

Aportes teóricos para repensar el abordaje de Terapia Ocupacional en salas de internación de un hospital general de agudos

Theoretical contributions to reconsider the occupational therapy approach in the inpatient care units of a general hospital

Camila Baigorria | Denise Bustelo | Ana Cafferata | Lucía Grondona | Florencia Itovich

Camila Baigorria

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Abierta Interamericana. Residente de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

cami.baigo@gmail.com

Denise Bustelo

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Ex residente y jefa de residentes de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

denu.bustelo@hotmail.com

Ana Cafferata

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Ex instructora, jefa y residente de Terapia Ocupacional Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Coordinadora del Servicio de Terapia Ocupacional en Clínica Basilea.

anitacafferata@gmail.com

Lucía Grondona

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Residente de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

lu.grondona@gmail.com

Florencia Itovich

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Ex residente de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

floritovich@gmail.com

Resumen

La Terapia Ocupacional (TO) se inserta en el área de agudos hace 22 años en el sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La bibliografía disponible da cuenta de las intervenciones realizadas con el objetivo de prevenir el desacondicionamiento, promover la rehabilitación precoz y garantizar altas seguras. Sin embargo, las características institucionales y de la población, como así también los paradigmas de trabajo, vienen modificándose a lo largo de los años. De esta forma se presenta un escenario de mayor complejidad que exige diferentes caminos de reflexión y razonamiento clínico. El presente escrito surge de la necesidad de registrar los posicionamientos que atraviesan la práctica de TO en salas de internación de un hospital general. Se realiza un recorrido por los siguientes ejes relacionándolos con algunos aspectos de la práctica: paradigma de la complejidad, perspectiva de derechos e interdisciplina. Los mismos aportan a la reflexión y profundización del rol de Terapia Ocupacional en agudos en el ámbito de la Salud Pública.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Salud Pública, hospitales generales, unidades de internación, práctica integral de atención.

Abstract

In the City of Buenos Aires, Occupational Therapy in acute care was included in the public health system 22 years ago. The available literature describes the many interventions made by occupational therapists with the aim of preventing deconditioning, promoting early rehabilitation and guaranteeing safe discharges. However, the public health system conditions and the patients' characteristics, as well as the working paradigm, have changed throughout the last few years. Because of these changes, there is a more complex scenario demanding different approaches and clinical reasoning. This paper has its roots in the need to register the different points of view of the Occupational Therapy's practice in the inpatient care ward. A display of these viewpoints was made taking into account some aspects of our practice: the complexity paradigm, the human rights perspective and the interdisciplinary work. These topics contribute to reflect on and define the Occupational Therapy role in the public health acute care system.

Key words: Occupational Therapy, Public Health, general hospital, inpatient care units, integral healthcare practice.

Este trabajo fue expuesto de forma oral durante las presentaciones que se llevaron a cabo en las XX Jornadas de la Residencia de Terapia Ocupacional del GCBA, celebradas del 31 de agosto al 4 de septiembre de 2020, realizadas de forma virtual desde la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Introducción

El abordaje de Terapia Ocupacional (TO) en hospitales generales de agudos se sistematiza dentro del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el año 1998, a partir de la inserción de las Residencias y Concurrencias en el ámbito de la Salud Pública (Pérez Riffo, 2013).

En el hospital general de agudos donde se encuentra inserta la residencia se brinda atención, entre otras áreas, en internación de Clínica Médica y en la Unidad de Terapia Intermedia. El seguimiento de las personas que se encuentran en unidades de internación se realiza con el objetivo de promover el desempeño ocupacional en la sala y maximizar su estado funcional para el momento del alta (Caillet Bois, *et al.*, 2013). La intervención sobre el desacondicionamiento¹ y la rehabilitación precoz son otros de nuestros objetivos principales, siendo el propósito de esta última mantener la funcionalidad, minimizar la pérdida, optimizar la recuperación y la autonomía (Pérez Riffo, 2013).

