

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.