



# REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Año 5 - N° 1  
Julio 2019  
ISSN 2469-1143



## Editorial

# Generar sinergia y participar nos permite avanzar

Sara María Daneri

### Sara María Daneri

Terapista Ocupacional egresada de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (1978). Lic. en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín (2006). Profesional de planta del Hospital José T Borda (CABA), 1980-1986. Jefa de Servicio de T.O Hospital José T. Borda. Docente de práctica pre profesional estudiantes ENTO y Universidad Nacional de Mar del Plata. 1987-2012. Miembro del Comité de Bioética y Comité de Ética en Investigación del Hospital José T. Borda, desde 1994. Colaboradora docente de la Residencia de TO del GCBA. Colaboradora docente Cátedra de Bioética y DD.HH Facultad de Psicología, UBA. Coordinadora local Programa de Concurrencia en Terapia Ocupacional Hospital José T. Borda. Ex Docente de la UNSAM. Docente Titular interina Inst. Univ. Gran Rosario (UGR). Jurado de tesinas de grado de Licenciatura de Terapia Ocupacional del UGR. Directora de Tesinas de Grado de la carrera de la Licenciatura de Terapia Ocupacional UGR. Maestranda en Ciencias Sociales y Humanidades-mención Sociología-Universidad Nacional de Quilmes. Realizó presentaciones en Congresos, Jornadas Científicas y publicaciones vinculadas a la profesión.

saramdaneri@gmail.com

revistatoargentina@gmail.com

Las prácticas en Terapia Ocupacional sustentadas en las propias experiencias desde hace varios años e inclusive previas a la formulación de las actuales políticas públicas, impulsaron de modo gradual al colectivo de terapeutas ocupacionales y hasta con sigilo, a desarrollar intervenciones por fuera de los ámbitos públicos y privados que históricamente nos fueron asignados.

Los y las colegas que se desempeñaban en aquellos espacios institucionales cerrados como hospitales monovalentes, residencias geriátricas, instituciones de menores, fueron cuestionando tales modos de atención en la búsqueda de abrir las puertas a la vida del mundo real. Ese que de manera cotidiana transitamos para ir a estudiar, trabajar, realizar trámites o hacer las compras.

En este espacio común, no sólo se entramaron e iniciaron las primeras experiencias de Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud y Rehabilitación Basada en la Comunidad, sino también se puso en debate nuestra función dentro de las instituciones totales, en un contexto de gran inestabilidad socioeconómica y política como sucedió hacia fines de la década de los años 80. Se iniciaban las primeras prácticas en el país de lo que hoy conocemos como Terapia Ocupacional Social, que se profundizarían en los años 90.

Este proceso de transformación en las prácticas, métodos y nuevas teorías se produjeron de un modo más acelerado, que los cambios en la generación de puestos de trabajo y de inclusión en diversas políticas públicas en las que los y las terapeutas ocupacionales pueden insertarse por su formación y perfil profesional. Pero pese al avance en la apertura de nuevos campos de ejercicio profesional para Terapia Ocupacional, no es frecuente que pensemos en él, aunque atravesamos no sólo toda nuestra vida laboral y personal, sino también nuestro día a día.

De alguna manera todos y todas conocemos o estamos en conocimiento de situaciones irregulares en el ejercicio de nuestra profesión, como lo hacía público hace pocos días una colega de la Asociación Bahiense de Terapia Ocupacional, de ofertas engañosas de formación que van desde cursos de asistentes, auxiliares y tecnicaturas que van en detrimento de nuestra formación de grado universitario. Acciones que se contraponen y perjudican la profesión, la que comenzó en el año 1963 en nuestro país y cuya jerarquización ha sido producto del trabajo continuo y comprometido de colegas que nos han precedido.

Desconocer los esfuerzos de quienes han dedicado horas a recorrer escritorios, seguir expedientes, organizar audiencias, posponiendo su tiempo de vida personal y profesional y más allá de quien lo haya dicho, en este caso, quienes olvidamos nuestra historia estaremos condenados a repetirla, quizás por ello a 60 años de conmemorar la creación de la Terapia Ocupacional en la Argentina, aún poco son quienes se abocan a defender y proteger nuestro derecho a trabajar en condiciones dignas.

Es así, que no deja de sorprendernos por más que los “valores neoliberales” se hayan filtrado en nuestro pensar y actuar, lo cual se hace evidente en la escasa *participación social* de nosotros en los espacios que nos representan, la carencia de organizaciones en jurisdicciones que por el número de graduados residentes no sería impedimento, la falta de respuesta y continuidad en las acciones sobre las que solicitan asesoramiento a la AATO.

Sin embargo, de manera paradójica instamos a las personas que acompañamos en sus procesos de salud-enfermedad, atención y cuidados a su inclusión social, colocando en valor la participación social.

Vale preguntarnos en voz alta: ¿y por casa como andamos? Por lo visto, nada bien, por el contrario, cuando a la propuesta de agruparnos respondemos con sospechas, dudas, desconfianza, cuando silenciamos situaciones irregulares y sabemos de ellas, cuando bajamos los brazos, cuando perdemos la noción de colectivo profesional y nos dejamos seducir por promesas que a ciencia cierta desconocemos si son factibles, cuando miramos para otro lado o peor aún justificamos cada una de estas situaciones.

