al dispositivo² de guardia en salud mental, el cual está conformado por un equipo interdisciplinario con profesionales de: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional -siendo las últimas dos disciplinas ocupadas únicamente por residentes por falta de personal de planta-. Además, integra el equipo un profesional de Clínica Médica³. La asistencia del dispositivo se caracteriza por atender la guardia externa con demanda espontánea, derivaciones, etc., como así también, las urgencias/emergencias surgidas en las salas de internación. La atención es de 24hs. todos los días de la semana.

El equipo que realiza la asistencia por guardia, nombrado anteriormente, comenzó a conformarse de dicho modo luego de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, dado que expresa que “debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente” (art. 8). A partir de esto es que la guardia incorpora profesionales de otras disciplinas que no sean de Clínica Médica y Psiquiatría. En consonancia con dichos hitos es que se crea la residencia de Terapia Ocupacional (T.O.), la cual inicia en el 2019 con el ingreso de las primeras compañeras a la institución, pero no es hasta el año 2021 que se realiza la primera rotación por el dispositivo de guardia. Luego de ello, Terapia Ocupacional forma parte del plantel de residentes del equipo interdisciplinario de guardia.

A la atención en el dispositivo de guardia se accede de las siguientes maneras: se demanda la atención de forma espontánea, por derivación de otra institución y/o por pedido judicial con la orden de un juez. Cabe aclarar que, en este último caso, los lxs usuarixs que llegan por pedido judicial lo hacen por ne-

garse a asistir por sus propios medios a un efector de Salud Mental para ser evaluadxs por un equipo interdisciplinario. Muchas veces, las denuncias son iniciadas por familiares y/o vecinxs de la persona que se niega a asistir al efector. Luego, el equipo interdisciplinario realiza una evaluación de la situación actual de la persona a partir de la cual lleva adelante diversas intervenciones. En las situaciones que el equipo considere, al momento de la entrevista, la existencia de riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros determinará la necesidad de una internación de carácter involuntaria teniendo en cuenta que la “internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios (...)” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, art. 20).

Urgencia, cotidiano y Terapia Ocupacional

La interdisciplina en el equipo de guardia es un reflejo del modo en cómo se concibe la salud mental. La ley define a esta última como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010, art. 3). De este modo, entender la salud de forma integral, multifactorial y compleja es que vuelve indefectiblemente necesario un abordaje desde la integralidad, interdisciplinaria e intersectorialidad, asumiendo, a su vez, lo menester de construir modelos de atención que rompan con los paradigmas clásicos hegemónicos.

Retomando los objetivos del dispositivo de guardia de salud mental, la misma brinda abordajes en la urgencia, evalúa la presencia de situaciones de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y genera, a partir de esto, intervenciones acordes a la demanda de cada situación. Se entiende por urgencia en salud mental, según los lineamientos de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018) como:

toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas y el desempeño habitual de la persona con un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. (p.6)

Asimismo, en dichos lineamientos se especifica que la urgencia es un emergente del estado de malestar, entendiendo que este último no es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, por lo que la persona debe ser asistida de manera integral en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para disminuir la posibilidad de una recurrencia (2018, p.6). En relación con esto, Daniel Ferioli

1 A lo largo del trabajo utilizaremos la categoría de *mujer* para referirnos a la población en situación de internación en el hospital por mayoría, pero es solo una de las identidades de género autopercibidas por lxs usuarixs.

2 Entendiendo que “todo dispositivo se define pues por su tenor de novedad y creatividad, el cual marca al mismo tiempo su capacidad de transformarse o de fisurarse y en provecho de un dispositivo futuro” (Deleuze, 1990, p. 159).

3 Presta asistencia solamente en la guardia interna.

(2015) refuerza la idea de que “la urgencia en salud mental, paradójicamente, tiene un largo tiempo de acumulación de malestar” (p.21). Dicha extensión del tránsito por la angustia, el malestar, el vivenciar situaciones de crisis, erosiona el hacer/ser del sujeto e irrumpe en el cotidiano generando fracturas en su desempeño, en sus entornos habituales (trabajo, escuela, hogar), para con sus vínculos afectivos, etc.

Retomando la relación que existe entre la noción de la urgencia y la acumulación de malestar, podemos observar cómo esta conjunción puede generar diversos niveles de padecimiento, el cual es vivenciado y experimentado de manera singular y subjetiva por cada persona. Es por este motivo que se debe tener en cuenta la evaluación del riesgo ya mencionado anteriormente. El decreto 603/13 que reglamenta la ley expresa que debe entenderse por riesgo cierto e inminente:

Aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenaza o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros (...) No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental. (art. 20, 2013)

Teniendo en cuenta este concepto, como se mencionó anteriormente, si al momento de la entrevista el equipo evalúa la existencia de dicho riesgo, se determina la necesidad de una internación.

Continuando con esta línea de pensamiento es que consideramos relevante tener en cuenta estas conceptualizaciones mencionadas hilvanándolas con la noción de riesgo ocupacional. Pellegrini (2012) refiere dicha noción como “aquellas situaciones que si se mantienen en el tiempo pueden producir: desequilibrio ocupacional, privación ocupacional, alienación ocupacional” (p. 186). Brevemente podemos describir al desequilibrio ocupacional como una falta o pérdida de equilibrio entre las distintas áreas de participación, entre ellas: el trabajo, el descanso, el autocuidado y el juego (...) que impide satisfacer las necesidades de salud propias de cada individuo (p. 186). Por otro lado, en cuanto a la privación ocupacional, Moruno Miralles y Fernández Agudo (2012) afirman que “está determinado por valores sociales y culturales, leyes y normas, organización política y estructura económica” (p.48). El mismo es un término relacionado con la exclusión, el estigma y la discriminación, es consecuencia de factores externos de índole macrosocial. A su vez, la alienación ocupacional da cuenta de situaciones donde la participación ocupacional se ve alterada, carente de satisfacción y sentido para los sujetos. En este caso, dichos autores (2012) refieren que el énfasis “recae en la significación de la actividad y sus efectos” (p.48). Estos conceptos nos representan una valiosa herramienta para indagar aquellos factores que favorecen la participación u obstaculizan y/o limitan la misma y el impacto

que tienen en la salud, como así también, pensar formas de intervención en el cotidiano del sujeto que puedan generar cambios positivos en su proceso de salud.

Habiendo establecido ciertas nociones conceptuales con las que interactuamos cotidianamente en nuestro hacer profesional es que pensamos y analizamos al dispositivo en el que nos encontramos insertas. La guardia del Hospital Esteves presta servicios a una población vulnerable en todas las esferas. Cabe destacar, que se reciben consultas de todo el conurbano bonaerense. Muchxs de los usuarixs que se acercan por presentar una urgencia viajan previamente varias horas de distintas partes de la Provincia de Buenos Aires para ser atendidxs en la guardia. La atención mayoritariamente es a mujeres, quienes se encuentran muchas veces en situaciones de violencia por motivos de género. Asimismo, en los relatos, podemos dar cuenta de las desventajas que se encuentran en relación a los recursos socio-económicos que (no) poseen: no cuentan con trabajo, y si lo tienen, es en condiciones precarizadas, motivo por el cual no pueden acceder a una obra social; muchas veces son mujeres que se encuentran solas en la crianza de sus hijxs, lo que les impide poder llevar a cabo distintas actividades de interés. Asimismo, es frecuente escuchar la imposibilidad que atraviesan de poder acceder a un tratamiento por la falta de ingresos económicos. Esto último es uno de los principales motivos de consulta que radica principalmente en la demora extensa de turnos y muchas veces en la falta de atención (o expendio de medicación) en las zonas de residencia. Si bien los motivos de consulta son diversos, el equipo interdisciplinario tiene la tarea de brindar un espacio de escucha activa y evaluar la presencia o ausencia de riesgo, sin dejar de considerar el factor que imprime la urgencia con la que asiste cada usuari, la cual se encuentra directamente relacionada con su singularidad y es vivenciada de manera subjetiva. Arias (2013) señala que:

El sujeto pierde las referencias que antes lo amarraban, no cualquier referencia, sino las suyas (...). Al sujeto en crisis se le vuelve extraño lo cotidiano y cuando esos lazos se cortan y la subjetividad queda desarmada, hará intentos “locos” por amarrarse a algo. (p.12)

En este punto entendemos lo cotidiano, tal como lo menciona Galheigo (2012) como aquella concepción que destaca “la subjetividad, la cultura, la historia y el poder como aspectos que lo constituyen” (p. 187). Asimismo, destacamos que dicho término se contrapone al concepto actividades de la vida diaria -utilizado usualmente por la disciplina-, el cual propone una mirada fragmentada y a-histórica en su práctica (Galheigo, 2012).

La ruptura en lo cotidiano está presente en los diversos relatos de consulta, el cual- como terapistxs ocupacionales- no podemos ser ajenas:

Jueves, 17 hs. M. llega a la guardia refiriendo la decisión de suicidarse y sus deseos de ser internada. Relata algunos eventos previos a la consulta ocurridos en las últimas dos semanas. Entre ellos comenta que ha abandonado uno de sus tres trabajos y que tiene dos hijxs, los cuales ha dejado al cuidado de su madre, también afirma tener problemas de pareja y haber vivenciado situaciones de violencia intrafamiliar.

Si bien es tan solo un recorte de una experiencia, puede observarse la afectación y disrupción en la cotidianidad de sus roles (trabajadora, madre, pareja), una abrupta desorganización de su rutina y dificultades en sus lazos afectivos. Estos datos pueden ser analizados como factores de riesgo ocupacional y, a su vez, conformarse como una lectura necesaria a la hora de evaluar la presencia de riesgo y la pertinencia, o no, de una internación.

A su vez, es frecuente que las personas que se encuentran atravesando un padecimiento en salud mental presenten dificultades en su desempeño ocupacional, en ocasiones las afectaciones y/o disfunciones pueden observarse con cierta predominancia en las actividades que construyen significativamente el cotidiano del sujeto. Compartimos las siguientes enunciaciones que a menudo son oídas en las situaciones que escuchamos en el dispositivo:

- “No se levanta ni para bañarse, no come, está toda sucia” (hijo hablando de su madre que acompañó a la guardia).
- “Hace cinco días que no duermo”.
- “Siento que soy una carga constante para mi familia. No saben qué hacer conmigo”.
- “No puedo ir a trabajar así, no estoy pudiendo hablar con la gente y trabajo en atención al público. Me la paso llorando”.
- “No como porque no me dan ganas de cocinarme ni de poner la mesa, algo tan fácil como eso”.

Puede observarse la relación que existe entre ocupación, salud y bienestar y cómo la alteración en uno de estos componentes repercute directamente sobre los otros. Nuestras intervenciones como T.O. en la guardia tendrán que ver con esta concepción del sujeto como ser ocupacional y su inmediata relación con la salud y el proceso de crisis que se encuentra atravesando actualmente.

A su vez, se tiene siempre presente la noción de urgencia subjetiva. Es decir, se observa en el dispositivo de guardia de Salud Mental que habitan tantas urgencias como sujetos que la transitan, por lo tanto, el abordaje será particular a cada padecimiento.

Durante la atención por guardia, la evaluación de la situación y el riesgo se realizará a partir de la observación y la escucha

activa hacia aquellxs que asisten. Es aquí donde cada profesional pondrá el foco en su campo de acción, en su objeto de estudio Arias (2013) plantea que:

La Terapia Ocupacional se orienta tanto a la cotidianidad, entendida como la invención que hace un sujeto para sostenerse en su existencia, como al hacer humano, es decir la vida de actividad, en función de que estos puedan ser fundados con autonomía. (p.12).

Las personas que asisten a la guardia en crisis, urgidas, relatando situaciones de angustia y vulnerabilidad, pueden ser escuchadas y comprendidas desde una mirada ocupacional.

Con la mirada puesta en este modo de analizar y pensar las situaciones, lxs profesionales de T.O. pueden generar intervenciones desde el cuidado, la prevención, y restauración de los elementos y/o componentes del desempeño ocupacional, como así también identificar factores de riesgo ocupacional y formar parte de la evaluación de riesgo cierto e inminente, anteriormente mencionado, en conjunto con el equipo interdisciplinario. A su vez, la función y forma de la cotidianidad del sujeto nos permitirá identificar elementos desencadenantes y/o estabilizadores que estén directamente relacionados con la situación actual de la persona y realizar acciones a partir de esto.

Hacia dentro del equipo interdisciplinario de guardia

Detenernos a pensar nuestra inserción como parte del equipo de guardia es fundamental. Si bien cada una de nuestras experiencias se llevan a cabo en días de la semana distintos, lo que supone que los equipos de trabajo difieren, algunas situaciones de malestar y/o cuestionamiento a nuestra disciplina dentro del dispositivo se fueron repitiendo en mayor o menor medida.

La incorporación de T.O., en esta institución, a un espacio donde los equipos ya están de antemano definidos, y con un rol disciplinar legitimado, puede llegar a ser un obstáculo para esta incipiente inserción. Si bien desde un marco legal nuestra presencia dentro del dispositivo está fundamentada, ¿Qué ocurre con lo simbólico de esta incorporación? ¿Cómo se modifica el diálogo entre las disciplinas que conforman el equipo? ¿Hay lugar para el despliegue de la Terapia Ocupacional en un dispositivo de urgencia de estas características?

Estos interrogantes rondan en la mente de cada una de nosotras constantemente, ya que como T.O. nuestro campo de praxis está en la cotidianidad del ser humano, algo tan visible que se hace invisible a la hora de atender una urgencia. Pese al recorrido histórico en salud mental, la incorporación de la disciplina aún encuentra ciertas resistencias por las otras profesiones, históricamente hegemónicas, que conforman los equipos de atención en el servicio de guardia. La pregunta

acerca de qué podríamos aportar a la atención en la urgencia en salud mental apareció desde el momento preciso de nuestra llegada. Bien sabemos que la construcción de un rol lleva un proceso y que al no tener muchas otras experiencias previas desde las cuales ampararnos, no teníamos una respuesta clara con la cual posicionarnos.

Incorporarnos profesionalmente, en un marco interdisciplinario, significó para la guardia que un nuevo interlocutor se sumara a la atención y, por lo tanto, una nueva mirada para la construcción de la noción de riesgo cierto e inminente. Empezamos a escuchar aquellas preguntas que nuestro equipo elaboraba con el fin de conocer el modo en que el discurso de una persona evidencia -o no- que está en riesgo, y entender cuándo la mejor manera de abordar ese padecimiento en particular es la permanencia en el hospital, o bien continuidad de un tratamiento de forma ambulatoria. En esas preguntas identificamos que se indagaba también por aquellas actividades de la vida diaria en la que se desempeñaban estas personas, y visualizamos cómo cada una de las disciplinas hace un recorte particular ante una misma respuesta y así fue que nuestro lugar en la guardia comenzó a tomar forma. Creemos que compartir estas miradas hace la diferencia entre una atención fragmentada o una atención integral. El riesgo cierto e inminente se evidencia también en la lectura y las características de esa cotidianeidad irrupida por la urgencia, por lo que nuestra voz podía comenzar a alzarse también para construirlo. A su vez, es interesante cuando, como equipo, podemos detenernos en la urgencia y sus tiempos, dándonos el lugar para poder aunar criterios o discernir cuando las formas de pensar el abordaje no se corresponden a la de otra disciplina. No vamos a negar que las jerarquías que históricamente han existido dentro de los ámbitos de salud aún continúan habitando los mismos, como así también hay actores con mayor poder que otros para la toma de decisiones. La horizontalidad disciplinar que anhelamos, que todavía no está dada, también está en vistas de construirse, pero para ello es necesario cuestionarnos el lugar de poder atribuido históricamente.

Reflexiones finales

Somos conscientes de que la Terapia Ocupacional no es una disciplina que se encuentre “normalmente” en el dispositivo de guardia y que no se le da la suficiente importancia a aquello que la ley plantea: la atención de manera interdisciplinaria. Pero, aun así, nos parece fundamental habitar dicho espacio, llevando a cabo intervenciones que correspondan a nuestro rol, observando las situaciones a través de nuestra herramienta principal: la ocupación, y así, evaluando el riesgo ocupacional que hay en cada relato. La escucha se vuelve fundamental y no debe dejarse a un lado por querer “resolver rápido” cualquier situación que se presente. El desequilibrio en la participación en las ocupaciones, las limitaciones o circunstancias

que impiden disfrutar de la misma, la falta de oportunidades y/o recursos, la ausencia de satisfacción o la pérdida de sentido en la realización de actividades y ocupaciones que hacen a la identidad de la persona, creemos que pueden contribuir a la presencia y/o desencadenamiento del riesgo cierto e inminente. En esta línea, Benassi, Fraile, Nabergoi y Yujnosvky (2016) afirman que el hacer humano “nos hace ser lo que somos” (p.119). Dichas autoras, además, agregan que:

La noción de actividad nos invita a pensar y a mirar de modo complejo (...) ya que cuando alguien hace, confluye en ese hacer la subjetividad de quien hace, su historia, las técnicas que alguien le transmitió, las cualidades de los materiales que emplea, el sentido de una herramienta, el lugar en que se está haciendo, los otros que esperan esa producción, los otros para quienes se hace y que de algún modo sostienen ese hacer. En el hacer confluyen (...) lo subjetivo, el mundo de los objetos, lo social, lo histórico, lo cultural. (Benassi et al., 2016, p. 113)

La evaluación de riesgo ocupacional, a través de sus distintas presentaciones (anteriormente mencionadas) es clave para arribar, interdisciplinariamente, en una posible situación de riesgo cierto e inminente de la persona que se presenta en el dispositivo de guardia; y en base a ello, decidir la necesidad de internación de la misma.

Como se mencionó previamente, coincidimos que hemos atravesado algunas situaciones de malestar y/o cuestionamiento a nuestra profesión -atravesado también por el rol de residentes- dentro del dispositivo, que se fueron repitiendo en mayor o menor medida. Entendemos que esto sucedió -y sucede- debido a que la incorporación de una nueva disciplina a un espacio donde los equipos ya están de antemano definidos -mayormente con ausencia de disciplinas subalternas-, puede presentarse como un posible obstáculo para nuestra inserción al servicio de guardia.

Más allá de poder evaluar el riesgo desde nuestra perspectiva, sabemos que no es aquel por el cual se lleva a cabo una internación, pero es un aporte necesario para pensar aquel riesgo, valga la redundancia, por el cual si lo hace. Es por ello, que (re) afirmamos la importancia de la incorporación de Terapia Ocupacional al equipo interdisciplinario de guardia; importancia que no habíamos podido pesquisar de no haber transitado por dicho servicio. ●

[Recibido 17/02/23- Aprobado 2/12/23]

Referencias

- Arias, A. (2013). Relatos sobre lo posible en la formación de Terapeuta Ocupacional en Salud Mental. *Clepios*, 9(1), 9-13.
- Benassi J., Fraile E., Nabergoi M & Yujnosvky N. (2016). Procesos del hacer. Aspectos temporales de la actividad humana en S. Simó

- Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S. M. Galheigo y S. García-Ruiz (Eds.), *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos Humanos, Ciudadanía y Participación* (pp.113-127). USACH.
- Decreto N° 603/2013. Decreto Reglamentario de Ley Nacional de Salud Mental. 28 de mayo de 2013.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? en *Michel Foucault, filósofo* (1era ed., pp. 155-163). Gedisa.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. https://risamheep.com.ar/index.php?option=com_attachments&task=download&id=3
- Feroli, D. (2015). Urgencias en Salud Mental. *Clepios*, 21(1), 18-21.
- Galheigo, S. M. (2012). Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *TOG*, 9(5), 176-325.
- Ley N° 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 2 de diciembre del 2010. D.O. No. 32041.
- Moruno Miralles, P. y Fernandez Agudo, P. (2012). Análisis teórico de los conceptos privación, alienación y justicia ocupacional. *TOG*, 9(5), 44-68.
- Pellegrini, M. (2012) *Proceso de evaluación para el diagnóstico ocupacional*. en Sánchez Rodríguez, O. Polonio López, B. Pellegrini, M. *Terapia Ocupacional en Salud Mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal*. Editorial Médica Panamericana.