Si bien la difusión del rol de TO en agudos es escasa, se cuenta con bibliografía internacional (Britton, *et al.*, 2015; Cheah & Presnell, 2011; Foreman, 2005), y nacional (Illán, *et al.*, 2012; Ocello y Rolfi, 2006; Pérez Riffo, 2006) que avala dicha práctica. Es a partir de ésta que se fundamenta y estructura la mayoría de nuestro trabajo cotidiano en salas de internación. Existe también un registro interno de producciones de residentes (ateneos, actualizaciones, trabajos de fin de rotación) no publicadas y poco difundidas, que en los últimos años ha evidenciado la relevancia de ciertos ejes relacionados a la salud integral que atraviesan la práctica diaria.

En nuestra sociedad, la biomedicina constituye la forma institucionalizada de definir y abordar los Procesos de Salud-Enfermedad-Atención, desconociendo que éstos desbordan lo estrictamente biológico. De este modo, se sostiene una mirada centrada en el predominio de la dimensión orgánica, que tiende a simplificar y fragmentar los padecimientos de las personas y grupos sociales (Brovelli *et al.*, 2015).

El presente escrito surge de la necesidad de actualizar y registrar aquellas perspectivas desde las cuales elegimos posi-

1 Se entiende por desacondicionamiento a "aquellos cambios fisiológicos múltiples inducidos por la inactividad, pero reversibles por la actividad. La inmovilidad y el reposo en cama prolongado producen una capacidad funcional reducida; en un estadio agudo, esto se da dentro de los primeros días a semanas de internación y es por eso que aparece la importancia de la rehabilitación precoz" (Pérez Riffo, 2006, p.4)

cionarnos. Se intentará dar cuenta del trabajo de TO en salas de internación en un hospital general de agudos, desde una perspectiva de Salud Pública, más allá de aquellas intervenciones dirigidas a reducir o minimizar los efectos propios de una internación. Si bien resulta ambicioso pensar en todos los factores que influyen y determinan nuestras prácticas, a los fines de este trabajo haremos un recorte que incluya algunos ejes que definimos no azarosamente exponer: paradigma de la complejidad, perspectiva de derechos e interdisciplina.

¿De qué hablamos cuando hablamos de complejidad?

El trabajo con personas internadas implica tener en cuenta su situación desde múltiples perspectivas, ya que se evidencia una irrupción en la vida de la persona de manera tal que sus rutinas, sus hábitos cotidianos, sus roles, se modifican inmediatamente. Para el abordaje desde la disciplina, es necesario tener en cuenta múltiples factores que hacen a una evaluación integral y un posterior tratamiento que contemple esta variabilidad de aspectos. Por eso, nos urge pensar acerca de la complejidad.

Edgar Morin propone el "método de la complejidad" como paradigma teórico desde el cual se puede investigar e intervenir. Desde este método establece dos ideales positivistas básicos que hay que dejar de lado. El primero, plantea que la complejidad conduce a la "eliminación de la simplicidad": por el contrario, el pensamiento complejo la transforma, ya que posee la característica de unir, de integrar (Salazar, 2004). Se trata de un tejido de eventos, acciones, interacciones, determinaciones y azares, asociado de forma inseparable, que constituye la paradoja de la unidad y lo múltiple (Morin, 1994). La complejidad nace como un concepto que se autogenera: en sí mismo implica incompletud, incertidumbre, e imposibilidad (Raiza Andrade y Cadenas, *et al.*, 2002).

A su vez, para el pensamiento complejo el todo es más que la suma de las partes: no podemos reducir a partes el todo para poder intervenir sobre ellas y de esta manera resolver el todo en su completud. Durante la internación de una persona se observa que se intenta reducir, mediante la especialización, el todo a la parte. Intervenir sobre la parte, sobre lo agudo, sobre lo urgente, es lo necesario frecuentemente para el pensamiento clínico. Sin embargo, la intervención sobre un aspecto de la persona tendrá repercusión sobre el ser humano y su contexto, es decir sobre el todo. El ser humano es un ser biológico, cultural, histórico, político. El sistema en el que vivimos obliga a desunir estas características, de acuerdo a lo que Morin (1994) denomina "paradigma de la simplicidad", que bien separa lo que está ligado (disyunción), o bien unifica lo que es diverso (reducción). Olvidamos que una característica del ser no existe sin la otra; más aún, que una es, al mismo tiempo, la otra.