Cómo citar este relato de experiencia:

Esquivel, A., Iorini, C., Sanz M.E., Senna, C. (2023). Terapia Ocupacional en una Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental: irrupción de la cotidianeidad. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(2), 23-28.

Intervenciones de Terapia Ocupacional en la atención ambulatoria de la persona adulta quemada

Occupational Therapy interventions in the ambulatory care of the burned adult person

Micaela Belén Antolini | Analía Mariel Castro

Micaela Belén Antolini

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Concurrente de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

micaa.antolini@gmail.com

Analía Mariel Castro

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Ex concurrente, profesional de planta y coordinadora local de la concurrencia en el "Instituto de Rehabilitación Psicosfísica" (IReP) de GCBA. Jefa de sección de Terapia Ocupacional en el "Hospital de quemados, cirugía plástica y reparadora Dr. Arturo Umberto Illia" de GCBA.

castro_analiariel@yahoo.com.ar

Resumen

Independientemente de su gravedad, una quemadura genera impacto en la vida de quien la sufre, afectando habilidades, ocupaciones y patrones de desempeño. De esta manera, la persona puede encontrarse en riesgo ocupacional, no pudiendo cumplir con las exigencias de los roles valorados y esperados para su ciclo vital. Es tarea del terapeuta ocupacional detectar esto e intervenir para evitar disfunciones en el rol en la consulta ambulatoria de la persona quemada. El objetivo de este escrito es dar a conocer la intervención de terapia ocupacional en la consulta ambulatoria de quemaduras en personas adultas entre los 18 y 60 años.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, rehabilitación, quemaduras, rol.

Abstract

Regardless of its severity, a burn impacts the life of the sufferer, affecting abilities, occupations, and performance patterns. In this way, the person may find himself at occupational risk, unable to meet the demands of the roles valued and expected for his life cycle. It is the task of the occupational therapist to detect this and intervene to avoid dysfunctions in the role in the ambulatory consultation of the burned person. The objective of this writing is to publicize the intervention of occupational therapy in the burn outpatient clinic in adults between 18 and 60 years of age.

Key words: Occupational Therapy, rehabilitation, burns, role.

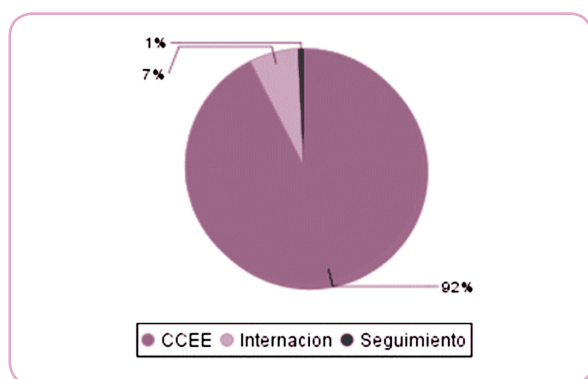
Introducción

Este escrito se conforma como el trabajo de cierre de una rotación de 3° año de la concurrencia de Terapia Ocupacional (en adelante TO) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el Hospital de Quemados Dr. A. U. Illia. Los datos mencionados en este artículo fueron recabados durante dicha experiencia, entre abril y septiembre del 2022.

El recorrido de TO en el hospital tiene un inicio reciente. La apertura del servicio data de marzo del 2021 y, al momento, cuenta solamente con una terapeuta ocupacional de planta; previo a esto, no es posible rastrear ningún profesional que haya ocupado el cargo en la historia de la institución. Por lo tanto, la rotación supone la primera experiencia tanto para el hospital y el servicio de TO como para el sistema de concurrencia y residencia. La misma, de la que el presente escrito es resultado, tiene lugar dentro de este contexto novedoso, en el que la disciplina comienza a dar sus primeros pasos dentro del hospital, habilitando nuevos espacios y dándose a conocer al resto del equipo, definiendo sus roles e incumbencias en la institución.

Las intervenciones de TO en el hospital tienen lugar en tres espacios: consultorios externos, salas de internación y consultas ambulatorias de rehabilitación y seguimiento (ver gráfico 1). El dispositivo en donde se atiende a cada persona depende de la gravedad de su quemadura, la cual está determinada por 3 aspectos que se evalúan cuando ingresa a la institución: profundidad, extensión y localización de su lesión. A partir de ello, se definen los pasos a seguir en el tratamiento.

Gráfico 1. Población total atendida por primera vez en TO según dispositivo de atención.

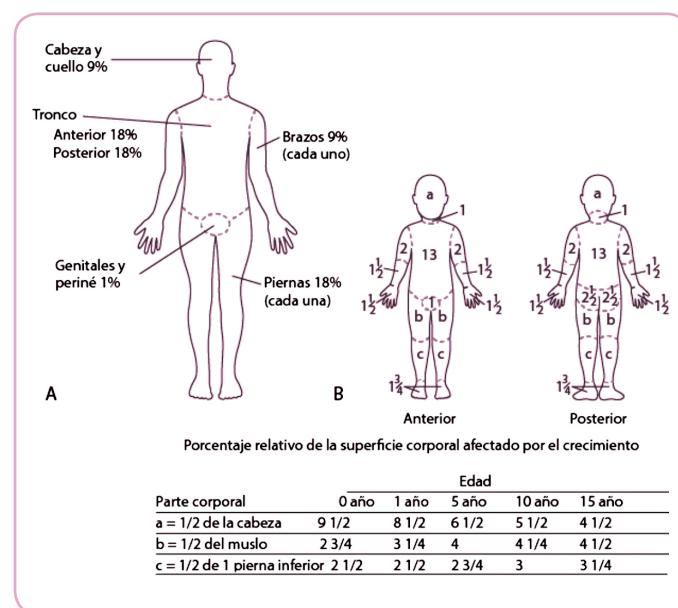


Según su profundidad, las quemaduras se clasifican en A, AB y B (ver tabla 1); también puede darse la combinación de más de un tipo en una misma lesión. La extensión de una quemadura se calcula como porcentaje del área corporal total. La llamada “regla de los nueve” divide las áreas del cuerpo en nueve o múltiplos del mismo (ver imagen 1); para calcular la extensión de áreas pequeñas se puede utilizar la palma de la mano de la persona quemada como equivalente al 1% del área corporal. Respecto a la localización, se consideran quemaduras graves, aunque el riesgo de muerte sea mínimo o inexistente, aquellas que se ubican en zonas estéticas o con funciones especializadas como cara, cuello, axila, manos, pies, genitales y articulaciones del codo, rodilla, muñeca y tobillo.

Tabla 1. Tipos de quemaduras según profundidad y sus características.

	"A (1° grado) eritematosa epidérmica"	"A (2° grado superficial) flictenular espesor parcial superficial"	"AB (2° grado profundo) espesor parcial profundo"	"B (3° grado) espesor total"
Profundidad	Lesiona la epidermis de la piel	Incluye epidermis y dermis papilar (superficial)	La lesión llega a la dermis reticular con profundidad variable	Abarca todo el espesor de la piel. Puede afectar las terminaciones nerviosas.
"Coloración y aspecto"	Rojo o rosado brillante, seca y progresivamente pruriginosa	Rojizo, húmeda y suave con ampollas. Dolorosa	Rojiza moteada, sin ampollas e hipoalérgica	Blanquecina, amarillo pardo, marrón o negro. En niños o ancianos, es de color rosado oscuro o rojo frambuesa
Tratamiento	Sintomático, para paliar el dolor	Limpieza y curación del lecho con cura húmeda	Limpieza y curación del lecho con cura húmeda. Puede requerir internación.	Limpieza y curación del lecho con cura húmeda. Puede requerir de internación.
Tiempo de resolución	1 a 2 semanas	2 semanas aprox.	Más de 3 semanas	4 semanas o más
Secuelas	Sana de manera espontánea, sin dejar cicatriz. Hiperpigmentación temporal	No deja cicatriz	Cicatrización hipertrofica. Puede profundizarse y convertirse en una quemadura de espesor total	Cicatrización hipertrofica. Toda lesión mayor a 1 o 2 cm requiere injerto.

Imagen 1. Cálculo de la extensión de una quemadura según la regla de los nueve en niños y adultos.



La mayoría de la bibliografía disponible sobre quemados se refiere al paciente gran quemado, el cual se define como

“aquel con lesiones inducidas por daño término que justifican, al menos, tres días de tratamiento de cuidados intensivos tras el traumatismo” (Curiel Balsera E. *et al.*, 2006, p.363). El Dr. F. Benaim (1984) divide la gravedad de las quemaduras en cuatro grupos: leves (I), moderadas (II), graves (III) y críticas (IV) y, a partir de ellas, recomienda intervenciones y dispositivos de atención específicos para cada una. Respecto a esta clasificación, el paciente gran quemado se ubica en el grupo IV, debiendo ser atendido en un centro especializado. Pero ¿qué sucede con quienes presentan quemaduras de menor gravedad, sin riesgo de vida? ¿Cómo es el tratamiento y cuál es el impacto que este tipo de lesiones tiene en el desempeño ocupacional (en adelante DO) de la persona? Existe muy poca información disponible referida a esta población de atención ambulatoria, su proceso de curación y evolución, así como el riesgo ocupacional que una quemadura puede generar. De allí el interés por conocer más acerca de ella y el impacto que la lesión genera desde un punto de vista ocupacional, entendiendo que puede afectar roles, rutinas y habilidades de la persona, poniendo en jaque su DO. Por lo tanto el objetivo de este trabajo es describir las intervenciones de Terapia Ocupacional ante el impacto funcional que una quemadura de tratamiento ambulatorio tiene en la rutina diaria de la persona adulta, en relación a los roles esperados para su ciclo vital, con especial interés en el área laboral y actividades instrumentales de la vida diaria como el manejo del hogar y el cuidado de otros.

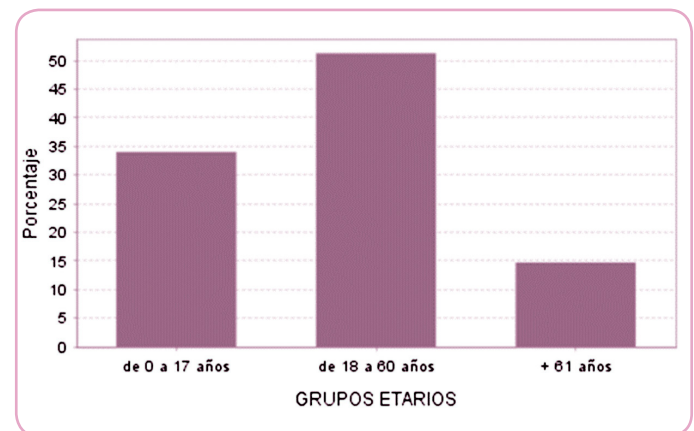
Desarrollo

Toda persona que llega al hospital por primera vez ingresa por la guardia, en donde se abre una historia clínica y, de acuerdo a la gravedad de la quemadura, se define si requiere de una internación. En el caso de que ésta no sea necesaria, la persona continúa tratamiento por consultorios externos (en adelante CCEE) dentro de las 24 a 72 hs siguientes. Los controles posteriores a este primer turno se dan con una frecuencia de entre 7 a 10 días, según la evolución de la lesión.

El dispositivo de CCEE brinda atención de lunes a viernes de 8 a 12 hs, pero TO participa en él sólo los días lunes y viernes. Entre el 1 de abril y el 31 de julio del 2022, se calcula que recibieron atención en CCEE un total de 7006 pacientes aproximadamente (datos brindados por el jefe de enfermería de CCEE). Durante este período, fueron atendidas por TO 481 personas entre 18 y 60 años, constituyendo la mayor parte de la población vista en este dispositivo (ver gráfico 2). Cabe aclarar que los datos reflejados en la Tabla 2 dependen, en muchos casos, de la derivación del personal de enfermería o médico de CCEE, pudiendo estar sesgados por el criterio que estas especialida-

des tienen respecto a las incumbencias y áreas de trabajo de Terapia Ocupacional.

Gráfico 2. Población atendida en CCEE por grupo etario.

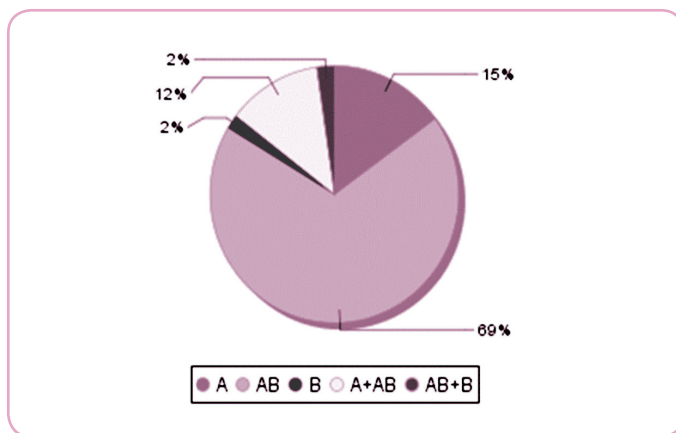


Los datos demográficos utilizados para ilustrar este trabajo pertenecen a la base de datos de la sección de TO, cuyas variables de interés fueron extraídas de las historias clínicas; aquellas que no se encontraban especificadas al momento de la consulta, fueron excluidas de los datos estadísticos que en este escrito se detallan. La población descrita está compuesta por personas que han sufrido quemaduras de gravedad leve o moderada, sin riesgo vital, y cuyo tratamiento se realiza de manera ambulatoria por el dispositivo de CCEE. La mayoría de las quemaduras atendidas fueron de espesor parcial profundo (AB) (ver gráfico 3). La posibilidad de sufrir complicaciones por estas quemaduras depende, en gran medida, de las curaciones y cuidados diarios de la piel que la persona realice en el hogar según indicaciones médicas. El tiempo de resolución de estas quemaduras toma entre 3 y 4 semanas. Suele sugerirse reposo de las actividades fuera del domicilio (educativas, deportivas, de participación social y laborales) hasta la curación total de la lesión, por lo que la persona ve afectada su rutina diaria. Desde una mirada ocupacional, resulta interesante pensar el impacto funcional que las quemaduras tienen en esta población en relación al desempeño fuera del hogar y los roles valorados en esta etapa de la vida.

Las intervenciones de TO en CCEE se adecuaron a la modalidad de trabajo ya existente: consultas breves, de 15 minutos de duración aproximada, y en las que se desconoce si se tendrá una nueva oportunidad de volver a ver al paciente. Los objetivos principales del TO en los pacientes que llegan a consulta por primera vez en este dispositivo serán el manejo temprano del edema, aumentar y/o preservar el rango de movimiento (en adelante ROM), prevenir contracturas y promover la función. Por lo tanto, las intervenciones se orientan al reposo y toma de descansos dentro de la rutina diaria, la elevación del segmento afectado y el movimiento activo para reducir el edema, la movilización precoz y el restablecimiento

en forma progresiva de las actividades cotidianas en el hogar, entre otras.

Gráfico 3. Profundidad de la quemadura en la población atendida.



Al no requerir internación, esta población puede sostener parcialmente sus rutinas ya que continúa realizando las ocupaciones en los contextos naturales con limitaciones, viéndose afectadas mayormente las actividades que realiza fuera del domicilio. Las principales áreas de la ocupación sobre las que se interviene con esta población son las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, actividades educativas, de participación social y laborales.

En CCEE se trabaja desde lo que Fisher (2009) define como ocupaciones restaurativas: aquellas utilizadas para restaurar y/o desarrollar factores de la persona (hábitos, rutinas, valores) y funciones corporales; o para mantener, prevenir o mejorar los mismos en clientes en riesgo de perder las capacidades subyacentes. Se trabaja, así, a través de la reorganización de la rutina y la adaptación o graduación de las ocupaciones, incorporando descansos, delegando tareas, modificando el desempeño o la postura durante las actividades, reduciendo la duración de las mismas, o eliminando tareas que pongan en riesgo el proceso de curación de la quemadura, entre otras. En cuanto a la restauración y mantenimiento de las funciones corporales, se brindan indicaciones acerca del correcto posicionamiento del segmento quemado, en elevación y con vendaje compresivo para evitar el edema, y la conservación de rangos articulares a través de movilizaciones activas, estiramientos y, si fuera necesario, el uso de férulas de reposo.

La localización de la quemadura está directamente relacionada con su impacto funcional en la persona; el DO se verá afectado, en mayor o menor medida, según el área o segmento corporal lesionado. Las lesiones en los miembros suelen implicar una mayor afección en la funcionalidad durante el proceso de curación de la quemadura ya que la persona puede presentar limitaciones en las habilidades motoras como alcanzar, agarrar, manipular, transportar y caminar requiriendo,

en algunos casos, de la asistencia de terceros, lo que implica un aumento de la dependencia y obliga a la persona a reorganizar su rutina y modificar su desempeño a sus capacidades funcionales actuales.

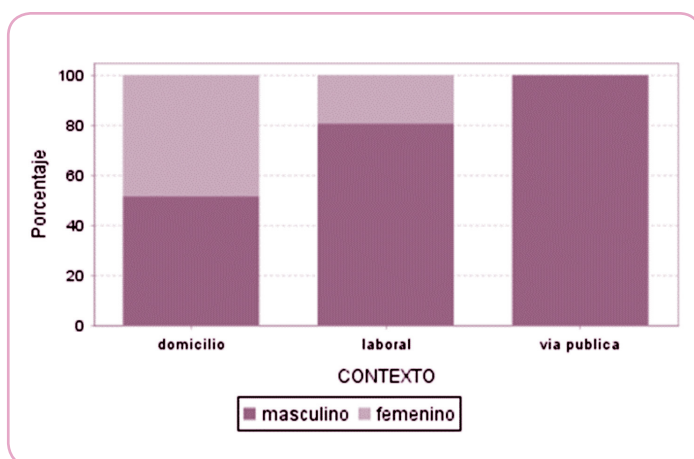
Tabla 2. Tabla de frecuencias por región quemada en orden descendente de personas en edad laboral.

Región	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MSD	59	27,06	27,06
MSI	58	26,61	53,67
MID	31	14,22	67,89
MII	26	11,93	79,82
2 o más combinaciones	22	10,09	89,91
MMSS	11	5,05	94,95
MMII	8	3,67	98,62
TRONCO	2	0,92	99,54
CABEZA Y CUELLO	1	0,46	100
TOTAL	218	100	

La vida y desarrollo de una persona puede dividirse en ciclos vitales de los cuales se esperan diferentes tareas y responsabilidades en base a expectativas sociales y culturales. Esto tiene resonancia directa respecto al valor e importancia que se le da a roles y ocupaciones en los diferentes momentos de la vida. Los roles ocupacionales son definidos por la AOTA (2020) como “un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y el contexto” (p.82). Gary Kielhofner (2004) expone que los roles ocupacionales juegan un papel muy importante en la identidad de las personas ya que la ayudan a definir(se) y son la base de su historia ocupacional. Las expectativas sociales entre los 18 y 60 años, son que la persona conquiste la independencia económica y en el automantenimiento (vida independiente fuera del hogar primario) y forme una familia. Los principales roles en este ciclo vital son: hijo, padre, abuelo, nieto, amigo, colega, cuidador, trabajador y estudiante (Llorens, 1976). Gómez Lillo (2021) define que la organización de las ocupaciones dentro de la rutina diaria constituye lo que se conoce como equilibrio ocupacional, el cual se refiere “al uso del tiempo en las diversas ocupaciones, variando en cantidad, espacio, compromiso, calidad e intensidad, según las

demandas familiares, laborales, educativas y contextuales” (Tenorio, 2020, p.3). El equilibrio ocupacional está directamente relacionado con las tareas y los roles valorados por la persona en cada ciclo vital. En el caso de la población adulta, el área ocupacional preponderante es la laboral, destinando a ésta la mayor parte de su tiempo y organizando el resto de sus ocupaciones en torno a ella. El tiempo que la persona adulta no dedica a actividades laborales, suele estar destinado a actividades del manejo y mantenimiento del hogar (hacer compras, limpieza del hogar, pago de cuentas, etc) y el cuidado de otros (hijos y/o padres). Conocer los roles y ocupaciones más importantes dentro de la rutina diaria de la población colabora para poder comprender el impacto que la quemadura tendrá sobre el desempeño cotidiano y las áreas ocupacionales que podrían verse afectadas. El gráfico 4 expone los contextos en los que se produjo la quemadura, en íntima relación con los roles y ocupaciones que la persona desempeña a diario, con distinción por género. En el caso de las mujeres, se extrae de las historias clínicas y entrevista durante la consulta que las quemaduras ocurren mayormente durante el desempeño de actividades como la preparación y cocción de alimentos, derrame de líquidos calientes e higiene mayor, tareas correspondientes a las áreas de cuidado y mantenimiento del hogar y cuidado de otros. Por otro lado, la mayoría de las quemaduras en los hombres se producen en relación con el desempeño de actividades remuneradas y el rol de trabajador. Esta información, en concordancia con las ocupaciones mencionadas previamente como significativas dentro de este ciclo vital, resulta importante al momento de definir si la persona se encuentra en riesgo ocupacional, entendiendo éste en relación a las limitaciones que la quemadura genera en el desempeño de roles y ocupaciones valoradas.