El segundo ideal positivista que el pensamiento complejo intenta derribar implica la idea de que es completo: no podemos caer en la totalidad como un absoluto (Salazar, 2004). Todo lo que conocemos es inacabado, por ello entendemos que no podremos nunca conocer todo acerca de las personas con las cuales trabajamos.

Morin (1994) plantea además que los problemas de nuestro tiempo no pueden ser entendidos aisladamente. Las problemáticas están interconectadas y son interdependientes. El mundo no está sólo constituido por relaciones, sino que en él emergen realidades dotadas de una determinada autonomía (Salazar, 2004). Entendemos que más allá de nuestras intervenciones, estas realidades se auto organizan y además es necesario vincularlas al “contexto de los contextos”. ¿De qué instituciones formamos parte? ¿Qué leyes nos amparan? ¿Cuál es la cultura del lugar en el que trabajamos? El contexto, tanto el próximo como el global, modifica las situaciones particulares.

Relacionado con la idea de autonomía, se encuentra la idea de sujeto². En palabras de Morin (1994), ser sujeto implica al mismo tiempo autonomía y dependencia. Se trata de un concepto complejo ya que depende de condiciones culturales y sociales. Se nutre “(...) de dependencia; dependemos de una educación, de un lenguaje, de una cultura, de una sociedad, dependemos (...) también de nuestros genes” (Morin, 1994, p. 61). La libertad de elección, de conducta, se ejerce dentro de las opciones que nos son ofrecidas y eso es lo que la hace compleja: cada quien es, dentro de la variabilidad de ideas que nos ofrece nuestra cultura (Morin, 1994). El sujeto complejo, en tanto ser con autonomía, además tiene la capacidad de organizar a su entorno. Puede generar un impacto en sus grupos de pertenencia y así transformarlos, para lo cual toma información, energía y organización del mundo que le rodea (Pozzoli, 2006). Si bien se trata de una noción abstracta, entendemos que comenzar a pensarla e incorporarla es necesario para la revisión de la praxis diaria.

El paradigma de la complejidad es amplio en sus conceptualizaciones y nos acerca múltiples cuestionamientos sobre nuestras prácticas. Como profesionales en formación, entendemos la importancia de esta perspectiva para continuar trabajando como agentes de salud y la consideramos fundamental para establecer las diversas maneras de reflexionar y abordar las problemáticas.

Rescatando la perspectiva de derechos en la sala de internación

Las perspectivas transversales que se exponen en el presente escrito son producto de un contexto local, nacional e interna-

² Entendemos a la idea de sujeto como un concepto de Morin (1994), el cual es utilizado en masculino, pero sin intención de hacer una distinción de género, sino como una expresión del lenguaje que reconoce y abarca a la diversidad humana.

cional que en el último tiempo fue transformándose a gran velocidad. Esto produjo una ampliación del marco legislativo de los Derechos Humanos en nuestro país, en íntima relación con la expresión y el reconocimiento de distintos movimientos sociales³. La Declaración de los Derechos Humanos posiciona a la persona como titular de los derechos establecidos, y a la vez sitúa al Estado como único responsable de garantizar el respeto de los mismos y, por lo tanto, el único en condiciones de violarlos (Aguilar, *et al.*, 2012). Como empleadas del sistema público de salud nos compete velar por la garantía de lo establecido por estas leyes a través de nuestras acciones cotidianas.

Schuftan (2007), refiere que el cambio de paradigma desde un enfoque de necesidades humanas básicas a uno de derechos humanos legitima el acto de reclamar. Representa el pasaje de la noción de “caridad y benevolencia” al de “obligaciones y deberes”, y agrega la necesidad de llevar estos conceptos a programas y acciones de empoderamiento de las personas. En palabras de Abramovich y Pautassi (2009), se trata de otorgar poder a las poblaciones más excluidas y vulneradas mediante el reconocimiento de sus derechos.