Gráfico 4. Distinción de la población según género y contexto en donde se produjo la quemadura.



El hecho de que el tratamiento de la quemadura sea ambulatorio no garantiza que ocupaciones y roles se mantengan

intactos. En muchos casos, la lesión provoca que la persona se encuentre en riesgo ocupacional¹, incumpliendo con las exigencias de sus roles valorados, tanto durante el proceso de curación como posterior a éste. Es tarea del TO evaluar si la persona se encuentra en riesgo ocupacional e intervenir sobre ello limitando su impacto en el desempeño y buscando restablecer ocupaciones y rutinas gradualmente. Una de las indicaciones médicas principales durante el proceso de curación de la quemadura de tratamiento ambulatorio es el reposo, el cual implica la suspensión de tareas pesadas y fuera del domicilio. La duración del reposo dependerá de la gravedad de la quemadura y su evolución en el tiempo. Habiendo mencionado la importancia que el área laboral tiene en la adultez y la cantidad de tiempo que esta población dedica a ella en su cotidiano, no resulta ajeno que el reposo sea una de las medidas que más afectará la rutina diaria de la persona, incluso, en ocasiones, más que la propia quemadura y sus implicancias en el desempeño. El gráfico 4 expone que parte de la población se quema en su lugar de trabajo, lo que refuerza la importancia de mantener el reposo de estas tareas durante el período de curación de la quemadura. A causa de esto, gran parte de la población se ve en la necesidad de solicitar una licencia laboral, lo que frecuentemente supone una problemática para la persona, directamente relacionada con las condiciones de empleo, situación laboral y contexto socioeconómico de cada quien. Entran, así, en conflicto, las indicaciones médicas respecto al proceso de curación de la lesión con la realidad de la persona y sus posibilidades concretas de llevar a cabo estas recomendaciones, sin descuidar su salud. Desde TO estos aspectos no pueden dejar de tenerse en cuenta desde un abordaje holístico, buscando estrategias que promuevan un equilibrio entre la gestión de la salud y el mantenimiento de las ocupaciones valoradas. La imitación del gesto laboral y el análisis de las tareas que la persona realiza en su trabajo resultan fundamentales para intervenir sobre este aspecto, buscando la adaptación o graduación de las mismas en concordancia con las indicaciones médicas y cuidados del segmento lesionado.

Conclusión

Independientemente de su gravedad, una quemadura genera impacto en la vida de quien la sufre, afectando habilidades, ocupaciones y patrones de desempeño. Resulta claro que, durante el período que se extienda la curación de la lesión, la población verá afectada su rutina diaria, lo que implica una reorganización y reestructuración de la misma hasta que la quemadura se resuelva. Durante este tiempo, la persona deberá incorporar nuevos hábitos de higiene y cuidado de la piel,

¹ Situaciones que si se sostienen en el tiempo pueden llevar a un desequilibrio, privación o alienación ocupacional, Wilcock, A. (1998). Ann occupational perspective of health. Ed. SLACK. Thorofare, NY. USA.

adaptar y/o graduar las tareas que se vea imposibilitada de hacer producto de la lesión, y reorganizar sus ocupaciones diarias, debiendo suspender algunas de las actividades más valoradas. El desempeño se verá afectado, no sólo en relación a la quemadura, sino también respecto a factores propios del cliente, como la edad, género, contextos de desempeño, roles y rutinas. En las personas entre los 18 y 60 años esto se ve reflejado principalmente en el área laboral, el cuidado de los otros y del hogar, en consonancia con las tareas que se esperan que la persona conquiste durante esta etapa de la vida. Desde una mirada holística, este aspecto no puede dejar de tenerse en cuenta en relación a las expectativas sociales y roles valorados durante la adultez, para poder detectar a las personas que se encuentran en riesgo ocupacional a causa de la quemadura. Es tarea del TO no sólo promover la mejor resolución de la lesión térmica y realizar las modificaciones temporales de las ocupaciones que hagan falta, sino también prevenir la instalación de secuelas que afecten al desempeño a largo plazo y generen disfunciones en los roles más valorados en este ciclo vital. ■

[Recibido 01/04/23- Aprobado 2/12/23]

Referencias

- American Occupational Therapy Association (AOTA) (2020). Marco de trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 4ª edición (Trad. S. C. Centro de Estudiantes 2020 de Terapia Ocupacional de la Universidad de San Sebastián).
- Curiel Balsera, E., Prieto Palomino, M. A., Fernández Jiménez, S., Fernández Ortega, J. F., Mora Ordoñez, J., & Delgado Amaya, M. (2006). Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado. *Medicina Intensiva*, 30(8), p. 363-639. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800001&lng=es&tlng=es
- Fisher, A. G. (2009). *Modelo del Proceso de Intervención de Terapia Ocupacional* (Trad. M. F. Suppicich, M. A. Oppenheimer, P. Terrer-Perez). Colorado, USA: Three Star Press, Inc.
- Gómez-Lillo, S. (2021). Equilibrio y organización de la rutina diaria. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 22(2), 169-176. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2006.111>
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación*. 3ª edición. Ed. Médica Panamericana.
- Linares, H. A. (1993). Piel normal y piel quemada: clasificación. En A. Bendlin, F. Benaim, & H. Linares, *Tratado de quemaduras* (pp. 119-125). Buenos Aires: Interamericana- McGraw-Hill.
- Llorens L. (1976) Aplicación de la teoría del desarrollo para la salud y la rehabilitación. Asociación Americana de Terapia Ocupacional.
- Ministerio de Salud de Chile (2007). Guía Clínica Gran Quemado [Archivo PDF]. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222d6a-3774f3535e04001011f01482e.pdf>
- Tenorio Rebollero L. (2020). Aportes a la construcción de hábitos y rutinas en las transiciones ocupacionales. [Archivo PDF] <https://wfot.org/assets/resources/equilibrio.ocupacional.tenorio.ccto.pdf>

Cómo citar este relato de experiencia:

Antolini, M., Castro A. M. (2023). Intervenciones de Terapia Ocupacional en la atención ambulatoria de la persona adulta quemada. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(2), 29-34.

Terapia Ocupacional en los cuidados del recién nacido. Proyecto: "Acompañando crianzas". Experiencia en un Hospital General de Agudos.

Occupational Therapy in newborn care. Project: "Acompañando crianzas". Experience in a General Acute Hospital

Ariana Morales

Ariana Morales

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad del Gran Rosario. Residente de tercer año de Terapia Ocupacional del Sistema de Residencias para Profesionales de la Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, del programa del Hospital Interzonal General de Agudos San José de Pergamino. Estudiante de la Formación en Crianza "Consultora en crianza" de la Asociación Civil Argentina de Puericultura.

1997moralesariana@gmail.com

Resumen

Terapia Ocupacional es una disciplina sociosanitaria que tiene como incumbencia, según la ley de ejercicio de la profesión, las acciones de promoción, prevención y atención de la salud de las personas, como así también la intervención precoz en el desarrollo del lactante. Desde la residencia de Terapia Ocupacional del Hospital Interzonal General de Agudos "San José", se advierten barreras en el acceso a la información por parte de las familias sobre los cuidados del recién nacido. Por esta razón, surge la necesidad de que un mayor número de familias puedan acceder de la forma más igualitaria posible a estas intervenciones. Es así que, desde el mes de abril del año 2023 a partir de la creación del proyecto "Acompañando crianzas" se interviene con las madres en la etapa posparto en la Sala de Maternidad del hospital con el objetivo de informar acerca de los cuidados del recién nacido desde la mirada de la co-ocupación. Se parte de la premisa de que la información brindada a las madres y/o padres respecto a los cuidados y el desarrollo del recién nacido como ser ocupacional, es fundamental para contribuir al vínculo de la familia y al desempeño del niño/a en las distintas etapas evolutivas.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, periodo posparto, ocupaciones, recién nacido.

Abstract

Occupational Therapy is a socio-sanitary discipline that, according to the occupational therapists practice act, is responsible for the promotion, prevention, and health care of people and early intervention in the development of infants. The Occupational Therapy internship at the Hospital Interzonal General de Agudos "San José" has observed that families face obstacles in accessing information about caring for newborns. For this reason, an increased number of families must have access to interventions as equally as possible. From April 2023, with the creation of the project "Acompañando crianzas" (Accompanying upbringing), we work with mothers during the post-partum period in the Maternity Ward of the hospital to inform them about newborn care from a co-occupation perspective. It is assumed that the information provided to parents regarding the care and development of the newborn as an occupational being is crucial to contributing to family bonding and the child's performance in the different evolutionary stages.

Key words: Occupational Therapy, post-partum period, occupations, newborn.

Introducción

La Declaración Universal de Derechos Humanos y la Ley 25.929 de Protección del embarazo y del recién nacido, respaldan los derechos de la mujer, la persona gestante y del recién nacido. La Declaración en su Artículo 25, punto 2 menciona que, "La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales" (ONU, Asamblea General, 1948, p. 7). En este sentido la mencionada ley en su artículo 2, hace referencia a que toda mujer y persona gestante, ya sea en el período del embarazo, parto y posparto tiene derecho a "recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña" (Ley 25.929 de Protección del embarazo y del recién nacido, 2004). De igual modo, en el artículo 3 se expresa que todos los recién nacidos tienen derecho "a que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo" (Ley 25.929 de Protección del embarazo y del recién nacido, 2004).

A partir del mes de abril del año 2023, la residencia de Terapia Ocupacional desarrolla un proyecto denominado "Acompañando crianzas", en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "San José" ubicado en la ciudad de Pergamino, provincia de Buenos Aires. En este proyecto se interviene con las madres de los recién nacidos en la Sala de Maternidad del hospital, con el objetivo de dar a conocer los cuidados del lactante desde la mirada de la co-ocupación.

Terapia Ocupacional (TO) es una disciplina sociosanitaria que según la ley de ejercicio de la profesión tiene como incumbencia las acciones de promoción, prevención y atención de la salud de las personas, como así también la intervención precoz en el desarrollo del lactante (Ley 27.051 Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, 2014). Por este motivo, resulta fundamental el abordaje de la diada, mamá y recién nacido, con el objetivo de promover el desarrollo del ser ocupacional desde el nacimiento, para favorecer la salud de manera integral y contribuir con el cumplimiento de los derechos de ambas partes.

Por lo tanto, el presente trabajo busca dar cuenta sobre la intervención de TO en relación al proyecto antes mencionado, resaltando la importancia del acceso a la información por parte de las familias que asisten al Hospital.

Desarrollo

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, define las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) como aquellas "Actividades para apoyar la vida diaria en el hogar y la comunidad" (*American Occupational Therapy Association*, 2020, p. 29). Dentro de las AIVD, se encuentra el apartado "Crianza de los niños", el cual hace referencia a "proporcionar cuidado y supervisión para apoyar las

necesidades de desarrollo y fisiológicas de un niño" (*American Occupational Therapy Association*, 2020, p. 30). En este caso, los adultos son quienes propician la interacción y participación del recién nacido en las rutinas de alimentación, higiene y sueño, es decir, las ocupaciones son co-creadas, en familia y en sociedad. Por este motivo, se puede decir que la crianza de los niños es una co-ocupación, como afirman Zemke y Clarck (1996): las co-ocupaciones son ocupaciones que requieren de dos o más personas para poder ser llevadas a cabo, se necesita de una persona que participe de manera activa, es decir quien brinda los cuidados y un otro/a que los recibe (Zemke y Clarck, 1996 citado *American Occupational Therapy Association*, 2008, p.7). Por esto resulta fundamental el acompañamiento del recién nacido y su familia en los primeros cuidados para favorecer la participación del niño desde temprana edad en ocupaciones básicas de la vida diaria.

Desde la primera etapa de su vida, el niño es un ser ocupacional activo, que necesitará alguien que acompañe su desarrollo integral, ya que se encuentra sometido/a a los cuidados por parte de un otro. En concordancia con ello, Dickie y otros autores refieren que "El niño para convertirse en un Ser Ocupacional es guiado por la participación social y las rutinas de cuidado para lograr la adquisición de actos intencionales, dotándose de experiencias de significado" (Dickie, *et al.*, 2006 citado por De Rose, 2013, p. 2). De esta manera, el adulto comienza a acompañarlo/a en el proceso de participación activa en tareas y actividades esperadas por la familia. La alimentación, la higiene, el vestido y desvestido, el descanso, sueño y el juego son los momentos que permiten una interacción privilegiada entre el recién nacido y un otro. Es a través de los mismos que "el bebé aprende a comunicarse, expresar sentimientos y habilidades, a la vez que adquiere experiencia, competencia y confianza" (Rojas Cerón, *et al.*, 2020, p. 151).

Terapia Ocupacional en los cuidados del recién nacido

En el mes de Julio del año 2022 la Residencia de TO se incorpora al "Curso de Preparación Integral para la Mapaternidad" creado por la Residencia de Obstetricia del HIGA "San José". El curso cuenta con 4 encuentros llevados a cabo los días viernes de cada mes por diversos profesionales (puericultora, kinesióloga, obstetras y terapeutas ocupacionales). En cada encuentro los profesionales abordan distintas temáticas en relación a sus incumbencias y a la preparación de la mamá, el bebé y la familia. Desde TO se abordan temáticas como el crecimiento y desarrollo del recién nacido, los controles sanitarios de la etapa madurativa, pautas de alarma, sueño seguro, movimiento libre, vínculo de apego, entre otras.

Durante el período en que se llevaron a cabo los encuentros, se pudo observar que la asistencia al curso era limitada y mayormente de familias que iban a transcurrir el momento del nacimiento en el sector privado de Salud. A partir de esta ob-

servación surgieron interrogantes como: ¿Por qué no asistieron a los encuentros mujeres y personas gestantes que iban a tener familia en el sector público de salud? ¿Se debe a la falta de difusión del curso de mapaternidad? o ¿Se debe a la dificultad económica y/o geográfica, de accesibilidad para llegar al hospital? y de ser así, ¿Cómo facilitar el acceso a las familias en relación a los cuidados del recién nacido desde TO? En relación al concepto de accesibilidad, Solitario, *et al.*, (2008) la definen como una "relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse" (p. 264), los autores hacen referencia a la importancia de establecer estrategias para facilitar el acceso a los espacios del hospital, generar un sentido de pertenencia, referencia y contrarreferencia para poder promover la salud de la población y su participación activa.

Proyecto: "Acompañando crianzas"

En función de lo expuesto y por las dificultades percibidas en relación al acceso de las mujeres y personas gestantes al "Curso de Preparación Integral para la Mapaternidad", se presenta la necesidad de que un mayor número de familias puedan acceder de la forma más igualitaria posible a los cuidados del recién nacido. Considerando que la calidad de vida del mismo se encuentra íntimamente influenciada por los cuidados de un otro y que, la información brindada a las familias es fundamental para contribuir al vínculo de apego y al desempeño del niño/a en sus rutinas diarias; surge un nuevo proyecto de intervención denominado "Acompañando crianzas". A partir de éste se propone un abordaje similar al del "Curso de Preparación Integral para la Mapaternidad" pero en las habitaciones de internación conjunta de Sala de Maternidad del hospital, trabajando en este caso, en la etapa posparto, con la mamá, el recién nacido y la familia. Los objetivos de este proyecto son:

Objetivo General:

- Promover el desarrollo integral del ser ocupacional desde el nacimiento, favoreciendo el vínculo recién nacido-madre/padre.

Objetivos específicos:

- Brindar información actualizada y confiable sobre los cuidados del recién nacido en relación a las siguientes temáticas: proceso de exterogestación, vínculo de apego, llanto, sueño, lactancia y tiempo en el piso.
- Promover la participación del recién nacido en ocupaciones básicas acordes a su edad.

La problemática que da comienzo a este proyecto permite ser abordada desde el marco de los derechos humanos tanto de la mujer y persona gestante, como del recién nacido y también desde el concepto de justicia ocupacional. Es decir,

a partir de "(...) la igualdad de oportunidades para el desarrollo de ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar" (Simó, *et al.*, 2008, citado por Parra Esquivel, 2015, p. 453). El hecho de que sólo cierta población pueda acceder a información respecto de los cuidados del recién nacido podría ser considerado una injusticia ocupacional, ya que se reduce la participación y acceso a la información a un grupo determinado.

Sumado a esto, este proyecto permite abarcar un número mayor de familias para promover y dar a conocer los cuidados del desarrollo en los primeros días de vida, para que todas puedan recibir y acceder a la información, acompañar a sus hijos/as y contribuir en su desarrollo como seres ocupacionales. Ya que, en este caso, son los agentes de salud quienes se acercan a la población cuando se encuentra en el hospital y no a la inversa. Es decir, se apunta al acceso igualitario en relación a la obtención de información. Según Townsend y Whiteford (2007) la limitación en la participación se relaciona íntimamente con el concepto de justicia ocupacional, por ello plantean como proceso de este concepto "analizar las injusticias ocupacionales; evaluar las fuerzas, recursos y retos; implementar y evaluar los servicios; negociar diseños, resultados y evaluaciones de programas; negociar un marco de justicia; y analizar y coordinar los recursos" (Townsend y Whiteford, 2007 citado por Parra Esquivel, 2015, p. 453).

Lo mencionado anteriormente fue tenido en cuenta al momento de re-diseñar el proyecto; desde evaluar el recurso humano para poder asistir a la Sala de Maternidad hasta organizar horarios de rotación en el nuevo espacio; establecer diferentes temáticas de abordaje, ya que la etapa es el posparto. También hubo que planear nuevas formas de intervención, pasar del abordaje grupal al abordaje individual, organizar y priorizar la información debido a los tiempos de intervención, crear nuevas estrategias en la forma de brindar la comunicación, por ejemplo, la realización de flyers con los cuidados del recién nacido, con información clara e imágenes. Por último, pero no menos importante, hubo que analizar las injusticias ocupacionales; en este caso se podría mencionar la deserción al "Curso de Preparación Integral para la Mapaternidad" y, por lo tanto, la falta de acceso de ciertas familias a la información, entre otras.

Como agentes promotores de salud el abordaje desde TO deberá estar destinado a empoderar, fortalecer, acompañar e informar a esas familias sobre su participación en los cuidados del recién nacido y la importancia de las co-ocupaciones en la dinámica de crianza que consideren en relación a su cultura, sus aprendizajes, conocimientos y vivencias; como menciona Ferrandini (2011) "entender cómo construyen sus problemas grupos, familias y sujetos es fundamental para diseñar con ellos los proyectos de cambio" (p. 2). Se deben brindar las herramientas necesarias a las familias, establecer una escucha

activa ante sus demandas y problemáticas y trabajar en conjunto para efectivizar las intervenciones.

Proceso de intervención

El proceso de intervención se encuentra organizado de la siguiente manera: las residentes de primer y segundo año cuentan con días y horarios determinados para asistir a la Sala de Maternidad. Una vez allí, se reúnen las historias clínicas (HC) de las pacientes que hayan tenido a su bebé por parto vaginal y/o cesárea, se excluyen aquellas mamás que los recién nacidos se encuentren internados en el Servicio de Neonatología ya que esto depende de otra intervención.

Con la HC se completan ciertos datos en la "Pesquisa de Maternidad" (instrumento confeccionado por las residentes) sobre: Nº de habitación, edad gestacional del recién nacido, apgar y talla. Con esta información se comienza con el pase por las habitaciones de internación conjunta y se completan los demás datos de la pesquisa en conjunto con las familias, como: datos del bebé (apellido, nombre, fecha de nacimiento, etc); datos de la familia (apellido y nombre de la mamá y de quién acompaña en la crianza, ocupación, hermanos/as, mascotas, teléfono, dirección, etc); datos de la vivienda (número de convivientes, espacio físico, climatización del ambiente, etc); antecedentes natales (cómo fue el embarazo, el parto, peso del bebé) y cómo se alimenta actualmente el bebé, entre otros datos. Esta pesquisa sirve para conocer a las familias y brindar la información de manera contextualizada; también posibilita tener el contacto de las familias en el caso de que requiera algún tipo de seguimiento y a su vez permite generar estadística para futuras investigaciones.

Luego de completar la pesquisa se procede a explicar los cuidados del recién nacido de manera verbal con soporte en papel a la mamá y quién esté acompañándola. Se abordan las siguientes temáticas: proceso de exterogestación, vínculo de apego, llanto, sueño, lactancia y tiempo en el piso desde la mirada de la co-ocupación, es decir desde la importancia de la interacción y de la participación activa de la diada en el proceso de crianza. Cabe aclarar que, la información de estas temáticas fue obtenida de la colección "Crianza en familia", iniciativa de la Fundación Navarro Viola desarrollada en el marco del programa Primera Infancia. Su objetivo es compartir buenas prácticas de crianza con las familias de niños y niñas durante la primera infancia en un lenguaje simple y claro.

A continuación se exponen las temáticas que se abordan en la intervención y de qué manera la información es transmitida a las familias en un lenguaje simple y claro.

Proceso de exterogestación: "Un recién nacido necesita prácticamente lo mismo que recibía estando en la panza de mamá: alimento, calor, contacto, sonidos y olores familiares" (Fundación Navarro Viola, 2020). Se les explica a las familias que este es el tiempo posterior al nacimiento donde es necesario

recrear la vida intrauterina por fuera, ya que el bebé aún no diferencia entre su cuerpo y el de su madre. Se menciona que este proceso se puede favorecer a través de los sentidos. Mediante el tacto (sostener a upa, brindar caricias, durante los momentos de la higiene, del vestido/desvestido); mediante el gusto (a través de la leche materna); el olfato (con el olor de la leche y los olores familiares); mediante el sonido (cuando está próximo a sus seres queridos y se oyen los latidos del corazón, la respiración, la voz) y por último mediante la visión, (utilizando la interacción de la mirada directa). Por esto se recalca la importancia de brindar abrazos, caricias, masajes, hacer upa y compartir los momentos de baño, alimentación y juego.

Apego/vínculo de apego:

"En la infancia las figuras de apego son, en general, mamá y/o papá y cumplen una función doble: son una base desde la cual el niño o la niña puede alejarse para explorar el mundo y, a la vez, son un refugio al cual volver cuando se necesita". (Crianza en familia, 2020)

A partir de esto, se les explica a las familias que el apego es una relación afectiva que se da entre dos seres humanos, que suele darse entre las madres/padres y sus hijos/as desde el embarazo. El apego es una necesidad biológica del bebé, es lo que le permite desarrollar el sentido de seguridad y posteriormente lo ayudará a adaptarse al mundo que lo rodea. Es un vínculo que necesita tiempo, que debe ser estable, regular, que debe brindar contención y protección por parte de los adultos responsables ante situaciones de estrés (hambre, frío, soledad, dolor, etc). A partir de esto se hace énfasis en la importancia de las acciones de los adultos responsables, las cuales contribuyen al modelado de los comportamientos de su hijo/a durante los momentos de interacción. En este sentido, tanto el bebé como el adulto cumplen un rol activo, ya que se produce una demanda (la del bebé) y una respuesta ante la misma (la del adulto) y ésta no es sólo de carácter físico como por ejemplo la acción de alimentar mediante el pecho, sino que implica la escucha activa de la demanda, la identificación de la misma, la contención física y emocional y la predisposición para la acción.

Llanto: Critzmann (2019), en relación al llanto menciona que, para el recién nacido "es su única herramienta de comunicación. Es una señal que comunica necesidades" (p. 74). A su vez, tomando como referencia lo expuesto por Pierce "las co-ocupaciones son el tipo de ocupación más interactiva, en donde las experiencias de los individuos implicados simplemente no podrían suceder sin las respuestas interactivas de la otra u otras personas con quién la ocupación está siendo experimentada" (Pierce 2009, citado por De Rose, 2013, p. 3); se menciona la importancia de que los adultos responsables respondan ante el llanto tanto de día como de noche, que si no se responde al mismo, el bebé sólo aprenderá que no puede contar con sus adultos referentes. También se hace hincapié en que esto será

un proceso de ensayo y error, ya que los motivos del llanto del bebé pueden ser por múltiples variables (hambre, necesidad de contacto y movimiento, por estar desregulado en cuanto a su temperatura (frío/calor), por sueño, dolor, miedos, angustias, estrés, etc) y que, los adultos con el correr de los días podrán identificar y diferenciar los diferentes tipos de llanto. Este proceso constituye una sincronía entre ambas partes, la acción de uno modelará la del otro y esto permitirá construir experiencias ocupacionales satisfactorias para ambas partes.

Sueño: Se parte de la idea de que el sueño es un proceso evolutivo, cultural, que implica una maduración de tipo fisiológica y como todo proceso requiere un tiempo y compañía absoluta de sus referentes afectivos en cada etapa hasta su maduración. Se hace referencia a que, todas las personas tienen ciclos de sueño con diferentes fases y microdespertares entre un ciclo y el siguiente; en esos momentos, los bebés, necesitan de un otro que contribuya en la estructura y organización de este proceso, y a su vez, en la regulación del ambiente donde se desarrolla esta actividad (ej: sonidos, luces, etc). El adulto es responsable de la participación de bebé en las rutinas diarias de descanso y sueño de la manera más equilibrada y segura posible.

Además de lo antes mencionado, se brindan las recomendaciones para un sueño seguro durante el primer año de vida de la Sociedad Argentina de Pediatría:

“Dormir boca arriba; El colchón debe ser firme y del mismo tamaño de la cuna; Compartir la habitación de los padres, pero no la cama; No colocar ningún tipo de objeto dentro de la cuna (almohada, nido, rollo, chichonera, edredones, colchas, frazadas gruesas o juguetes); La cuna clásica de madera con barrotes es la mejor opción; Tapar al niño hasta las axilas con los brazos por fuera de la ropa de cama y sujetar con firmeza la ropa de cama; Evitar el exceso de abrigo; Temperatura ambiente moderada; Ofrecer el chupete para dormir, cuando la lactancia esté bien establecida; Realizar los controles periódicos durante el embarazo; No fumar durante el embarazo; No exponer al niño al humo del tabaco; Promover la lactancia materna; Utilizar la silla de seguridad para auto (huevito) exclusivamente para viajar en un vehículo; Vacunación completa” (Fasola *et.al.* 2015, p. 19)

Lactancia: La información brindada se basa en lo expuesto por del Ministerio de Seguridad Argentina (s.f) sustentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En su archivo “Consejos para la lactancia. Amamantar es un derecho no un privilegio”, de acuerdo con este, los primeros 6 meses de vida el bebé necesita tomar teta exclusivamente, sin agua, ni jugos, ni papillas. La mejor nutrición hasta ese momento la obtiene del pecho y por incorporar otros alimentos existe el riesgo de que el bebé disminuya su aporte nutricional y calórico al hacer menos mamadas. Se hace énfasis en la “libre demanda”, es decir que, no hay horarios para amamantar, que cada bebé tiene un ritmo y una necesidad

diferente. Luego de los 6 meses el pediatra indicará comenzar a vincularse con otros alimentos (lo que se conoce como alimentación complementaria) pero durante el primer año de vida la lactancia seguirá siendo su principal fuente de nutrición. También se menciona que la OMS recomienda dar la teta dos años como mínimo, considerando que el mejor destete es el que respete los tiempos y los deseos de la mamá y del bebé. Sumado a esto se trabaja con las mamás los diferentes posicionamientos que existen para poder amamantar (sentada clásica, debajo del brazo, sentada invertida, acostada, etc), se promueve que cada mamá pueda elegir la que más se adecue a sus comodidades y las de su bebé. Al momento de hablar sobre esta temática se la relaciona con la ocupación “alimentación”; como se mencionó en otras temáticas, la satisfacción de esta necesidad implica la participación de un otro. El bebé por su parte demandará la necesidad de ser alimentado y el adulto responsable deberá decodificar esta señal para satisfacerla, por lo tanto ambas partes cumplen un rol activo durante el desempeño de la misma. El bebé comunicando mediante el llanto la necesidad de ser alimentado y la mamá en este caso alimentando al bebé; es una interacción donde la acción de uno producirá un efecto en el otro.

Tiempo en el piso: “El bebé boca abajo durante la vigilia podría alcanzar una mayor movilidad de su cabeza, que estaría limitada cuando el niño permanece en dispositivos que lo mantienen pasivo y limitan la rotación cefálica (bebesit, huevito, asientos varios, cochecito)” (Grad, 2023, p. 1). De acuerdo con esto, se promueve que las familias puedan colocar boca abajo a sus hijos/as, desde el nacimiento, durante la vigilia, en el piso con diferentes dispositivos que permitan que la superficie sea acolchada pero firme a la vez. Se remarca la importancia de que debe ser siempre supervisado. Se comparten también los beneficios en relación a los cambios de postura, ya que estar boca abajo contribuye al desarrollo de músculos que serán los que permitan el desarrollo de habilidades en un futuro (como rolar, sentarse, gatear, caminar, etc) y a su vez es una postura no habitual para los bebés. Al hacer referencia a esta temática se menciona también la importancia del juego en los bebés, siendo el mismo su principal ocupación; tanto como medio para el desarrollo de futuras habilidades y como fin ya que es un momento de exploración, disfrute e interacción con el ambiente. A partir de esto se fomenta la importancia de que el adulto brinde experiencias de juego e interacción al niño, que comparta estos momentos a través del uso del lenguaje, de juguetes con texturas, sonidos, colores, etc.

Cabe resaltar que todos estos datos, además de ser acompañados de flyers en formato papel, con imágenes y viñetas en lenguaje claro, la información brindada es breve, concisa, adecuada al período del recién nacido, en lenguaje simple y concreto. También se ofrece al finalizar la intervención un tiempo para despejar dudas que puedan surgir y la realización de las las interconsultas necesarias de acuerdo a las demandas de las familias.

Al finalizar, luego de visitar cada habitación en la que haya una mamá con su recién nacido se procede a escribir en la HC la intervención realizada como así también se deja constancia si hubo que realizar sugerencias respecto de las temáticas abordadas y/o si hubo que pedir interconsultas con otros profesionales (puericultora, fonoaudióloga, obstétrica, etc).

Reflexiones finales

El proyecto "Acompañando crianzas" lleva un poco más de medio año de puesta en práctica, se infiere que se ha podido abordar un mayor número de madres y recién nacidos y que este número irá en aumento, facilitando así el derecho de las familias a ser informados y el derecho de los niños/as de recibir los cuidados pertinentes.

Se considera también interesante en un futuro poder sumar a las intervenciones distintas profesiones que puedan aportar información específica acorde a sus incumbencias ya que las familias en ocasiones presentan dudas y corresponde dar respuesta ante estas.

También resulta necesaria la descentralización de los sistemas de salud y el acercamiento de los servicios a la comunidad, en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la ciudad o mediante el Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS) del Hospital, ya que en ocasiones las familias no asisten al Hospital, pero sí a estos espacios en la comunidad ya sea por cercanía, por sentido de pertenencia, por accesibilidad, etc.

Por lo tanto, advertir situaciones como las mencionadas al principio de este trabajo, donde la población no logra acceder a un servicio que brinda el hospital es fundamental para poder construir nuevas estrategias de intervención que estén dirigidas a la población en su totalidad, eliminando barreras de acceso a las mismas, repensando los espacios de acción, fomentando la realización de nuevos proyectos y sobre todo acompañando a las familias en lo referido al acceso a la salud. La TO cumple un rol fundamental en las acciones de promoción y prevención, acompañar a las familias en sus roles naturales de cuidadores con información actualizada y confiable contribuye al fortalecimiento del vínculo en los primeros meses de vida de su hijo/a.

Como mencionan Guajardo y Simó Algado (2010) resulta fundamental "situar a la TO como intervención social. Sustentar sus prácticas en los DDHH. Privilegiar los espacios comunitarios y cotidianos. Priorizar el trabajo desde perspectivas colectivas y grupales. Comprender a la persona en su contexto inmediato, situado" (p. 14). ■

[Recibido 31/08/23- Aprobado 2/12/23]

Cómo citar este relato de experiencia:

Morales, A. (2023). Terapia Ocupacional en los cuidados del recién nacido. Proyecto: "Acompañando crianzas". Experiencia en un Hospital General de Agudos. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(2), 35-40.

Referencias

- American Occupational Therapy Association (2020). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 4ta Edición.
- Critzmann, S. (2019) *Hoy no es siempre. Guía pediátrica para una crianza respetuosa*. Editorial Planeta.
- Fundación Navarro Viola (2020). Crianza en familia. Fundación Navarro Viola. <https://fnv.org.ar/primer-infancia/crianza-en-familia/>
- De Rose, M.L. (2013) Promoviendo el desarrollo del Ser Ocupacional desde el período neonatal. *Rev. TOG (A Coruña)*. 10(18). Pp. 1-13.
- Fasola, L., Grad, E., Jacobi, N., Jenik, A., Orazi, V., Rocca Rivarola, M., Rossato, N., Sapoznicoff, L. (2015) Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría. *Revista Sociedad Argentina de Pediatría*.
- <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consideraciones-sobre-el-sue-ntildeo-seguro-del-lactante-grupo-de-trabajo-en-muerte-s-uacutebita-e-inesperada-del-lactante-de-la-sociedad-argentina-de-pediatr-iacutepdf>
- Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. <https://www.ms.gba.gov.ar>
- Grad E. (2023) El tiempo en posición boca abajo de los lactantes. *Archivo Argentina Pediatría* 121(6).
- Guajardo A., Simó Algado S. (2010) Una terapia ocupacional basada en los derechos humanos. *Rev. TOG (A Coruña)*. 7 (12). Pp. 1-25.
- Ley 25.929 Protección del embarazo y del recién nacido. (25 de Agosto de 2004) BO. 21 de Septiembre de 2004.
- Ley 27.051 Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional. (23 de Diciembre de 2014). B.O 9 de Enero de 2015.
- Ministerio de Seguridad Argentina (s.f) Consejos para la lactancia. Amamantar es un derecho no un privilegio. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lactancia_cuadernillo.pdf
- ONU, Asamblea General (1948) Declaración Universal de Derechos Humanos. <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>
- Parra Esquivel, El (2015) Análisis del concepto 'justicia' en terapia ocupacional. *Rev. Fac. Med* 63 (3). pp 449-456.
- Rojas Cerón, C.A., Rubio Grillo, M.H., Zamudio Espinosa, D.C. (2020). Los hitos del desarrollo del bebé prematuro: una mirada desde las co-ocupaciones. *Revista TOG* 17 (2).
- Solitario, R., Garbus, P. y Stolkiner, A. (2008) Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, 15, 63-269.

Nidos y bolsas. Figuras para una comprensión situada de los dispositivos de Terapia Ocupacional en Salud Mental.

Nests and bags. Figures for situated understanding in OT in mental health settings

Natalia Yujnovsky

Natalia Yujnovsky

Terapista ocupacional. Egresada, docente e investigadora de la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral. Profesora de Prácticas Pre-profesionales de TO en Salud Mental. Trabajó en el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná desde donde formó parte de diversas experiencias interdisciplinarias e intersectoriales. Integrante de la Red de Cooperativas Sociales.

nataliayuj@yahoo.com.ar

Resumen

En el marco del XI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, realizado en la ciudad de Córdoba los días 7 al 9 de septiembre de 2023, bajo el lema "Transitando la Terapia Ocupacional desde la interdependencia", fui invitada a participar en la mesa "Salud Mental Comunitaria: interdisciplina, experiencias y formación". El texto aquí publicado es una versión de dicha presentación en la que reflexiono respecto de las prácticas de Terapia Ocupacional en Salud Mental Comunitaria a partir de dos figuras: los nidos y las bolsas. Recuperando la fascinante práctica de las aves de hacer nidos propongo pensar los dispositivos de salud mental como nidos, en tanto espacios contenedores, abiertos y suaves, hechos con lo que hay en el entorno y para la reproducción de la vida. Por otro lado, inspirada en el ensayo de Ursula K. Le Guin "La teoría de la bolsa de la ficción" (1986), traigo la figura de las bolsas como artefacto para recoger aquellas pequeñas cosas que permiten la continuidad y dan lugar a cierto tipo de relato: los relatos de la vida, los relatos del cuidado, inscribiendo allí a nuestras narrativas de las prácticas de TO en Salud Mental.

Palabras clave: Salud Mental, Terapia Ocupacional.

Abstract

Within the framework of the XI Argentine Congress of Occupational Therapy, held in the city of Córdoba on September 7 to 9, 2023, under the motto "Transiting Occupational Therapy from interdependence", I was invited to participate in the round table "Community Mental Health: interdiscipline, experiences and training". The text published here is a version this presentation in which I reflect on the practices of Occupational Therapy in Community Mental Health based on two figures: the nests and the bags.

Recovering the fascinating practice of bird nesting, I propose to think of mental health devices as nests, as container spaces, open and soft, made with what is in the environment and for the reproduction of life. On the other hand, inspired by Ursula K. Le Guin's essay "The Carrier Bag Theory of Fiction" (1986), I bring the figure of bags as an artifact to collect those small things that allow continuity and give rise to a certain type of story: stories of life, stories of care, inscribing there our narratives of OT practices in Mental Health.

Key words: Mental Health, Occupational Therapy.

Introducción

Las prácticas de Terapia Ocupacional en Salud Mental acompañan los procesos del hacer de personas y grupos entendiéndolos como oportunidad para producir salud. Implican trabajar en equipo, en red, en la comunidad, en interdisciplina e intersectorialidad, para la ampliación de derechos y para que cada quien pueda vivir la vida que quiere, con dignidad, en interdependencia y sin encierros. Para conversar sobre la TO en Salud Mental propongo **dos figuras** que desde hace un tiempo nos ayudan a pensar nuestras prácticas: los nidos y las bolsas.

Nidos

Los nidos son lugares contenedores, que acogen y hacen posibles los nacimientos, artefactos construidos para la continuidad de la vida. Hechos por las aves, una especie que supera ampliamente a la especie humana, tanto en cantidad como en tiempo de vida sobre la Tierra¹. Podemos aprender algo de ese hacer mirando el cómo y el con qué, las técnicas, su arquitectura y los materiales.

Los nidos son muy diversos, algunos tienen un trabajo delicado, minucioso, sostenido; otros pueden estar hechos en una cavidad natural y requieren menos trabajo. Varía su forma, los hay complejos e intrincados y muy simples como un pocito en la tierra. (imagen 1). Algunos son gigantes y con capacidad para albergar una comunidad y otros muy pequeños y difíciles de ver. Los hay robustos y equipados con recursos para protegerse de los depredadores, como ramas con espinas, por ejemplo. En esta diversidad todos tienen algo en común: son abiertos y suaves por dentro.