Sin embargo, esta tarea no sucede sin resistencia institucional, la cual perpetúa dinámicas de subordinación de las personas usuarias del sistema de salud, considerándolas receptoras de intervenciones o “beneficiarias”, incapaces de reclamar o de ser autónomas (Abramovich y Pautassi, 2009). La experiencia diaria en las salas de internación evidencia que la población con la que trabajamos percibe sus derechos vulnerados con frecuencia, incluso denuncian “la falta de interés y de responsabilidad de los diferentes servicios en relación a su persona y a su problema, por lo que manifiestan sentirse inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, despreciados y no respetados” (Merhy, 2006, citado en Morán y Pratto, 2014).

Como agentes de salud en un hospital público, Berra *et al.*, (2002) proponen evitar actuar como un obstáculo institucional más en el acceso a derechos. Esta dinámica suele desprenderse de la rigidez de la estructura hospitalaria y conduce a la naturalización ante la falta de cumplimiento constante de los mismos. Es indispensable para lograrlo la problematización de lo cotidiano, con el fin de reconocer la violencia en las prácticas hospitalarias que atentan contra la intimidad y subjetividad de las personas. Estas prácticas se reconocen en

³ Declaración de los Derechos Humanos (1948) con carácter constitucional en Argentina desde 1994, Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley N° 153, 1999), Programa de Salud Sexual (Ley N° 25.673, 2002), Ley de migraciones (Ley N° 25.871, 2003), Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (Ley N° 26.378, 2008), Ley de protección integral de las mujeres (Ley N° 26.485, 2009), Ley de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud (Ley N° 26.529, 2009), Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010), Ley de identidad de género (Ley N° 26.743, 2012), entre otras.

la multiplicidad de intervenciones médicas y no médicas realizadas sin consentimiento verbal previo de las personas internadas: destapar, movilizar, higienizar, pinchar, sacar fotos, entre otras. En este sentido, Veríssimo y Sousa (2014) refieren que “la atención de la salud basada en la búsqueda incesante de la dignidad humana resulta esencial frente a una realidad tan individual, compleja y única como el sufrimiento” (citado en Lobo Herrera, 2016, p.5).

En la búsqueda por garantizar algunos de estos derechos, nos proponemos adoptar una actitud transversal que habilite ante todo la posibilidad de las personas internadas de involucrarse activamente en la toma de decisiones respecto de su propia salud. Según Veríssimo y Sousa (2014), la comunicación puede ser un instrumento que apunta a la humanización de la atención en salud (citado en Lobo Herrera, 2016). Una de las maneras de promover dicha toma de decisiones surge mediante el manejo de la información, que entre otros aspectos evalúa: qué y cómo se transmite, quién lo recibe, qué es lo que la persona conoce previamente, qué desea saber. Rovere (1998), considera a la circulación de esta información de manera comprensible y pertinente como una herramienta fundamental en los procesos de empoderamiento y autonomía de la población (citado en Bañuelos, 2013). Tomamos a ésta como una práctica que posiciona a la persona como sujeto⁴ de derechos.

En la misma línea, se intenta: establecer los objetivos de tratamiento de manera conjunta con la persona internada, priorizar la escucha por sobre la indicación, considerar su disponibilidad para participar en la sesión, promover la autonomía en la elección, planificación y ejecución de actividades cuidando la intimidad y respetando sus ideas, creencias y valores. Todas estas son vías posibles que, como profesionales de salud, encontramos para colaborar en la garantía de derechos. Hemos de tener en cuenta que esto se da en un escenario institucional y contextual complejo, que muchas veces funciona como obstaculizador.

Para problematizar estas situaciones y con el fin de correr el rol de reproductoras de prácticas que vulneran derechos, utilizamos algunas herramientas que se basan en la reflexión colectiva: pases internos, reuniones de equipo, supervisiones internas y externas. Estos encuentros pueden darse tanto en intercambios disciplinares como con otras profesiones.