Las aves hacen sus nidos con lo que hay en el entorno, con cualquier cosa que encuentran y les resulta útil (no con lo que tendría que haber). Buscan con dedicación los materiales que van a usar, los seleccionan y combinan de manera tal que logran construir una forma contenedora. Ese espacio sostiene a lo que está por venir (el huevo), lo que nace y aún es muy frágil (el pichón), lo sostiene a sí mismo, a su pareja reproductiva y a otros de su grupo. Usan plumas, fibras vegetales, musgo, corteza, agujas de pino, hojas, pedacitos de panal, lana de ovejas, telarañas, barro, saliva, etc. Muchas aves urbanas usan los materiales que están a su alcance incluyendo colillas de cigarro, trozos de aluminio o pelos de perro.

Un biólogo holandés, Auke-Florian Hiemstra², estudiando un ave acuática de los canales holandeses (focha común), des-

1 Estudios científicos estimaron una población mundial que podría superar los 400 mil millones de ejemplares entre todas las especies. La relación es de casi 50 aves por persona. <https://www.revistaanfibia.com/un-hombre-que-sigue-pajaros/>. Las más de 10.000 especies de aves que sobrevuelan los cielos del planeta proceden de ancestros comunes que salieron de lo que hoy es América del Sur hace unos 90 o 100 millones de años, treinta millones antes de que el meteorito o asteroide pusiera fin a los dinosaurios terrestres y al Cretácico. https://elpais.com/elpais/2015/12/11/ciencia/1449852623_694038.html?event_log=regonetap

2 Emily Antes en The New York Times. La fantástica respuesta de las aves a las púas metálicas antipájaros. 24 de julio de 2023 <https://www.nytimes.com/es/2023/07/24/espanol/nidos-aves.html?auth=login-google1tap&login=google1tap>

cribió nidos hechos con limpiaparabrisas, lentes de sol, clavos de plástico, preservativos y hasta sobres de cocaína. Se convenció así de que cualquier cosa puede formar parte de un nido de aves, sin embargo, un día se encontró con algo sorprendente. Unas urracas habían robado púas antiaves de un edificio y las habían puesto en sus nidos como elemento de defensa (imagen 2). Tomaron un elemento hostil para hacerse su hogar, esas agujas afiladas hechas para mantenerlas alejadas les sirvieron para hacer un nido y multiplicarse.



Imagen 1



Imagen 2

Las aves saben hacer nidos porque es algo que su especie tiene incorporado en su ADN tras millones de años de evolución. Sin embargo, los científicos han observado que la técnica varía de un individuo a otro, no son todos los nidos iguales y a medida que las aves tienen más experiencia seleccionan mejor los materiales, dejan caer menos el material, trenzan mejor las fibras y lo hacen en menor tiempo y con mayor nivel de protección. En otras palabras, a medida que construyen más nidos mejora su habilidad. Aprenden a hacerlos, algunas observando a otras aves más experimentadas y utilizando los mismos materiales que ellas. También se ha observado el caso de aves juveniles que recorren nidos abandonados, con los que juegan hasta prácticamente desarmarlos, comportamiento que los científicos creen que podría ser parte del proceso de aprendizaje. Algunas especies reutilizan nidos de temporadas anteriores, pero muchas más fabrican

[com/es/2023/07/24/espanol/nidos-aves.html?auth=login-google1tap&login=google1tap](https://www.nytimes.com/es/2023/07/24/espanol/nidos-aves.html?auth=login-google1tap&login=google1tap)

nidos nuevos cada año. Es habitual que muchas aves estén atentas a mantener oculta la ubicación del nido por los depredadores que están pendientes de sus actividades.

Les invito a que pensemos los dispositivos de salud mental como nidos.

En la actualidad del campo de la salud mental en nuestro país pareciera estar bastante claro **qué** hay que hacer, cosa que ocurre menos con el **cómo**. Cómo implementamos la Ley Nacional de Salud Mental, cómo sustituimos los manicomios, cómo avanzamos en la construcción de prácticas comunitarias de cuidado territoriales, situadas, en red, interdisciplinarias, intersectoriales y que den respuesta al sufrimiento de las personas y comunidades. Hagamos nidos, donde estamos, con lo que tenemos alrededor, pero también exigiendo y tomando los mejores elementos para que esos nidos se sostengan y tengan las mejores condiciones. Distingamos, valoremos, construyamos y sostengamos espacios contenedores que cuiden la vida, no importa de qué tamaño sean ni cuánto duren. Espacios que soporten presencias y ausencias, que inviten a entrar y no impidan salir. No hablo de espacios con una armonía ideal, hablo de espacios que soporten el conflicto, las diferencias y el desencuentro.

Las TO sabemos hacer nidos, siempre los hemos hecho. Aprendimos de quienes los hicieron antes, sigamos. Necesitamos mejorar la técnica, conocer los que mejor resultaron, elegir los materiales justos. Pueden tener dimensiones y complejidades diferentes, puede ser nido un taller grupal en una institución, una asamblea barrial, un proyecto intersectorial, un espacio de consulta semanal, una reunión de equipo, un curso de formación, un emprendimiento sociolaboral, un espacio de juegos en un centro de salud, una radio comunitaria, un abordaje domiciliario, un grupo de estudio, una red de investigación.

Les invito al ejercicio de pensar en los nidos que nos han alojado, en los nidos que hemos co-construido en nuestras prácticas, aquellos que dejamos atrás, los que se cayeron, los que siguen en pie, a los que podemos volver. Les invito a que al visualizarlos pensemos de qué están hechos, con qué materiales y con qué técnicas, qué saberes fueron necesarios para que esa combinación de elementos funcione. ¿A quiénes reconocemos como artífices de esos nidos? ¿a quién miramos para aprender a hacerlos? ¿de dónde salieron los materiales?

Pienso en los comienzos de mi ejercicio profesional³ y me emociona un hallazgo: adentro de la jaula hicimos nidos, tomamos las púas antiaves y con eso hicimos otra cosa. El Servicio de TO del hospital monovalente donde comencé a ejercer la profesión en el año 1996 estaba donde habían estado las llamadas salas de contención, unas habitaciones con puertas de hierro, con pasadores del lado de afuera y con una peque-

3 1996 en el entonces Hospital "Antonio Roballos", desde el 2010 Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná, Entre Ríos.

ña mirilla con rejas (imagen 3). Espacios diseñados para el encierro y la violencia luego fueron nuestros talleres, aulas, salas de reunión, lugares de encuentro, de proyectos y de cuidado (imagen 4). Fui parte de la continuidad, el armado, el sostén y el final de diversos nidos en aquel lugar. Algunos apenas visibles, allá en un subsuelo, como el taller de carpintería donde Oscar se fabricó una guitarra o el taller de cocina "La Estrella", un espacio laboral que conformamos con Patricia, Juan, Manuel, Julia, María Celia, Fabián y el apoyo de varios compañeros (casi ninguno del sector profesional). Otros fueron nidos amplios, de esos que se ven de lejos, con entramados muy complejos, como un Encuentro de Arte y Salud Mental que hicimos en 1997, la transformación de un espacio abandonado en la Plazoleta Verde Limón o el emprendimiento de inclusión sociolaboral "El Entrevero" que nos permitió anidar en la universidad pública con un proyecto que proponía una combinación de actores, instituciones y sectores que no hubiese podido imaginar mejor⁴.



Imagen 3



Imagen 4

4 Algunas de estas experiencias están publicadas. Ver: Revista "Atraverse", página web del Hospital Escuela de Salud Mental <http://www.hesm.gob.ar/pagina.html?pag=26>. Andrea Flory y Adriana Montini (comp.) (2015) Trazar con otros. Experiencias en el Hospital de Día. Ed. La Hendija. Natalia Ujnovsky (2016) Emprendimientos productivos en Salud Mental. Del Hospital Monovalente a la comunidad. Revista Argentina de Terapia Ocupacional.

Bolsas

La autora de ciencia ficción Ursula K. Le Guin escribió en el año 1986 un ensayo en el que juega con la pregunta acerca cuál fue el primer artefacto de la civilización, qué fue lo primero que nuestra especie fabricó y utilizó como herramienta, algo que me resulta de especial interés para el campo de la Terapia Ocupacional. Nos cuenta que hay dos versiones: una que dice que el primero fue el artefacto punzante diseñado para matar (la lanza, la punta de flecha) y otra que dice que antes estuvo el artefacto contenedor (la vasija, la bolsa tejida, la canasta) para llevar a casa los alimentos y todo aquello necesario para sostener la vida. Para Le Guin se trata de versiones que fundan distintos tipos de relatos: el relato del héroe y el relato de la bolsa. El relato del héroe impregnó nuestra cultura: son las historias del conquistador, aquellas con un final en el que el guerrero triunfa sobre el mal o el superhéroe salva al mundo, por lo general dejando atrás humo, ruinas y destrucción. En cambio, los relatos de la bolsa, dirá Le Guin, no han tenido tanta prensa, siempre se han contado, pero son quizás menos atractivos que los del héroe. Son relatos en los que no hay personaje principal, sino varios y diversos protagonistas. Tienen que ver con lo cotidiano, con lo ordinario, no son extraordinarios como los del héroe. Tienen otro tiempo, se cuentan de otra forma, detalle tras detalle.

Propongo que los relatos de las prácticas de salud mental son relatos de la bolsa. No hay en ellos héroes solitarios que hayan logrado derrotar al manicomio, más bien hay personas y grupos que día a día, paso a paso hacen, intentan, logran, se equivocan y siguen intentando.

Los relatos de la bolsa de las prácticas de salud mental son narrativas del trabajo de cuidado, un trabajo hecho de detalles, de gestos y acciones concretas. El trabajo de cuidado es, por definición, un trabajo discreto, no quiere llamar la atención y cuando está bien hecho no deja rastros (Molinier, 2021). Esto tiene que ver con que sea invisibilizado y subvalorado, y que se note, sobre todo, cuando no está. Para poder contar los relatos de la bolsa de las prácticas de salud mental se requieren condiciones que permitan detenerse en esos detalles, reconocer su valor y enhebrarlos uno a uno de modo de dimensionar su complejidad y belleza. Son relatos que resultan de las experiencias situadas que siempre están atravesadas por múltiples dimensiones enmarañadas: epistemológicas, políticas, históricas, afectivas, sensibles. Contar las historias de lo que hacemos día a día requiere en principio, alguien que cuente, alguien que escuche y, fundamentalmente, tiempo. Son relatos que

demandan detenerse, necesitan el despliegue de lo anecdótico para llegar a la reflexión y la síntesis. En un mundo acelerado que idolatra la instrumentalización es lógico que estos relatos tiendan a ser escasamente valorados, cuando no, desdeñados. ¿Quién tiene tiempo para escuchar cómo fue que salimos a comprar los ingredientes para preparar la torta y en el camino nos encontramos con su amigo de la escuela y a partir de ese momento algo fundamental cambió en el proceso? ¿Cómo contamos de todas las discusiones y acuerdos en el equipo para llegar a hacer aquel viaje con este grupo, de las veces que Fulanito se bajó y de cuántas empanadas vendimos para juntar la plata? ¿Dónde se inscriben la cantidad de veces que fuimos a la casa a invitarla a que se acerque al taller y le mostramos lo que estamos haciendo hasta que un día llegó? ¿A dónde quedan los escritos de nuestras prácticas como estudiantes que detallan paso a paso lo que fuimos viviendo y cómo nos fuimos transformando? ¿Quién escuchará de las incontables veces que tejí y destejé hasta que la remera quedó linda como para regalársela a su sobrina?

Importa contar y escuchar los relatos de la bolsa de las prácticas de salud mental, esas que día a día suceden en muchos y variados lugares. Describir en detalle cómo las hacemos, con qué materiales, nombrarlos, enumerarlos, compartirlos. Podemos hacer el análisis de nuestra actividad. Contemos sobre nuestros nidos. No es lo mismo asentar el nido en un hospital que en una vecinal, o que en un espacio público y no es lo mismo un nido fijo que uno que se desplaza. No es lo mismo llegar a un nido hecho que iniciarlo; hacerlo con presupuesto y en un árbol que lo contiene junto a otros nidos como puede ser una política pública, que hacerlo con casi nada de recursos y a la intemperie. No es lo mismo hacerlo en soledad que colectivamente y en alianzas múltiples. Importa reconocer y analizar las condiciones que les han permitido sobrevivir, las que han llevado a su abandono y la intensidad de las tormentas que los han volteado. A los nidos se puede volver, pueden reutilizarse, eso es una ventaja. Aquella experiencia potente que hicimos hace diez años puede ser revisitada hoy y ofrecernos claves para lo que hacemos en el presente. No hay ningún “ya se hizo” o “ya probamos” que invalide los nuevos intentos. Los relatos de la bolsa de las prácticas de salud mental son relatos de muchos intentos y algunos logros, siempre colectivos.

La figura de la bolsa también nos invita a pensar qué llevamos en nuestras propias bolsas, aquellas que nos acompañan cuando vamos a desarrollar las prácticas de TO en Salud Mental. Les invito a que pensemos un momento en cuáles son los recursos, autores, materiales, recorridos, experiencias, que reconocemos dentro de nuestra propia bolsa. Qué hemos sacado y qué hemos incorporado, cada

Año 2. Nro 2. David Burin y Natalia Yujnovsky (coord.) (2023) Inclusiones y cooperación social en salud mental. Narrativas en primeras personas del plural. Ediciones INCLUIR.

cuánto la revisamos, qué recorridos la han enriquecido. Cada quien es responsable por su propia bolsa, de reconocer los tesoros que le donaron, recibió y lleva allí y también de colaborar con la de quien camina al lado. Fortalezcamos los dispositivos que permitan contar los relatos de la bolsa, sigamos creando y nutriendo las condiciones: revista, foro, congreso, clase, proyecto de extensión, pueden ser espacios propicios. Somos muchas colegas comprometidas en esto, la RATO, el Colectivo TO Argentina son ejemplos de ello. Leámonos y quienes estamos en las universidades incorporemos nuestras producciones a los programas.

Son tiempos difíciles para el campo de la Salud Mental. Los nidos están amenazados, hay depredadores y tormentas. No nos encerremos, el bunker no es un nido. Tampoco nos distraigamos, sabemos que no es fácil para las experiencias que buscan ampliar derechos y construir lazos de interdependencia nacer, crecer y sostenerse en un mundo dominado por la lógica de mercado. Prestemos atención a eso, porque el mer-

cado se lleva mejor con los nichos (“nicho de mercado”) que con los nidos. ¡Sigamos encontrándonos! ¡Gracias! ■

[Recibido 19/09/23- Aprobado 2/12/23]

Referencias

Antes, Emily (24 de julio de 2023). La fantástica respuesta de las aves a las púas metálicas antipájaros. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2023/07/24/espanol/nidos-aves.html?auth=login-google1tap&login=google1tap>

Le Guin, Ursula K. (2022). *La teoría de la bolsa de la ficción*. Ed. Rara Avis

Damamme, Aurelie, Hirata Helena y Molinier Pascale (Coords), Wlosko, Miriam (Ed.) (2021) *El trabajo: entre lo público, lo privado y lo íntimo. Comparaciones y desafíos internacionales del cuidado*. Edunla.

¿Qué materiales usan las aves para construir sus nidos? (<https://vidadeaves.com/como-ayudar-las-aves/habitat/materiales-para-nido/materiales-para-nidos/>)

Cómo citar esta conferencia:

Yujnovsky, N. (2023). Nidos y bolsas. Figuras para una comprensión situada de los dispositivos de Terapia Ocupacional en Salud Mental. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 40-45.

Acerca de la construcción de un posicionamiento político en el marco del sistema de residencias

About the construction of a political position within the framework of the residence system

Milagros Alurralde | María Victoria Díaz | Aldana Marian Mercado Iñiguez | Sandra Magalí Olivieri

Milagros Alurralde

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Residente de Terapia Ocupacional del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

milagrosalurralde@gmail.com

María Victoria Díaz

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Residente de Terapia Ocupacional del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

Jefa de residentes de terapia ocupacional del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

vickydiaz944@gmail.com

Aldana Marian Mercado Iñiguez

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Residente de Terapia Ocupacional del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

aldana.miniguez@gmail.com

Sandra Magalí Olivieri

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Residente de Terapia Ocupacional del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Integrante de la Asociación Civil Terapistas Ocupacionales Libres.

san.olivieri@hotmail.com

Resumen

Las residencias de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires forman parte de los equipos de salud, siendo una propuesta de formación en servicio. Durante este proceso se transita por diferentes dispositivos, tomando paulatinamente lugar la pregunta en relación a nuestro rol profesional y su intersección con problemáticas sociales complejas, la determinación social de la salud y el acceso a derechos humanos básicos universales. Durante el transcurso de la misma, se observa la construcción de un posicionamiento ético-político del rol profesional en paralelo a la adquisición de competencias básicas para el desempeño del rol en diferentes ámbitos, estipuladas en el programa formativo. El objetivo del siguiente escrito es reflexionar acerca de este proceso de construcción política del rol profesional en tanto agentes socio-sanitarios en el sistema público de salud.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, capacitación profesional, personal de salud.

Abstract

The occupational therapy residences of the government of Ciudad autónoma de Buenos Aires, are part of the health teams, being a proposal for in-service training. During this process, different devices are passed through, gradually questioning our professional role and its intersection with complex social problems, the social determination of health and access to universal human rights. During its course, the construction of an ethical-political positioning of the professional role is observed in parallel to the acquisition of basic competences for the performance of the role in different areas, stipulated in the training program. The aim of the following article is to reflect on this process of political construction of the professional role as socio-sanitary agents in the public health system.

Key words: Occupational therapy, Professional Training, Health Personnel.

Introducción

Las Residencias de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires forman parte de los equipos de salud desde el año 1997, siendo una propuesta de capacitación en servicio. En el programa correspondiente a la orientación de salud mental de adultos, se transita por diferentes dispositivos, tomando paulatinamente lugar la pregunta en relación a nuestro rol profesional y su intersección con problemáticas sociales complejas, la determinación social de la salud y el acceso a Derechos Humanos básicos universales. Es así que durante el proceso formativo que implica la residencia, se observa la construcción de un posicionamiento ético - político del rol profesional en paralelo a la adquisición de competencias básicas para el desempeño del rol en diferentes ámbitos, estipuladas en el programa formativo.

El objetivo del siguiente escrito es reflexionar acerca del proceso de construcción política del rol profesional en tanto agentes sociosanitarios en el sistema público de salud. Para esto nos proponemos realizar un recorrido por diferentes conceptos teóricos relacionados a la determinación social de la salud y la noción de sujeto político, así como también realizar una articulación de los mismos con dos recortes de situación que se presentaron en el tránsito por dispositivos de atención en el marco de la residencia.

Agentes de salud: ¿por qué pensarnos como sujetos políticos?

Ser sujeto político significa tener una concepción del mundo, conocer la situación que nos circunda, comprender la realidad, es decir, tener la capacidad de ver y comprender el mundo donde estamos inmersos, poner posición, criterio y puntos de vista a la situación (García, 2016, p.3).

La Residencia de Terapia Ocupacional en salud mental propone un recorrido por diversas áreas de intervención y dispositivos, brindando la posibilidad de realizar acompañamientos a personas que atraviesan procesos de salud enfermedad-atención-cuidados (SEAC)¹. Estos procesos, no dependen únicamente de un determinado padecimiento subjetivo, sino que además están atravesados por condiciones contextuales y, frecuentemente, por la presencia de diversas situaciones de vulnerabilidad que se interseccionan entre sí. Es por esto que resulta fundamental considerar la determinación social de la salud para comprender la complejidad de los procesos de SEAC que atraviesan las personas que acuden a los dispositivos de salud en los cuales nos insertamos como residentes.

A su vez, la propuesta tanto formativa como asistencial de la

¹ Desde la Salud Colectiva, se incorpora a la concepción de salud la noción de proceso, así como los componentes sociales y relaciones que incluyen la atención y los cuidados, distanciándose del binomio salud-enfermedad como estados antagónicos (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

residencia, se ve atravesada por el cambio de paradigma en la atención en salud mental reafirmado en la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. Dicha ley plantea el viraje de un modelo de atención hospitalocéntrico a uno basado en la comunidad, así como una modificación en las concepciones de sujeto con padecimiento subjetivo, incorporando las nociones de ciudadano y sujeto de derechos, situado en un contexto social determinado.

Tomamos como punto de partida pensar la determinación social de la salud en base a los aportes de Morales Borrero et al. (2013) quienes plantean que los sujetos están inmersos en modos y condiciones de vida impuestas socialmente. Los autores ubican al sujeto desde un lugar activo, con incidencia sobre ese contexto, y con posibilidad de influir en el mismo. Esto dista de la concepción anterior, de que las personas simplemente están expuestas a un medio ambiente externo, permitiendo identificar distintas jerarquías de la determinación social que se traducen en desigualdades e inequidades.

Sumamos a esto los aportes de Breilh (2013) para pensar que la determinación social puede ser concebida dialécticamente entre lo individual y lo colectivo, influyéndose mutuamente, pero sosteniendo la diferenciación propia de cada aspecto. Asimismo, plantea que “el paradigma de la determinación social es una herramienta para el avance de la justiciabilidad y exigibilidad de derechos” (Breilh, 2013, p. 11). Si bien entendemos que este autor sostiene que las acciones sobre esa determinación o incluso sobre los determinantes individuales no resultan suficientes para abordar la problemática de raíz o para generar cambios sostenibles en el tiempo, consideramos que en la clínica se hace necesario el abordaje de los mismos por la implicancia que tiene sobre la vida cotidiana de los sujetos, sin dejar de contemplar que estas acciones por sí mismas no son suficientes para un cambio social.

Aún frente a esta complejidad, es frecuente observar que en los dispositivos de salud, predomina una lectura clínica por sobre otros factores contextuales que acompañan la sintomatología de las personas. Sin embargo, frente a estas situaciones ya mencionadas de vulnerabilidades y desigualdades sociales, se hace necesaria la toma de una postura política desde la cual sostener una lectura macrosocial que posibilite comprender que la problemática o el padecimiento, responde a malestares sociales colectivos y que la sintomatología individual tiene muchas veces correlato con modos de vivir, enfermar y morir, socialmente determinados.

En base a lo desarrollado anteriormente, podríamos pensar que el abordaje en nuestras prácticas cotidianas incluya también las causas sociales y no sólo las manifestaciones individuales de las mismas. En palabras de Galheigo (2006):

La violencia social y familiar, la dificultad en el acceso al bienestar y las experiencias negativas de intolerancia y

desigualdad social son causas de sufrimiento mental que puede expresarse de muchas formas distintas [...] Las condiciones de vida de las personas están determinadas estructuralmente y no se pueden resolver simplemente a través de la intervención terapéutica (p. 96).

En relación a estos postulados y en líneas con el objetivo del escrito es que surge el interrogante ¿cómo traducir esta mirada en intervenciones posibles desde nuestro rol como residentes del sistema de salud?

Sostenemos que el trabajo disciplinar en consultorio es sumamente necesario, pero a la vez no resulta suficiente por su cuenta para accionar frente a la complejidad social que nos enfrentamos. Retomamos así, la importancia de un trabajo interdisciplinario para, entre otras cuestiones, hacer frente a las acciones intersectoriales requeridas en el acompañamiento de casos complejos. Es por esto que resulta esencial ampliar la clínica por fuera de los consultorios, incorporando trabajo en territorio y en espacios políticos de toma de decisión que puedan tener incidencia en políticas públicas y efectos sobre las condiciones de vida, determinantes de salud, enfermedad, atención y cuidados.

Por otro lado, resuenan los aportes de Pollard y Sakellariou (2014), al referirse a la naturaleza sistemática de las exclusiones y su impacto en el acceso a ocupaciones significativas. Los autores destacan una dificultad por parte de la Terapia Ocupacional de reconocer la interdependencia entre las condiciones de salud y las desigualdades sociales y económicas macrosociales, así como también el modo en que éstas construyen relaciones de poder y llevan a restricciones en la participación social. Es importante resaltar que en los últimos años han sido múltiples los esfuerzos por analizar y reconocer las situaciones desde esta perspectiva, incorporando las dimensiones sociales y los efectos de las desigualdades sobre la vida de los sujetos. Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer, presentándose el sistema de residencias como favorecedor de espacios de reflexión y construcción de un posicionamiento político que se traduzca en intervenciones críticas desde Terapia Ocupacional.

Acerca de la práctica cotidiana en un hospital monovalente

A los fines de ejemplificar este posicionamiento político en la práctica cotidiana dentro del hospital, se presenta el acompañamiento realizado de manera interdisciplinaria a Jazmín, que busca reflejar los atravesamientos de la determinación social de la salud en su historia de vida, así como también el esfuerzo por accionar intersectorialmente durante nuestras prácticas como residentes.

Jazmín² es una mujer de 26 años que se encontraba transitando una internación por salud mental de tres años de duración en un hospital monovalente. Los motivos por los cuales estaba cursando esta internación prolongada eran predominantemente sociales debido a la escasez de otros dispositivos que la pudiesen alojar. Jazmín tuvo una trayectoria en diferentes instituciones habitacionales desde sus siete años de edad y un historial de violencia intrafamiliar, escasez y fragilidad en su red relacional de sostén, así como múltiples vulneraciones de derechos durante su niñez. En cuanto a su escolaridad, completó su educación primaria y realizó varios intentos inconclusos de finalizar la secundaria. A su vez, no contaba con ningún recorrido laboral ni con una red de contención, presentando dificultades a la hora de sostener vínculos, expresándose con miedo y sentimientos de inexperiencia ante estas cuestiones.

Los objetivos desde la disciplina se orientaron a que Jazmín comenzara a ampliar su red pensando en su pronta externación, fomentando la participación en Talleres de Inclusión Sociocultural³ disponibles en el hospital, en función de su interés por actividades grupales y artísticas.

Las intervenciones de terapia ocupacional se orientaron, principalmente, al interés de Jazmín por el retorno al sistema educativo, a la búsqueda de vivienda y la facilitación para la comunicación con DONCEL (asociación civil encargada de acompañar a adolescentes y jóvenes sin cuidados parentales en su camino a la vida adulta). Se buscó así que Jazmín pudiera consolidar el pasaje a roles de la vida adulta, acompañándola en la construcción de su identidad y su proyecto de vida.

Durante estas intervenciones fueron necesarias articulaciones con diversos actores e instituciones: acompañantes terapéuticos, abogados intervinientes de la unidad de letrados, escuela, otros sectores del mismo hospital (talleres de hospital de día y la biblioteca), trabajadores de DONCEL, trabajadora social de la Asesoría General Tutelar para la búsqueda de una casa de medio camino y otros actores de la comunidad en la realización de actividades durante permisos de salida.

El acompañamiento a Jazmín permite reflexionar sobre la mirada acerca de la determinación social de la salud, así como también, sobre la construcción de un posicionamiento en tanto profesionales del equipo de salud en relación a las externaciones en salud mental, al ejercicio de la ciudadanía, al acceso

2 Acorde a la ley 26.529 "Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud" los datos personales fueron modificados para preservar la identidad de la persona.

3 Los talleres de inclusión socio culturales son un dispositivo que depende de la dirección general de salud mental de caba, y tienen como objetivo favorecer la inclusión sociocultural a través de la construcción de lazos sociales, la posibilidad de acceso a ámbitos y patrimonios culturales como también la exploración de la expresión y creatividad a través de proyectos artísticos colectivos.

a derechos y a la necesidad de articular con otros actores de la comunidad. En este sentido afirmamos la implicancia política de nuestro rol profesional en tanto terapeutas ocupacionales, en función del acceso a derechos universales de las personas usuarias de salud mental, específicamente aquellas cursando internaciones, partiendo no únicamente del derecho a una atención de calidad, a la educación, al trabajo, la vivienda y la cultura, sino del derecho a tener derechos, a vivir en comunidad ejerciendo una plena ciudadanía.

Cabe destacar que en el proceso de construcción de externalizaciones en salud mental, como en la recientemente expuesta, se observan lógicas de trabajo interdisciplinarias e intersectoriales, que apuntan a las diferentes dimensiones del cotidiano de las personas y a su hacer en sociedad en tanto ciudadanos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las acciones llevadas a cabo dentro de instituciones cerradas responden a ciertas lógicas de trabajo que limitan las prácticas posibles. Es así que se torna necesaria la existencia de puestos de trabajo en territorio que permitan acceder a otros ámbitos de intervención, apuntando a ampliar los alcances de nuestras prácticas y apoyando cambios sociales con impacto en la comunidad.

Ampliando la clínica del consultorio: la experiencia de rotación por Atención Primaria de la Salud

La Red Feminista de Soldati funciona en el barrio desde el año 2017, nucleando diferentes organizaciones territoriales pertenecientes a sectores de educación, salud, desarrollo social, militancia política partidaria y referentes barriales, entre otros, siendo la misma consolidada a raíz de la necesidad, el interés, las redes informales, y el posicionamiento político de sus actores. En ese mismo año y hasta el día de hoy, en contexto del día internacional de la mujer trabajadora, se decide realizar conjuntamente la primera marcha en las calles del barrio para visibilizar en el territorio dicha jornada de lucha y también como posibilidad de acercar la marcha a quienes no podían concurrir a la convocatoria en el congreso nacional.

Es en este escenario que, como residentes rotantes de Terapia Ocupacional de un centro de salud y acción comunitaria perteneciente a dicha red, tenemos la posibilidad de participar del espacio en el marco de la rotación por el primer nivel de atención, y sumarnos por esta vez, a la caravana que recorre las calles del barrio junto a vecinas, referentes comunitarias, asociaciones civiles y otras organizaciones territoriales, con el objetivo de denunciar la violencia machista y visibilizar la lucha del colectivo feminista.

En relación a esto se reflexiona acerca del posicionamiento desde el cual se decide participar de este espacio colectivo desde la residencia de terapia ocupacional. Por un lado, consideramos que la implicancia en estas acciones comunitarias

como trabajadoras del centro de salud barrial, es necesaria en tanto actores políticos, ya que permite sostener un espacio democrático de expresión y de denuncia, promoviendo a su vez cierta construcción de ciudadanía y ampliación de redes en el territorio. Tomando las palabras de Spinelli (2016), se trata de “desarrollar praxis que en su devenir construyan espacios de libertad, reduzcan desigualdades, desarrollen ciudadanía y construyan nuevas institucionalidades en los territorios” (p.159).

Por otro lado, como establecen Ferreira y Costa (2017), este accionar en territorio implica un trabajo intersectorial. Se entiende al mismo en tanto proceso de articulación de saberes, potencialidades y experiencias de los sujetos, grupos y sectores de la comunidad que posibilite la construcción de intervenciones compartidas para la resolución de problemas en el territorio. Este trabajo intersectorial se refleja en algunas acciones que fueron necesarias para llevar adelante la experiencia expuesta en la viñeta, en tanto estrategia comunitaria frente a la problemática de las violencias machistas. Desde la residencia consideramos que pensar el trabajo desde la atención primaria en salud, hace necesario incorporar la dimensión de cuidados en salud, así como la noción de territorio, pensándolas de manera articulada e interdependientes. Así mismo, se considera que los trabajadores sociosanitarios que se encuentran trabajando en territorio precisan vincularse con otros actores de la comunidad, desde una concepción de cuidados y gestión (Spinelli 2016).

Es este sentido, y siguiendo lo propuesto por Galheigo (2006), nos pensamos como terapeutas ocupacionales en términos de articuladores sociales, contribuyendo al fortalecimiento de los vínculos comunitarios, desarrollando el sentido de conexión y pertenencia de la población, con el objetivo de construir ambientes inclusivos. En base a esto, desde la residencia, se apuesta a la construcción de intervenciones que sean pensadas en términos de producción de cuidados en salud, los cuales necesariamente deben ser concebidos en redes y no desde una única institución.

Reflexiones

Como inicio de una conclusión posible, se vuelve sobre los interrogantes nodales de este escrito: ¿cómo pensamos que se construye un posicionamiento político durante la residencia? ¿cómo esta mirada es traducida a intervenciones coherentes con la misma?

El pasaje por diferentes dispositivos, equipos y poblaciones con diversas necesidades y vulneraciones de derechos, sin lugar a duda es un puntapié, en tanto nos obliga a cuestionarnos nuestras propias lógicas de intervención y estrategias e invita al diálogo con otras formas de trabajo posibles. Asimismo, el sistema público de salud en el cual nos insertamos como re-

sidentes resulta un lugar privilegiado para estos encuentros y cuestionamientos, favoreciendo la toma de posición frente a las diversas situaciones con las cuales tomamos contacto. A su vez, la residencia representa en sí misma un modo de transitar con otros y de hacer red, contando con múltiples espacios de reflexión que actúan como favorecedores de estos procesos. Así, es en esta interdependencia que se va construyendo el hacer colectivo de la residencia y nos vamos conformando como terapeutas ocupacionales en sujetos políticos.

Las situaciones de vulneraciones extremas que viven las personas y las formas en que las mismas determinan socialmente los modos de vida, son aspectos centrales a evaluar y desde los cuales intervenir desde terapia ocupacional. En ocasiones estas intervenciones requieren ser más concretas como, por ejemplo, en el acompañamiento en la gestión de un lugar digno donde vivir, pero en otras se torna necesario pasar los límites de las intervenciones individuales para pensar en intervenciones colectivas de lucha por derechos sociales, de construcción de espacios de convivencia democráticos e intervenciones con incidencia en políticas públicas con impacto en los cotidianos de las personas.

Por otro lado, entendemos como límite de este escrito, explorar las dimensiones políticas en la construcción de nuestra propia disciplina, la cual se encuentra aún en un proceso de fortalecimiento de una identidad colectiva y en la lucha por diferentes conquistas de la profesión. En este sentido, resulta necesario considerar los espacios existentes, como las asociaciones a nivel local y nacional; los espacios por la defensa de las condiciones laborales; la organización y participación en congresos y jornadas; las universidades; los grupos de estudio; los espacios estudiantiles; las residencias y concurrencias del equipo de salud; y la participación en consejos, entre muchos otros. Al mismo tiempo, sería necesario también para el abordaje de estos límites, un análisis sobre las potencialidades, limitaciones y estrategias posibles dentro de cada uno de estos espacios, así como de las necesidades vigentes en tanto colectivo actualmente insatisfechas. Cabe entonces preguntarnos por los espacios colectivos que habitamos en tanto terapeutas ocupacionales para el fortalecimiento de esta identidad y nuestra consolidación como sujetos políticos.

A modo de conclusión reafirmamos la construcción política del rol profesional durante la residencia, retomando lo planteado por García (2016) cuando establece:

Así entonces, hemos ido construyendo terapias ocupacionales que transforman y son transformadas, que están contextualizadas y localizadas, que parten de la sencillez de la vida, que trabajan por la felicidad, por el bienestar, con justicia y equidad. Es ahí donde nos convertimos en sujetos políticos y transformadores de las realidades y las vidas locales (p.6). ■

[Recibido 07/06/23- Aprobado 2/12/23]

Referencias:

- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31(1): S13-S27.
- Ferreira, T. y Costa, T. (2017). Saúde e redes vivas de cuidado: articulando ações estratégicas no território com vista ao cuidado integral na atenção básica. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. 1(3): 269-281. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto4750
- Galheigo, S. (2006). *Terapia ocupacional en el ámbito social: aclarando conceptos e ideas*. En Kronenberg, F; Simó Algado, S; Pollard, N. (Eds), *Terapia Ocupacional sin Fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes*. (p. 85-97).
- García, S. (2016). *Terapeuta Ocupacional: sujeto político*. XVI Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional.
- Ley 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 3 de diciembre de 2010. D.O No. 603/2013.
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808.
- Pollard, N. y Sakellariou, D. (2014). The occupational therapist as a political being/O terapeuta ocupacional como um ser político. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 22(3). <https://doi.org/10.4322/cto.2014.087>.
- Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva*. 12(2):149-171. DOI: 10.18294/sc.2016.976
- Stolkiner, A., Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericana. *Revista Vertex*, 101(23), 57-67.

Cómo citar este ensayo:

Alurralde, M., Díaz, M.V., Mercado Iñiguez, A., Olivieri, S. M. (2023). Acerca de la construcción de un posicionamiento político en el marco del sistema de residencias. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(1), 40-47.

Entramar y acompañar: una perspectiva ética y colectiva para la construcción del campo de la salud mental. Entrevista a María Marcela Bottinelli

Enmeshing and accompanying: an ethical and collective perspective for the construction of the field of mental health. Interview María Marcela Bottinelli

Daniela Testa | Andrea Albino

Daniela Testa

Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Magíster en diseño y Gestión de programas Sociales (FLACSO). Licenciada en Terapia Ocupacional (UNSAM/ENTO). Docente e investigadora Universidad Nacional Arturo Jauretche.

danitestu@gmail.com

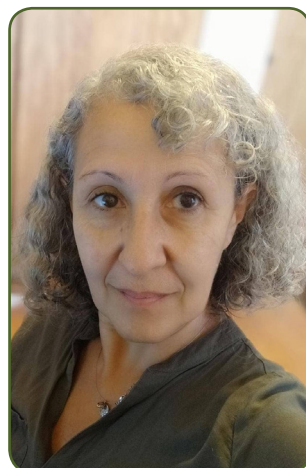
Andrea Albino

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

afalbino@hotmail.com

La sección de Entrevistas, por lo general, se reserva para charlas con terapeutas ocupacionales, pero este número tiene su impronta especial. No solo porque Marcela no pertenece a ese colectivo profesional, sino por el afecto que muchos de nosotros sentimos por ella. Marcela ha sido y es una compañera inseparable en el crecimiento de nuestro colectivo desde la formación de grado, pasando por el posgrado y la investigación. Desde allí, ha dejado su huella en la profesión, armando equipos de trabajo, explorando en la investigación y la docencia, siempre comprometida con el bien común.

Cuando te encontrás por primera vez con Marcela Bottinelli en un aula, ves a una profesora alegre, muy afectuosa desde sus palabras y sus gestos, una persona muy cercana. Pensás: ¿cuántas vidas tiene para hacer todo esto que está contando? Con palabras simples y ejemplos claros te introduce en el mundo de la Investigación y transmite su pasión por lo que hace. Aprendés con ella que siempre y antes que estudiante, quien está delante es una persona y que en el aula todos somos iguales, con distintos saberes y roles que cumplir donde todos aprendemos con todos y de todos. El trabajo siempre es en equipos o grupos, si son interdisciplinarios mejor, nunca en solitario. Es habilitadora por naturaleza, tiene siempre lugar para alojar a cada quien que llega con una idea y acompañar para que esa idea sea posible.



La presentamos formalmente, María Marcela Bottinelli es Licenciada en Psicología, Especialista y Magister en Metodología de Investigación Científica y Doctora en Salud Mental Comunitaria. Investigadora Categoría I del Sistema Nacional Argentino. Profesora Investigadora en grado y posgrado. Fue Directora de Evaluación y Gestión Académica de la Universidad Nacional de Lanús. Miembro de las redes de evaluación Relac y EvaluAR de la cual es parte de la Comisión Directiva desde su fundación. Miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Pública. Miembro de la Redes internacionales de Evaluación de Políticas Públicas en salud, y de la Red

de Prácticas y Experiencias de cuidados en Salud Mental. Fue consejera y presidenta del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones-CONISMA. Evaluadora CONEAU, CIC, DIS MSAL, CONICET y GRANA Internacional. Asesora y evaluadora para diferentes programas y proyectos, con participación en consensos internacionales sobre indicadores para la Evaluación de Políticas Públicas. Actualmente es asesora de la Subsecretaría de Servicios e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación. Compiladora y coautora de ocho libros, y cuatro producciones audiovisuales.

les, así como de numerosas disertaciones, presentaciones y publicaciones con referato nacionales e internacionales. Entre sus últimos proyectos dirigió el Proyecto PISAC: COVID 19, Salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia, financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica coordinando nueve nodos de cinco provincias con participación de universidades, referentes de salud y territoriales. También fue Directora del Proyecto PIO CONICET UNLa “Obstáculos y desafíos en el proceso de implementación del marco normativo actual en el campo de la salud mental en Argentina”, entre cuyos productos centrales está el Film documental “Desmontar la máquina” y el libro “Tramas en la formación”.