La interdisciplina como ideal

El interés en presentar este eje está relacionado con la posibilidad de pensar nuestra práctica como compleja, a los fines

⁴ La expresión “sujeto de derechos” es un concepto extraído de las ciencias jurídicas. El mismo se utiliza en este escrito en masculino sin intención de hacer una distinción de género, sino reconociendo y abarcando a todas las personas en su diversidad humana.

de comprender y operar una realidad cada vez más difícil de abordar desde un esquema tradicional. Retomando los aportes de Morin (1994), se pretende comenzar desde el reconocimiento de una incompletud disciplinar para comprender e intervenir en ésta realidad.

La mayoría de la bibliografía que conceptualiza el enfoque interdisciplinario gira en torno a dispositivos de salud mental (Carballeda, 2001; Gandolfi y Cortázar, 2006; Stolkiner, 2005). Sin embargo, es un concepto y un modo de abordar la práctica que debería atravesar a todas las instituciones, dispositivos y equipos de trabajo.

La interdisciplina como estrategia metodológica nos aporta una visión global e integral para una mejor comprensión de la situación. Supone voluntad, producto incluso, de un acto consciente. El simple planteo de ella implica considerar el aporte de otros campos disciplinares y el intercambio y construcción de nuevos métodos. Esto requiere un proceso, una continuidad, intencionalidad y corresponsabilidad. Pasar de una metodología que toma “el caso”, lo aísla de su contexto para estudiarlo y tratarlo, a pensar en aquellas “situaciones problemáticas”, dentro de su contexto, implica ciertos cuestionamientos y movimientos respecto a los saberes y prácticas disciplinares (Zerbino, 2007).

Tan necesario se considera la configuración de espacios interdisciplinarios, capaces de conceptualizar los problemas de forma compleja, como la construcción de equipos interdisciplinarios para el abordaje y búsqueda de alternativas de solución a los mismos. Pensar la interdisciplina deviene fundamental si tenemos en cuenta el “escenario atravesado por la incertidumbre, el incremento de las desigualdades y el crecimiento de la exclusión social” (Carballeda, 2001, párr. 3). Animarnos a pensar y actuar junto a otras personas, a nuevas formas de diálogo, a aproximarnos a la problemática desde las diferentes aristas que presenta, resulta en el mejor de los casos, una vía de acción posible.

El abordaje interdisciplinario en un hospital general de agudos implica de antemano pensar en su estructura, jerarquías, lógicas y relaciones de poder que operan, lo atraviesan y condicionan conductas en el personal profesional y las personas usuarias que lo habitan. Probablemente la inmediatez con la que se pretende resolver el cuadro clínico propia del dispositivo agudo obstaculiza el encuentro entre diferentes profesionales, tanto en espacios formales como informales. La relación entre las disciplinas debe ser provocada, no un mero encuentro fortuito.

Actualmente son variadas y diversas las profesiones que integran el hospital general: Kinesiología, Nutrición, Enfermería, Trabajo Social, entre otras. La estructura hospitalaria plantea un escenario de circulación continua del personal en formación (residentes, concurrentes, rotantes, cursistas). Con fre-

cuencia se observa que la conformación de grupos de trabajo se arma y desarma según lo requiera la situación de la persona internada. Ambas características se destacan como aspectos constitutivos y determinantes al momento de pensar los equipos de salud. La modalidad de comunicación que prima es la de interconsulta, frecuentemente informal, sin contar con un espacio ni tiempo definido.

Intentando buscar alternativas a lo complejo de trabajar de forma fragmentada, desde el año 2016, desde Terapia Ocupacional se propuso instalar un “pase de clínica médica” quincenal o semanal, según la demanda. Este espacio tiene como finalidad: fortalecer el vínculo entre diferentes profesionales que asisten a la sala de internación (Kinesiología, Trabajo Social y TO) así como también, establecer objetivos en común, compartir percepciones y planificar estrategias en conjunto (Battaglia, *et al.*, 2019; Bustelo, *et al.*, 2017). A lo largo del tiempo, se han instituido distintos canales de comunicación, elementos que tienden a fortalecer el lazo del equipo. En este sentido, se cree que el lugar, el tiempo y el registro son elementos que contribuyen a su construcción y sostén. Otro esfuerzo por favorecer una comunicación más fluida se relaciona con la inclusión de las residentes de TO en los pases específicos de salud mental y clínica médica, en pos de promover un abordaje integral.

Cabe destacar que la interdisciplina puede presentarse también como un espacio de conflicto, ya que al traspasar las fronteras disciplinares se producen tensiones, que van más allá de los discursos interdisciplinarios, las acciones cotidianas y las relaciones entre ellos. Asumirlo facilita pensarlo como un proceso dinámico, con avances y retrocesos, que en definitiva enriquece la práctica.

Sabemos que es difícil, pero creemos que es necesario que haya un espacio de consenso, de acuerdos en torno a determinados principios. En este sentido, nos referimos a una concepción integral de la salud, que encuadre las acciones desde una perspectiva de Derechos Humanos, promoviendo una “(...) actitud de respeto hacia las personas y comunidades destinatarias de las acciones y una ubicación del saber disciplinario en un contexto de diálogo con otros saberes (...)” (Gandolfi y Cortázar, 2006, p.4).

La interdisciplinariedad proporciona interesantes motivaciones y desafíos. “Es la clave para entender la complejidad del mundo que nos ha tocado vivir, que no admite explicaciones simplistas” (Morin, 2005, citado en Calienni, *et al.* 2009, p.41). Reconocer a la interdisciplina viene de la mano de entender la complejidad de la realidad social y la multideterminación de las problemáticas de salud. Es por ello, que debe estar presente en la definición del problema, en el diseño de la intervención y en la intervención propiamente dicha.

Si bien se reconoce que la interdisciplina aparece como ideal o aspiracional, se cree que es hacia y desde ella donde tienen

que pensarse, crearse y dirigirse nuestras intervenciones y, por ende, desplegarse nuestras prácticas.

Conclusiones

Los ejes desarrollados a lo largo de este escrito buscan profundizar aquellos lineamientos que guían nuestro paso por las salas de internación en un hospital de agudos. Como terapeutas ocupacionales creemos en la importancia de trasladarlos a cualquier área en la que nos incluyamos para intentar garantizar una atención humanizada, subjetivante y de calidad.

Creemos que en un inicio el registro de la práctica en agudos requirió de la incorporación de un lenguaje más técnico asociado a la biomedicina para avalar la introducción y pertinencia de la profesión en este ámbito. El recorrido realizado desde entonces por las distintas profesionales del área nos habilita a profundizar sobre la reflexión en relación al abordaje de situaciones cada vez más complejas y de mayor vulnerabilidad.

Reconocemos que al dividir estos ejes en apartados se corre el riesgo de la fragmentación que justamente se pone en cuestión a lo largo del escrito, provocando involuntariamente la reducción de la complejidad a algunas de sus partes. Sin embargo, consideramos dicha contradicción como inherente a la temática y soportarla es necesario para plasmar la relación entre estos ejes y las intervenciones realizadas.

La intención de incorporar una mirada desde el paradigma de la complejidad propone evitar caer en la simplificación de las situaciones que se nos presentan, en la disociación de sus componentes, aunque a veces se muestre como la respuesta más rápida y sencilla. A su vez, esta perspectiva nos remite a la necesidad de encuadrar nuestras intervenciones dentro de lo posible y abarcable durante una internación. En este sentido, retomamos la reflexión mencionada previamente respecto de la inmediatez que caracteriza a los dispositivos agudos, en donde el sistema de salud público demanda la resolución veloz de los distintos cuadros clínicos que presentan las personas internadas, priorizando por sobre todo al “recambio de camas”.