En un contexto de pos pandemia, marcado por escenarios de incertidumbre donde aparecen posiciones individualistas, conservadoras y negacionistas. ¿Cómo entendés el papel de la Salud Mental y su importancia en la sociedad actual?

Como saben, el campo de la Salud Mental no siempre fue nominado así. A mediados del siglo pasado surge un proceso de revisiones y cuestionamientos a las formas de atención que promueven transformaciones entre las cuales emerge el término Salud Mental, visibilizando e intentando cambiar el énfasis del polo de la enfermedad al de la salud y el trato digno. Luego de las guerras mundiales, Michel Foucault realizó un pormenorizado análisis histórico en que evidencia que las condiciones de los hospitales psiquiátricos y de otras instituciones de encierro eran análogas a las de los campos de concentración y las cárceles y las caracteriza como instituciones totales. Esta denuncia promueve, entre sus múltiples efectos, una revisión de los criterios de atención en Salud Mental conocido como la reforma en el que las Organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y Comisiones de Derechos Humanos toman también parte en el campo. Se produce una crisis en el modelo médico asistencialista, asilar y tutelar, dado que el modelo orgánico, que se basa en prácticas medicamentosas y de reclusión, muestra un escaso éxito en lograr la externación de pacientes y su reinserción social. Por otro lado, junto a los procesos político-económicos, aparecen consecuencias como migraciones, persecuciones políticas, guerras, movimientos poblacionales, grandes agrupamientos sociales, urbanización, ausencia de trabajo, hacinamiento, etcétera, y surgen las llamadas patologías sociales. ¿Cómo trabajar con estas nuevas afectaciones? La propuesta desde la reforma es revisar la problemática para comprenderla, trabajar e investigar nuevas alternativas pero, sobre todo, señala la urgencia de “humanizar el trato” con los pacientes, particularmente con los reclusos en instituciones asilares. Esto implica

entonces una necesaria reflexión sobre los marcos teóricos subyacentes en las prácticas en salud mental y sobre los derechos de las personas con patologías mentales que atraviesan desde entonces los procesos de transformación.

Entonces, lo que actualmente consideramos salud mental ha cambiado a lo largo de la historia. Salud y enfermedad no son términos unívocos, las conceptualizaciones, reflexiones y prácticas sobre ellos escritas permiten entender algunos aspectos relacionados con las modificaciones surgidas a lo largo de la historia de la Salud Mental y aún antes de su nominación como tal. Los cambios implican variaciones en la centración desde la enfermedad hacia los sujetos que las padecen y a las relaciones con su medio, rompiendo la disociación entre individual y social y vinculando, a la vez, la salud mental con la garantía de derechos. Algunos puntos importantes en dicho cambio son: por un lado la inclusión de la noción de proceso que permite entender los movimientos entre la salud y la enfermedad y no a la enfermedad como estado invariable. Por otro lado, la relación con el contexto de producción (histórico, económico, social, político) de los procesos de salud y enfermedad, así como también la vinculación con las teorías y prácticas que los sostienen.

Nuestra Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en 2010, producto de un proceso participativo de construcción -y reconocida internacionalmente como una ley de avanzada- en su artículo 3, la define como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona”.

Hay muchísimos análisis sobre el impacto de la pandemia y sería injusto nombrar una única referencia. Creo que la pandemia aceleró algunos procesos de transformación de las relaciones sociales, políticas, económicas y nuestra relación con la vida y el planeta. A pesar de que visibilizó la importante trama de cuidados informales que sostiene nuestra sociedad y mostró que los lazos sociales, las organizaciones territoriales y las tramas comunitarias sostuvieron los procesos vitales, las transformaciones que paralelamente se dieron en los avances científicos tecnológicos, en tan breve tiempo, son abrumadoras. Entre los aspectos más evidentes que se han acelerado podríamos rescatar la forma en la que entendemos y trabajamos con la información, los sistemas, las fuentes, la comunicación, la informática, las redes sociales, la inteligencia artificial; tienen un inmenso impacto en nuestros cambios de vida.

Estas transformaciones profundizan la precarización laboral, tal y como la conocíamos, y muestra lo que vengo tratando de describir como una densidad del tiempo. Un tiempo en el que se condensan múltiples tareas y ocupaciones de diferen-

tes niveles de vida y actividad en simultáneo, con una trama de múltiples labores que implican diversas redes, comunidades, espacios que realizamos simultáneamente, en un mismo tiempo, asistidos generalmente con diferentes tecnologías. Conocíamos conceptos como tener múltiples tareas, *multitasking*, etcétera. Pero, esto va más allá y nos hacen pensar las implicancias no sólo prácticas, sino tecnológicas, conceptuales, ontológicas y éticas de estos procesos de transformación, de las relaciones sociales, la construcción de realidad, las subjetividades, las relaciones laborales. Condiciones de trabajo y de vida, su precariedad y labilidad, son cuestiones que nos alertan sobre nuevas formas de malestares y padecimientos.

Es un momento mundial en el que conviven y coexisten cosmovisiones y modos de vida sumamente disímiles, pero es innegable que estamos frente a un proceso de transformación de las dimensiones vitales de existencia y de la esencia humana: a nivel subjetivo, intersubjetivo, colectivo, tecnológico y ambiental que desafían las diversidades culturales y sociales con las que pensamos la vida hasta ahora. En ese sentido, creo que las características que refieren en su pregunta son apenas la punta del *iceberg*, y que, para comprender lo que sucede, debemos desentramar la densidad de dimensiones y niveles de análisis implicados en estas transformaciones. Y eso incluye las micro y macropolíticas del sistema capitalista, patriarcal, colonialista, neoliberal en las que se juegan los modelos sociales y de vida. Porque, aunque nos sorprenda, esas valoraciones que ustedes refieren se consideran socialmente al mismo tiempo y, paradójicamente, como atributos positivos-negativos. El lugar de los medios y particularmente de las redes sociales en esas construcciones es también un análisis imperioso para comprender las transformaciones de las que hablamos.

La salud mental comunitaria y democrática, como suele decir el maestro Emiliano Galende, a mi criterio tiene, entonces, la responsabilidad y el desafío de escuchar, observar y poder deconstruir esas complejidades para seguir pensando y recreando las herramientas que permitan abordar, acompañar y alojar humana e integralmente a los padecimientos. De igual manera, promover lazos sociales que incorporen estas nuevas tramas, con un posicionamiento ético político relacional que visibilice y colabore en la transformación de las diferentes formas de opresión y vulneración de los derechos de las diversidades, en las que incorpore una mirada integral ecoambiental, luchando contra todo tipo de opresiones.

¿Podrías compartir tu opinión sobre las tensiones políticas en torno a la Ley Nacional de Salud Mental y cómo estas afectan la atención en la comunidad? ¿y el papel del Estado como garante de la Salud Pública?

Nuestra Ley Nacional de Salud Mental es, sobre todo, una ley de derechos humanos, se sostiene en el marco normativo in-

ternacional y nacional y las experiencias de nuestro país más comprometidas con los derechos humanos, lo comunitario, el respeto a las diversidades, a la integralidad, a la interdisciplina, la intersectorialidad y el lugar del Estado como garante de esos derechos. Por ello se entrama en un plexo normativo mucho más amplio de leyes con esta perspectiva que profundiza y viabiliza luchas históricas por los derechos. Dichos entrelazamientos sostienen profundamente lo que llamamos salud mental, por ende, es lógico que haya múltiples tensiones y resistencias de las hegemonías corporaciones e intereses económicos.

Tal como les compartía antes, entiendo que es necesaria una mirada situada de esas tensiones e historizar y actualizar el campo de actores y posicionamientos. Las transformaciones sociales se entraman no solo en los hechos inéditos mundiales como la pandemia sino, además, en los increíbles y vertiginosos avances tecnológicos, informáticos, científicos y comunicacionales que nos hablan de la quinta -y algunos autores de hasta la sexta- revolución industrial.

Si bien existen tensiones históricas respecto de los modelos de atención, las hegemonías disciplinares o corporativas, la medicalización y tecnificación de la vida y la muerte nos marcan el desafío de pensar las tensiones políticas frente a la nuda vida. Por eso es indispensable pensar el lugar del Estado y, aunque por supuesto los procesos de transformación atraviesan todas las estructuras históricamente construidas y sus necesidades de cambio, frente a los evidentes juegos de poder involucrados y visibilizados en la pandemia, el lugar de un Estado que garantice el acceso, cobertura, integralidad y universalidad de los derechos es indispensable.

Un Estado que no resigne soberanía, sino que pueda articular y regular las tensiones público-privado, intersectoriales, interjurisdiccionales, interculturales garantizando el respeto a las diversidades en el desarrollo de las fuentes de trabajo, la educación, la vivienda, el transporte, los medios de producción, el medioambiente y los recursos naturales. Es decir, que garantice las condiciones de vida digna porque en ella se entrama la salud mental.

El movimiento de salud pública intenta abordar la complejidad de pensar los procesos de la vida humana- no humana, las pluridiversidades e interseccionalidades de manera integral. Desde esa perspectiva, los procesos de transición de las transformaciones industriales, científicas y tecnológicas nos interpelan biopolíticamente a pensar también las transformaciones en lo que conocemos como Estado. Es más importante que nunca un Estado presente que sostenga los derechos construidos y conquistados con tanto esfuerzo, y frente a tantos actores y tensiones que sea capaz de sostener el acceso y de garantizar esas condiciones universales de base que los marcos normativos explicitan. Muchas veces deben haber es-

cuchado que sin salud mental no hay salud: sin condiciones de vida digna, tampoco.

¿Cómo considerás que la última dictadura cívico-militar influyó en la salud mental de la sociedad y cuál ha sido el papel de la construcción de memoria, verdad y justicia en ese contexto? ¿Cómo identificás las omisiones y silencios en relación con los dolores sociales que aún no han sido debidamente abordados desde una perspectiva de Salud Mental Comunitaria?

Hace un tiempo estaba en México junto a mi hermana mayor, María Cristina Bottinelli, exiliada argenmex, que se dedicaba a trabajar con Salud Mental y Derechos Humanos. Ella trabajó con la gran Mimi Langer (referente ineludible en el campo). Mi hermana trabajaba con migrantes (como en Chiapas), exiliados (como los de los procesos latinoamericanos de dictaduras), guerras y procesos sociales (como en Nicaragua), violencias (tanto institucionales como hacia las niñeces, diversidades de género y mujeres, como en la Ciudad de Juárez). En esa oportunidad que estábamos juntas nos convocaron desde el Instituto de Derechos Humanos IIDH junto a varias otras a pensar cómo afectaban a las personas los procesos jurídicos por los que atravesaban quienes debían tramitar sus reclamos en la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Nos propusieron escribir en un libro colectivo y nuestro capítulo fue sobre la impunidad como crimen de lesa humanidad. En dicho texto recuperamos no solo cómo afectaba revictimizando a las personas que debían repetir y volver a revivir con detalles los sucesos traumáticos que habían vivido, sino cómo esto afectaba a todo su entorno familiar y cómo nos afectaba socialmente, incluso a quienes no estuvieron o padecieron. Imposible resumir aquí semejante producción pero les dejo el link para quienes les interese.

El famoso NUNCA MÁS, la investigación realizada por la comisión de Derechos Humanos, el primer fallo histórico y los que siguen hasta la actualidad, a más de 40 años, son hitos que marcan la reparación, no solo hacia los afectados directos sino del lazo social que ratifica que la sociedad no permite eso y que el Estado cuida los derechos de su pueblo. Ese lugar de cuidado y resguardo del Estado es el que en el estado de excepción fue violado y por eso la gravedad de los crímenes desde las fuerzas del Estado. El trabajo de madres y abuelas, hijos y nietes, el trabajo de los defensores de Derechos Humanos y de organizaciones sociales de sostén, como el movimiento solidario de salud mental, incluso las organizaciones emergentes como la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, y tantos otros y otras, constituyen las tramas de cuidados y reparación del lazo social.

La construcción de memoria, verdad y justicia se inscribe así, no solo a nivel nacional sino internacional, como un valuarte de referencia que promueve recuperar a través de las institu-

ciones democráticas el Estado de derecho y la garantía del pacto social de castigo a los culpables. Y no por mano propia, sino de castigo jurídico social de NUNCA MÁS. Por ello, también son tan importantes todas las tramas de cuidado de esos procesos, tales como el papel del Centro Ulloa y quienes trabajan desde equipos de salud mental esos procesos de denuncias y juicios acompañando y cuidando a quienes deben revivir semejantes aberraciones; el trabajo internacionalmente reconocido del Equipo de Antropología forense, identificando los restos que se van encontrando y realizando todo un trabajo con familiares. En nuestro país también hay experiencias de recuperación y memoria que sostienen colectivos y organizaciones sociales con mayor o menor grado de formalización pero que son indispensables para sostener y recomponer a través de la memoria y la verdad la posibilidad de construir a través de la justicia el reconocimiento y actualización de esos procesos de justicia. Esto es importante, no solo para que se conozcan en las voces de quienes vivieron dichas situaciones, sino para que se sostenga la condena jurídica y social de los crímenes. También el trabajo con familiares y excombatientes de Malvinas, las placas puestas en los edificios y espacios, la consideración de los centros de tortura y detención ilegal como espacios de memoria, incluido el reconocimiento internacional por ejemplo de la Ex ESMA, y el trabajo desde diferentes instituciones con estos temas, por ejemplo en las escuelas, los contenidos en las curriculas, etcétera.

Todos estos procesos son indispensables para que no queden impunes crímenes y que socialmente se sostenga la ilegalidad de que las instituciones del Estado que deben resguardar el cuidado de los ciudadanos se conviertan en quienes cometen crímenes sobre quienes deben cuidar. Por ende, que el Estado a través de sus organismos y poderes enjuicie y castigue a los responsables, es volver a reconstruir esa trama de cuidados y confianza social necesaria para la vida en común.

Desde miradas feministas se han puesto en debate los modos de “hacer ciencia”. Desde tu perspectiva, ¿cómo consideras que esto influye en el campo de la salud/salud mental, en la producción de conocimiento? ¿Cómo crees que dichos aportes han dialogado con las teorías y las prácticas profesionales, especialmente de profesiones feminizadas?

Es un tema apasionante que requiere mucho más espacio que el de una entrevista para compartir pero, sustancialmente, tal como venimos conversando las miradas que centran (etnocentristas, eurocentristas, homocentristas) y polarizan siempre generan exclusión. Las perspectivas dialéctico críticas, las epistemologías del sur y feministas y las discusiones acerca de lo común, no son sólo una enunciación: plasman la descentración de opresiones históricamente invisibilizadas y muestran que otras formas de producción, trabajo y vida son posibles, sustantivas y mucho más pertinentes para sostener

ecoambientalmente la integralidad de los cuidados, la salud/ salud mental, y la dignidad de la vida.

Lamentablemente hay muy poca inclusión formal y sistemática de estudiar e investigar desde estas perspectivas y hay mucha resistencia en los espacios formales de formación. Sin embargo, desde muchos espacios vienen cobrando fuerza y en los últimos tiempos celebro que haya crecido mucho la producción y difusión de encuentros, espacios de reflexión, escritos, congresos y la visibilidad de prácticas y redes al respecto.

La noción de cuidados ha cobrado importancia en las discusiones contemporáneas sobre Salud Mental. ¿Qué implicaciones tienen estos cruces en la Salud Comunitaria?

Como en la pregunta anterior, a mi entender, este es otro tema central en el que venimos trabajando hace mucho tiempo pero está insuficientemente incluido en los espacios formales de formación, producción e investigación. Incluso su agregado en la conceptualización sobre los procesos de salud enfermedad atención y cuidados genera conceptualmente un cambio paradigmático porque habilita la inclusión no solo de la dimensión subjetiva (no objetiva) sino, además, de la dimensión intersubjetiva y comunitaria en la determinación social de esos procesos. La salud no puede comprenderse como fenómeno individual y aislado, ni siquiera como proceso biológico. Tal como decía Ramón Carrillo, sanitarista y primer ministro de salud -cuya gestión se puede decir que fundó la salud pública nacional-: “los microbios como causas de enfermedad son unas pobres causas”.

La categoría de cuidados, además, incluye una interacción en el concepto que implica mutuamente a quien cuida y es cuidado y presupone un lazo que constituye la trama relacional comunitaria básica. Trabajar las dimensiones que propone Elena de La Aldea de cuidado de sí, cuidado de otros y dejarse cuidar, implica ampliar miradas y complejizar los procesos implicados en esas relaciones, considerando desde aquellas que traman la vida cotidiana hasta las de más alta especificidad disciplinar. Todas ellas con saberes específicos que se ponen en juego, se construyen y se reconstruyen en cada situación, pero que también son producciones histórico sociales y culturales.

Esto nos interpela no solo en la recuperación de la mutua implicación de cuidar y ser cuidado, sino también en el reconocimiento de que cada uno tiene formas y saberes sobre el cuidar, pero necesita ponerlos a disposición de a quién cuida para saber de qué modos quiere o necesita recibir cuidados. Es decir, involucra ese vínculo empático fundante de la relación de cuidado como mutua colaboración y construcción. Vínculo variable en cada situación y en el tiempo, pues supone continuidad, intensidad y progresión.

La categoría de los cuidados adquiere gran relevancia y permite integrar incluso el análisis desde los microcuidados a los

macrocuidados, incluidas las políticas públicas y medidas de gobierno como formas de cuidado del Estado. En la pandemia se vió claramente las diversas formas en las que los gobiernos del mundo asumieron esos cuidados. Qué, cómo, a quiénes y cuándo cuidar no eran inocuos a la hora de la toma de decisiones frente a la emergencia e impredecibilidad mundial frente al COVID19.

Por ello, en investigaciones recientes como la convocatoria PISAC (Programa de Investigación sobre la Sociedad Argentina Contemporánea), financiada por la Agencia Ciencia y Técnica, trabajamos el tema: “COVID-19, Salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia”. Esta investigación, en la que participó una red interdisciplinaria e intersectorial con una red de nueve nodos de nuestro país -donde trabajaron muchas terapistas ocupacionales- se propuso el gran desafío de investigar la articulación entre las medidas de gobierno y las prácticas de cuidado territorial en salud mental. El trabajo tuvo dos ejes transversales principales, el análisis de las políticas de gobierno, y la sistematización de prácticas y experiencias de cuidados en salud/salud mental. Al haber llevado adelante una investigación con una doble entrada, la normativa y la experiencial, las observaciones denotan este aspecto compuesto, lo cual se erige como una de las contribuciones del proyecto. El tema es apasionante y uno de los ejes que me parece sumamente relevante profundizar en la actualidad.

En el círculo de afectos más cercano, nos gusta divertirnos con la idea de pensarte un poco TO además de Psicóloga, correr un poco los límites interprofesionales y preguntarte sobre qué sentís cuando te presuponen terapeuta ocupacional.

Si bien desde el comienzo muchos me acogían en mis diferencias, otros resaltaban o marcaban “mi externidad o falta de título de terapeuta ocupacional”, soportando de alguna manera mi presencia a regañadientes pero, disimuladamente, como esos invitades por obligación o compromiso. Eso la verdad siempre un poco dolió ya que no era mi intención participar disputando quién sabe qué sino (como los que me conocen saben) acompañando, aprendiendo y colaborando en lo que pudiera para habilitar espacios y permitir avanzar a la terapia ocupacional. La primera vez que lo escuché de alguien con quien no trabajaba directamente me sorprendió mucho. Lo recuerdo perfectamente, fue en los festejos de los 50 años de la carrera de Terapia Ocupacional en Argentina donde habíamos trabajado mucho con los equipos de docencia e investigación. Me impactó que referentes históricas me abrazaran con fuerza y dijeran esto. Y eso me enorgulleció muchísimo.