Esto indefectiblemente condiciona nuestra práctica, nos lleva como profesionales de salud a intentar “acotar” intervenciones, reuniones e intercambios verbales, tanto en el encuentro con pacientes como entre profesionales, para que se adapten a ese encuadre. Sin embargo, encontramos que suele ser la falta de tiempo para estos intercambios la que muchas veces entorpece los procesos y obstaculiza el acceso a derechos básicos como la salud.

Es precisamente el reconocimiento de las limitaciones propias de este contexto junto con la complejidad de las situaciones que viven las personas usuarias del sistema de salud, las que nos obligan a detenernos, cuestionar nuestras prác-

ticas, consultar. Nos arriman a formas colectivas de trabajar y reflexionar, dentro y fuera de la disciplina, y esto conduce a intervenciones que apuestan a una salud integral. Sin desconocer los desafíos que esta modalidad supone, reconocemos la importancia de forjar y sostener estos espacios de cuestionamiento e intercambio, en donde se busca ampliar la mirada y que prevalezca la escucha, al mismo tiempo que nos posibilita soportar la falta de respuestas.

Queremos destacar que en la práctica diaria no abundan las certezas sobre la totalidad de nuestras intervenciones, pero sí podemos dar cuenta de la mirada y el posicionamiento que intentamos adoptar en el razonamiento clínico. Para finalizar, retomamos las palabras de Morin (1994): “(...) la conciencia de la complejidad nos hace comprender que no podremos escapar jamás a la incertidumbre y que jamás podremos tener un saber total: la totalidad es la no verdad” (p. 64). Continuar profundizando acerca de estos lineamientos es crucial para contribuir al fortalecimiento del rol de Terapia Ocupacional en el ámbito de Salud Pública.

Agradecimientos

Queremos agradecer a la Licenciada en Terapia Ocupacional Cecilia Popritkin, por su aporte en el aspecto teórico y en la guía hacia la búsqueda del sentido/espíritu de este escrito. También, agradecer a la Traductora de Inglés Micaela Iribarren Pisos por colaborar en la traducción al idioma inglés del resumen. ■

[Recibido: 7/5/21 - Aprobado: 30/10/21]

Referencias

- Abramovich, V. y Pautassi, L. (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales. En *La revisión judicial de las políticas sociales. Estudios de casos*, (pp. 279-340). Editores del puerto.
- Aguilar, M. S., Astudillo, S. y Calzón Fernández, Y. G. (2012). *¿Qué es esto de los derechos humanos?: apuntes para una reflexión crítica: historias, documentos, conceptos y actividades*. Instituto Espacio para la Memoria.
- Bañuelos, C., Cernadas Fonsalías, C., Dakessian, M. A., Kielmanovich, M. y Pierri, C. (2013). La formación en la perspectiva de derechos en la residencia interdisciplinaria de educación para la salud (RIEpS) en el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires. [Archivo PDF] https://www.psi.uba.ar/academica/carreasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/publicaciones/banuelos.pdf
- Battaglia, G., Bustelo, D., Illán, V., Itovich, F., Jofre, M., López, M. F., Morán, N., Otero, G., Ottonello, M. y Pepino Rivarola, J. (28 de junio de 2019). *Integrando saberes: Un espacio para potenciar las prácticas en salud*. I Jornada en Gerontología y Geriatria. Buenos Aires, Argentina.
- Berra, A.; Crosta, A., Dakessian, M. A., Grigaitis, L., Jait, A., Lockett, M. y Otsubo, N. (2002). La Promoción de los Derechos: una propuesta de trabajo en salud. *Salud y Población. Cuadernos de capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de educación para la Salud*. (3), 18-28.
- Britton, L., Rosenwax, L., y McNamara, B. (2015). Occupational therapy practice in acute physical hospital settings: evidence from a scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(6), 370-377. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12227>
- Brovelli, K., Castrogiovanni, N., Morán, N., Otero, G., Pratto, L., Quiroga, M., Ruíz Díaz, C., Venuto, M. J. y Vezzetti, M. (2015). Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (78), 1-18.
- Bustelo, D., Illán, V., Jofre, M., Knudsen, M. L., López, M. F., Morán, N., Otero, G., Ottonello, M., Pelagagge, F. y Pepino Rivarola, J. (2-6 de octubre de 2017). Aprender a trabajar en equipo. *Ambiente laboral saludable en el área de salud. XLI Jornadas Científicas Interdisciplinarias*. Hospital General de Agudos “Dr. Enrique Tornú”. Buenos Aires, Argentina.
- Caillet-Bois C., Hernández, M., Giantinoto, J., Hernández, M., Murray, S. y Popritkin, M. C. (2013). *Esto no es todo. Estrategias posts-altas hospitalaria*. [Trabajo sin Publicar]. Hospital General de Agudos “Dr. Enrique Tornú”.
- Calienni, M., Martín, A. M., y Moleda, M. (2009). Sobre el trabajo social, la complejidad de los territorios de intervención y la interdisciplina. *Revista de Trabajo Social Plaza Pública*, 2(2), 37-45.
- Carballeda, A. J. M. (2001). La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (23).
- Cheah, S., & Presnell, S. (2011). Older people's experiences of acute hospitalisation: An investigation of how occupations are affected. *Australian occupational therapy journal*, 58(2), 120-128. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00878.x>
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A (III). Asamblea General de las Naciones Unidas, París, Francia, 10 de diciembre de 1948.
- Foreman, J. (2005). Occupational therapists' roles in intensive care. *Occupational Therapy Now*, 7(2), 15-18.
- Gandolfi, A., y Cortazar, M. (2006). *El desafío de la Interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud* [Archivo PDF]. https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_El%20desafio-de-la-interdisciplina.pdf
- Lobo Herrera, J. (2016). *Compasión como herramienta en Terapia Ocupacional*. [Trabajo sin publicar]. Residencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Morán, N., y Pratto, L. (2014). La dimensión del cuidado en las instituciones de salud. Una mirada desde el Trabajo Social. En Arias, A., García Godoy, B. y Manes, R. (comp.) *Trabajos seleccionados: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad / Marcela Benegas ... [et.al.]* (pp.317-331) Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/Debates-en-torno-a-la-construccion-de-intitucionalidad.pdf>

- Morin, E. (1994). El paradigma de la complejidad. *En Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa. 54-71
- Ocello, M. G. y Rolfi, F. (2006). Terapia Ocupacional en un hospital general de agudos. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 4, 1-8.
- Pérez Riffo, M. (2006). Terapia Ocupacional en un hospital general de agudos. [Trabajo sin publicar]. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Pérez Riffo, M. (2013). Terapia Ocupacional en un hospital general de agudos de la ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13(2), 99-112. <https://doi:10.5354/0719-5346.2014.30220>
- Pozzoli, M. T. (2006). El sujeto de la complejidad. La construcción de un Modelo Teórico Transdisciplinar (eco-psico-sociohistórico-educativo). *Polis. Revista Latinoamericana*, (15).
- Raiza Andrade y Cadenas, E., Pereira, L., Torres, A. y Pachano, E. (2002). El Paradigma Complejo. *Cinta de Moebio: Revista de epistemología de Ciencias Sociales* (14), 236-279.
- Salazar, I. C. (2004). El paradigma de la complejidad en la investigación social. *Educere*, 8(24), 22-25.
- Schuftan, C. (2007). Un enfoque puntual de los principios y los temas clave de los derechos humanos aplicados a la salud, *Medicina Social*, 2(2), 78-90.
- Stolkiner, A. (2005, 7 y 8 de octubre). Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización, Posadas, Argentina.
- Zerbino, M. C. (2007). Intervenciones en situaciones de alta complejidad. [Archivo PDF] http://web.archive.org/web/20160910084404/http://porlainclusionmercosur.educ.ar/mat_educativos/zerbino.pdf

Cómo citar este ensayo:

Baigorria, C., Bustelo, D., Cafferata, A., Grondona, L. e Itovich, F. (2021). Aportes teóricos para repensar el abordaje de Terapia Ocupacional en salas de internación de un hospital general de agudos. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 88-94.