Cada vez que me incluyen en el colectivo o se sorprenden de que no tenga el título de terapeuta ocupacional, o me dicen

que me consideran parte me llena de alegría, orgullo y responsabilidad. Además de lo entrañable del colectivo, a través de estos casi treinta años hemos construido muchos lazos y tramas profesionales y, fundamentalmente, emocionales que no vislumbran los bordes profesionales disciplinares (al estilo de la lógica matemática de límites borrosos). Si como dice Deleuze los modos de vida crean formas de pensar y las formas de pensar crean formas de vida, he compartido el trabajo y la vida con terapeutas ocupacionales más de la mitad de mi vida completa y más del 80% de mi vida profesional. En ese sentido, aún cuando me consustancio en los debates y las discusiones, siempre intento aportar con respeto desde este lugar de sumo compromiso con la formación y el desarrollo del campo.

Como formadora y maestra de terapeutas ocupacionales durante más de dos décadas en la universidad pública en el área de investigación y producción de conocimientos ¿Cómo ha sido ese largo camino recorrido? En cuanto a temáticas, metodologías, creación de los primeros equipos de investigación ¿Es posible, a la manera de Charles Wright Mills, identificar una suerte de “imaginación” investigativa propia del campo disciplinar?

En este campo de las Terapias Ocu PASIONALES que aprendí a querer tanto, para mí es un orgullo haber participado y compartido todos estos años y que me permitan acompañarles, escucharles, aprender y reconstruir juntas las tramas comunes, las de los límites, las específicas, las nuevas, las abiertas y las detenidas.

En estos casi 30 años de trabajo hemos ido conociéndonos, trabajando y entretejiendo saberes y experiencias en este bello campo de Terapia Ocupacional con estudiantes, graduados y colegas de todo el país y de otros lugares del mundo. El desafío central era colaborar en la construcción y avance de la Terapia Ocupacional, desde la primera propuesta pedagógica de programa para la materia “Metodología de Investigación y Estadística en Terapia Ocupacional”, que presentamos con el equipo interdisciplinario en los años 90 cuando se abría la carrera en la UBA, la colaboración en la recuperación histórica y el armado del área de investigación en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO), cuando la Universidad Nacional de San Martín articula la carrera con carácter universitario. La creación del área de investigaciones allí, de los espacios de taller de tesis y trabajos finales generales y los específicos para terapeutas históricas no licenciadas, la investigación histórica para recuperar todos los archivos, el Documental sobre los orígenes articulando con la Universidad Nacional de Lanús. También, los concursos, el impulso a los estudiantes para que se sumen a la docencia y a investigaciones, las primeras becarias de investigación Ubacyt, CIC, Salud Investiga, los proyectos, cursos de extensión, posgrado, formaciones, presentaciones en congresos, armado de los encuentros de

cátedra y espacios. Otras actividades, como ateneos bibliográficos, la colaboración en Encuentros Nacionales de Estudiantes y Egresados (ENEETOS), presentaciones de invitados nacionales e internacionales, la participación en el movimiento Terapia Ocupacional sin Fronteras, las publicaciones, participaciones en congresos, la formación de equipos docentes y de investigación. Además, proyectos de investigación en redes, apoyos para las residencias, los cursos y asesoramientos a profesionales y estudiantes, las becas, rotaciones y apoyos para viajes, etcétera, son parte de los desafíos que fuimos construyendo con muchos de ustedes.

Mucha producción y muchas generaciones, trayectorias muy potentes en las que intentamos ir tramando la formación docente y de investigación con los principios sustantivos de pensar la producción de conocimientos, la ciencia, los saberes de manera situada desde el paradigma de la complejidad y la articulación metodológica. Con perspectiva dialéctica crítica, decolonial, feminista, participativa, con pluralidad metodológica, recuperando las miradas epistemológicas del sur, latinoamericanas y manteniendo los más altos estándares de discusión lectura y debate sobre la validez, confiabilidad y fiabilidad de la producción de conocimientos pero con una mirada consustanciada con su inextricable posicionamiento ético político. Esto implicó un muy fuerte trabajo porque no son los campos habituales de la producción de conocimientos y eso requiere mucho estudio y trabajo para sostener fundamentalmente esas formas de producción y validarlas.

Por ello es indispensable la construcción de equipos y tramas de trabajo comprometidas como las que he tenido el orgullo de compartir y estoy sumamente agradecida a cada una de los integrantes de cada uno de esos espacios con los que aprendí enormemente. Algunos, rizomáticamente, quedaron a cargo o habitaron otras carreras y espacios formativos, pero seguimos conectados siempre pensando cómo continuar haciendo avanzar el campo, aportar en entramar acciones y espacios que colaboren en la construcción del campo de la Terapia Ocupacional, la salud, la educación, la formación de colegas y los lazos comunitarios aportando a la ampliación de derechos, en espacios de crecimiento colaborativos, respetuosos de las diversidades, y que promuevan formas y modos de vida dignos.

No conozco en profundidad lo que plantea sobre la imaginación Charles Wright Mills, pero he participado en todos los congresos del área y justamente en el último Congreso en Córdoba (realizado en septiembre de 2023) compartía la enorme producción y diversidad temática y metodológica, la potencia de encontrar trabajos que recuperen las experiencias y voces históricas tan ricas, con sus complejidades y tramas. Las producciones de libros, los colectivos de revisión de tradiciones, de recuperación de historias de las primeras terapeutas ocupacionales, los videos, las presentaciones conjuntas entre jóve-

nes e históricos, las conceptualizaciones de articulación teórico prácticas como los nidos, etcétera. Hay mucho ahí para seguir aprendiendo, escuchando, procesando y redimensionando esos discursos y prácticas históricas, emergentes, apasionadas, algunas irreverentes, invisibilizadas muchas veces, y también de les jóvenes, les actuales.

¿Cuáles considerás que son los principales desafíos en la formación de los profesionales de salud, en particular de terapistas ocupacionales?

Formarnos, investigar, compartir equipos y transitar territorios. Ampliar, integrar y humanizar las miradas, sostener las escuchas, profundizar nuestras herramientas de participación e implicación y comunitarias. Porque los procesos de salud y enfermedad, los malestares y los cuidados allí surgen y allí se entraman. Por ende, es nuestra responsabilidad y tarea afianzar nuestros saberes específicos y ponerlos a disposición para transformar los sufrimientos, atendiendo a las particulares y singulares formas en las que en cada situación y comunidad se construya, viva y trame la salud, las formas de cuidar y ser cuidado y la vida.

Nos gustaría que cierres la entrevista como a vos te parezca mejor.

En tiempos complejos como los que transitamos me parece importante preguntarnos, como decía Ignacio Martín-Baró, qué hacemos como profesionales para colaborar en el abordaje de los problemas que aquejan a nuestros pueblos. Es necesario darnos espacios de demora tal como los delinea Cristina Chardón para reflexionar y pensar conjuntamente nuestras intervenciones, sus fundamentos y posicionamientos, pero también para construir participativamente, no solo con otras disciplinas sino con quienes transitan esos espacios, con sus saberes e historias. Entre las lecturas relevantes a mi parecer en estos tiempos que desde Espinoza, Biffo Berardi, Elena de la Aldea, Mimi Langer, Fernando Ulloa, Eva Giberti, Federicci y

tantes otros, recupero estas palabras de Deleuze que evocan algo de lo que me parece importante seguir trabajando

La tristeza, los afectos tristes son todos aquellos que disminuyen nuestra potencia de obrar. Y los poderes establecidos necesitan de ellos para convertirnos en sus esclavos. Los poderes tienen más necesidad de angustiarnos que de reprimirnos. No es fácil ser un hombre libre: huir de la peste, organizar encuentros, aumentar la capacidad de actuación, afectarse de alegría, multiplicar los afectos que expresan o desarrollan un máximo de afirmación. Convertir el cuerpo en una fuerza que no se reduzca al organismo, convertir el pensamiento en una fuerza que no se reduzca a la conciencia.

¡Les agradezco muchísimo! ■

[Recibido: 10/11/23 - Aprobado: 13/12/23]

Referencias

- Bottinelli, MM., Garzón AC. y Nabergoi M. (comps.) (2022) *Tramas en la formación de profesionales de la salud. Investigaciones y experiencias a diez años de la Ley de Salud Mental*. Teseo Press.
- Breilh, J. (2003) *Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Lugar editorial.
- De la Aldea, E. (2019) *Los cuidados en tiempos de descuido*. Lom.
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental. Para la crítica a la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Martín-Baró, I. (1990) *Psicología Social de la Guerra: Trauma y Terapia*. UCA Editores
- Ulloa, F. (2012) *Salud ele-Mental: con toda la mar detrás*. Libros del Zorzal.
- Díaz, F. (Director) (2022) *Desmontar la máquina. Un documental sobre salud mental comunitaria*. [Documental] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=u8yAPiyPUso>.

Cómo citar esta entrevista:

Testa, D. y Albino A. (2023). Entrevista a María Marcela Bottinelli. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(2), 51-57.

Memorias de una profesión feminizada. Terapia ocupacional y salud mental en Argentina 1957-1976

Autora: Mariela Nabergoi (2022). Editorial Universidad Nacional de Lanús, 200 páginas.

Daniela Testa

Daniela Testa

Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Magíster en diseño y Gestión de programas Sociales (FLACSO). Licenciada en Terapia Ocupacional (UNSAM/ENTO). Docente e investigadora Universidad Nacional Arturo Jauretche.

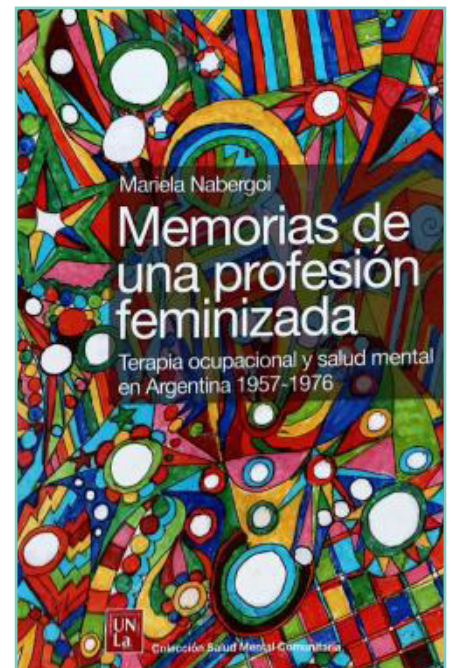
danitestu@gmail.com

Mil y una razones para leer *Memorias de una profesión feminizada*

Hay mil y una razones para leer *Memorias de una profesión feminizada. Terapia Ocupacional y salud mental en Argentina 1957-1976*. Compartiré algunas de ellas, además de otras reflexiones y aportes que el libro ofrece al campo disciplinar de la Terapia Ocupacional.

En primer lugar, conviene explicitar las claves de lectura que guían la organización de esta reseña y que hacen, además, a ciertos criterios personales de valoración como lectora. Me refiero a lo que algunos autores llaman “la máquina de lectura/escritura” (Ludmer, 2010) y que, en este caso, será apenas una reflexión para pensar sobre cómo leemos. Menciono este tema – el de construir escrituras y lecturas– porque es una preocupación que atraviesa nuestra labor, en tanto escribimos y leemos, y además, porque es uno de los hilos que sostiene la trama de este libro. Entre las variadas claves que sus páginas ofrecen destaco tres que organizaron mi lectura: la resolución del texto, la originalidad de la imaginación y la escritura en sí misma.

El aspecto de resolución del texto me permitió leer la suma de elecciones teóricas, las lógicas interpretativas y argumentativas, el punto de vista de la autora, el andamiaje conceptual. Esta dimensión refleja la maestría en la ejecución de las habilidades académicas propias de un trabajo de culminación de un ciclo de posgrado. Proceso que



se ve reflejado a lo largo de los capítulos, por su consistencia, la variedad de fuentes utilizadas, la coherencia interna. Pero deseo destacar que esta obra tiene una particularidad - que disfruté mucho como lectora- y es que presenta, al decir de Guillermo Martínez en *La razón literaria*, “la seducción de la autoridad narrativa” (2016, p. 23). Es decir, el texto discurre con una cierta naturalidad que se abre paso por sí sola. No hay conceptos forzados. Sin salirse de las reglas de escritura académica, los hallazgos que presenta, las reflexiones y el coro de voces que propone resuena de una manera muy afinada. Dicho en palabras más livianas y haciendo un guiño a un poeta: la estructura que Mariela le dio al libro te lleva de la mano y te invita un café.

Luego, con respecto a la originalidad de la imaginación (esto es la facultad que tiene o no un texto de revelarnos algo del mundo que no sabíamos), *Memorias de una profesión feminizada* nos deja ver nuevas aristas. No obstante tratarse de un mundo que de alguna manera nos resulta familiar, sin embargo, nos sorprende, nos renueva la mirada. La originalidad de la imaginación es darnos una nueva forma de comprensión, marcar algo nuevo en lo viejo. Por eso, la originalidad lo es, solo si tiene en cuenta la tradición como medida y como desafío. Ese desafío, el de darnos nuevas formas de comprensión del pasado y del presente – teniendo en cuenta las tradiciones del campo – es otro de los aportes de este libro. Por cierto, creo que algo muy difícil de lograr y que Mariela ha logrado.

Desde una corriente de la historiografía se considera que los relatos históricos construyen sentidos, formas de comprender el mundo, que no solamente revelan sucesos, inflexiones en el devenir del espacio/tiempo sino que señalan inteligibilidades (Jabonkla, 2016). Mariela asume ese posicionamiento – así lo manifiesta desde la primera página – a partir de una cita textual de Emiliano Galende que remite al sentido histórico de la memoria, a la verdad y la justicia. Mariela sostiene y escribe estas *Memorias de una profesión feminizada* desde una posición ética y política que se inscribe en un contexto más amplio de luchas y resistencias por la transformación en y desde el campo de la salud mental comunitaria. Mariela no escribe este libro en un escritorio aséptico, lo escribe mientras enseña, mientras abre caminos y acompaña recorridos. Lo hace mientras transcurre una pandemia que a nadie dejó indemne y trastocó profundamente subjetividades y realidades cotidianas. Todo eso está en este libro. Y todo eso se agradece.

He mencionado, en cuanto a la resolución o estructura del libro, que nos invita a tomar café. Pero es sincero decir que su lectura me ha llevado por un abanico de emociones en el recupero de voces y de hechos del pasado que son tesoros de nuestra historia oral. Sabemos que las posibilidades de activación de la memoria o del silencio y el olvido guardan relación directa con los momentos históricos y las condiciones políticas y sociales coyunturales (Pollak, 2006). En consecuencia, aquellas memorias del sufrimiento y el dolor suelen quedar postergados de los relatos de las memorias oficiales y esperan hasta que estén dadas las condiciones favorables para salir a la luz. Subsisten, entonces, circulantes en las memorias subterráneas y minoritarias, intermitentes. Se dejan entrever y se intuyen a través de las ausencias. En ese sentido, este libro establece conexiones, recoge testimonios, documentos, omisiones y olvidos a través de imaginarios, metáforas y emociones compartidas que necesariamente resuenan en cada lectura.

La socióloga feminista Anne Witz (2013) señala que la relación entre profesión y género estaba ignorada y que es necesario observar cómo se construyeron y consolidaron ciertos proyectos profesionales. Ella insistió en que es necesario observarlos

a la luz de la matriz analítica de las relaciones de género para comprender las especificidades. Eso permitiría explicar por ejemplo cómo – no obstante ocupar posiciones subordinadas – y a pesar de eso, las mujeres construyeron márgenes de autonomía y capacidades de decisión sobre sus propios campos profesionales. Porque hablar de memorias y feminización es hablar de saberes, de poder, de profesiones, de género y de identidades profesionales.

Sin duda, este libro significa un gran aporte para comprender las estrategias de consolidación y expansión de profesiones feminizadas a partir de particularidades propias de la disciplina y del campo socio sanitario. En ese sentido, algo muy interesante, es que permite contrastar con las estrategias de otras profesiones liberales de varones, particularmente aquellas relacionadas con las clases medias en nuestro país (como médicos, odontólogos, arquitectos, escribanos, abogados). Aportes de Ezequiel Adamovsky (2011) señalan que fueron los enfrentamientos y los antagonismos políticos – antes que los intereses gremiales – los que ofrecieron el terreno y las razones para desarrollar sentidos de pertenencia capaces de aglutinar a diversos sectores profesionales. Sin embargo, fueron muy distintas las razones que dieron sustento a la conformación de los espacios asociativos de profesiones feminizadas. Como muestra la investigación de Mariela, para la Terapia Ocupacional (y probablemente haya similitudes con otras profesiones feminizadas), fue la necesidad de cumplir un mandato y de sobrevivir lo que dio sustento a las estrategias y esfuerzos colectivos. Ello demuestra que las múltiples aristas de la feminización, en tanto son y han sido la debilidad y la potencia, la transformación y la permanencia, iluminan realidades paradójicas. También, revela el lugar central de las asociaciones profesionales y el potencial de las universidades como aspectos centrales para la construcción de horizontes y para visibilizar los atravesamientos de poder y las disputas políticas, materiales y simbólicas que atraviesan nuestro campo profesional.

Como dije al inicio, existen mil y una razones para leer este libro por su mirada compleja y por su profundidad. Su trama recorre una etapa fundante de la Terapia Ocupacional; visibiliza aportes a la conformación del campo de la salud mental comunitaria; retoma algunos mitos fundacionales, los recrea, los cuestiona. Corre el velo sobre heridas profundas, silencios y omisiones que nos constituyen como colectivo profesional. Recupera sentidos que no solo remiten el pasado y dialogan con el presente sino que también construyen futuros, en la medida que nos permiten imaginar otros escenarios posibles.

Asimismo, identifica un andamiaje de ideas y prácticas que fueron parte de las condiciones que permitieron el surgimiento de la Terapia Ocupacional y su consolidación, cuestionando las miradas evolucionistas que conciben una trayectoria lineal que va desde la dependencia a la autonomía. Incorpora

la perspectiva de género, lo que permite comprender el lugar de las mujeres en la construcción de las políticas sociales en general y sanitarias en particular. Y problematiza el proceso de politización de la Terapia Ocupacional a partir de los espacios colectivos. Este libro desmantela varios sentidos comunes ligados a una cierta historia oficial de la disciplina que la remite a una respuesta estatal frente al reconocimiento de la epidemia de poliomielitis como un problema de índole pública y a una transpolación de la formación de la escuela británica Dorset House en Argentina. Del mismo modo, cuestiona las visiones que la vinculan a modelos de rehabilitación normalizadores y adaptativos desde un rol de subalternidad como posición relativa en el campo. Por el contrario, muestra procesos heterogéneos de agenciamiento, prácticas de resistencias y de desobediencias que se desarrollaron en lugares, formatos y horarios disruptivos que experimentaron e innovaron.

A la vez, este libro brinda elementos para comprender las complejidades del sistema de salud, recupera trayectorias biográficas y horada la idea de un estado monolítico o de simplificaciones de ciertos procesos.

Por todo lo dicho y porque celebro que sea éste el que inaugura la Colección Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, espero haber demostrado que hay mil y una razones

para leer *Memorias de una profesión feminizada*. Invito a leerlo, gozarlo y pensarlo. También a incluirlo en los programas académicos de las asignaturas de grado y posgrado como una buena práctica de legitimación y difusión de la producción nacional de conocimiento. ●

[Recibido 27/10/23- Aprobado 2/12/23]

Referencias

- Adamovsky, E. (2011) Gremialismo y política en los profesionales universitarios argentinos: el problema de la identidad de clase durante la primera mitad del siglo XX. *Redes*, 17(33), 35-61. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/351>.
- Jablonka, I. (2016) *La historia es una literatura contemporánea. Manifiesto por las ciencias sociales*. Fondo de Cultura Económica.
- Ludmer, J. (2010) *Aquí América Latina*. Eterna cadencia
- Martínez, G. (2016) *La razón literaria. Ensayos y polémicas*. Seix Barral.
- Pollak, M. (1989) Memoria, olvido, silencio. *Revista Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, 2(3), 3-15.
- Witz, A. (2013) *Professions and Patriarchy*. Routledge.

Como citar esta reseña:

Testa, D. E. (2023) Mil y una razones para leer *Memorias de una profesión feminizada*. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 9(2), 58-60.