Nada bien estamos, cuando esperamos que las organizaciones de Terapia Ocupacional nos den respuesta a nuestras necesidades, inquietudes y preguntas por el simple hecho de ser terapeutas ocupacionales y considerar que estas *deben* dar respuesta, sin tener en cuenta el tiempo voluntario que quien brinda esa respuesta es un colega que está dejando, aunque fuera una mínima parte de su tiempo de vida para responder, orientar y asesorar.

Nada bien estamos cuando nos fragmentamos a través de propuestas ajenas a nuestro colectivo profesional que, por las

múltiples formas de ejercerla Terapia Ocupacional, sea por nuestros campos de actuación, por los grupos etarios, por los marcos teóricos, por las modalidades de abordajes, nos olvidamos de nuestra pertenencia de base. Porque si bien así es la Terapia Ocupacional multifacética, plural, en la defensa y protección de las condiciones en las que trabajamos, de nuestros derechos como trabajadores y trabajadoras deberíamos ser *UNA*.

Por esta razón con los medios y recursos a nuestro alcance desde hace más de 20 años en AATO organizamos el capítulo de ejercicio profesional, para defender y proteger nuestro derecho a condiciones dignas de trabajo, paradar respuesta tanto a las necesidades profesionales individuales como a las problemáticas colectivas o de un determinado grupo de colegas que tuviera afectada o restringidas sus intervenciones como terapeutas ocupacionales.

Para garantizarlos derechos reconocidos como trabajadores y trabajadoras del campo de la salud, educación, justicia, comunidad no es suficiente con la existencia de políticas públicas que nos incluyan, de normas o leyes que nos regulen sino de acciones del conjunto del colectivo de terapeutas ocupacionales que organizados a lo largo y ancho de nuestro país las garanticen.

Como mencionan las colegas Agustina García Sartirana y Andrea Albino (2019) en su editorial del número anterior, en este sentido también es necesario y fundamental una posición política y ética, poner el tiempo y el cuerpo para gestionar, articular acciones, insistir, persistir y otras resistir los embates y frustraciones con las que el estado nos responde, sin abandonar la lucha por un trabajo en condiciones dignas de atención en tiempo, número de personas, recursos, equipamiento, de remuneración y oportunidades de capacitación permanente. ■

---

#### Cómo citar:

Daneri, Sara M. (2019). Generar sinergia y participar nos permite avanzar *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 1-2.



# Procesos y experiencias en las prácticas de Terapia Ocupacional en comunidad en la ciudad de Santa Fe y alrededores, Argentina

Processes and experiences in Occupational Therapy practices in community in the city of Santa Fe and surroundings, Argentina

Valentina Vinzón | Lilian Magalhães | Mariela Nabergoi

## Valentina Vinzón

Licenciada en Terapia Ocupacional (UNL, Argentina), Magister en Terapia Ocupacional (UFSCar, Brasil). Especialización en Epistemologías del Sur (CLACSO). Docente de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional en UNL. Directora del área Derechos Humanos, Género y Diversidad Sexual (Municipalidad de Villaguay, E.R.).

vinzonvalentina.88@gmail.com

## Lilian Magalhães

Licenciada en Terapia Ocupacional (Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, Brasil), Magister em Educacion (UNICAMP, Brasil), Doutora em Saude Coletiva (UNICAMP, Brasil), Pos-doutorado em Saude e Trabalho (Institute for Workand Health, Toronto, Canada). Professora adjunta (UFSCar, Brasil), Professor Emeritus (University of Western Ontario, Canada)

limgalhaes@ufscar.br

## Mariela Nabergoi

Licenciada en Terapia Ocupacional (UBA, Argentina), Especialista en Metodología de la Investigación (UNLa, Argentina), Doctora en Salud Mental Comunitaria (UNLa, Argentina). Docente en las carreras de Terapia Ocupacional en UBA y UNSaM, en la Especialización de Terapia Ocupacional Comunitaria (UNQ) y en la Maestría y Doctorado en Salud Mental Comunitaria (UNLa)

mnabergoi@yahoo.com.ar

## Resumen

Se presenta una síntesis de los resultados y discusiones de la tesis de maestría de la primera autora, realizada en el Programa de Posgrado en Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Carlos – São Paulo, Brasil. Este estudio, cualitativo, se posiciona en la perspectiva socio-crítica, para describir y analizar los procesos y las experiencias de quienes participan en propuestas de Terapia Ocupacional a nivel comunitario, en relación con los cambios que éstas generan en su cotidiano y proyectos de vida y, también, conocer cómo las terapeutas ocupacionales co-construyen dichas prácticas. Primero se realizó una revisión panorámica de literatura y, en una segunda etapa, se desarrolló una investigación colaborativa, estudiando tres propuestas de Terapia Ocupacional en ámbitos comunitarios de la ciudad de Santa Fe y alrededores (Argentina). Se realizaron observaciones participantes, entrevistas a usuarias/os y terapeutas ocupacionales y se implementó una adaptación de la metodología Photovoice. Los resultados muestran que estas prácticas comunitarias de Terapia Ocupacional –vinculadas con la economía social y solidaria–, constituyen un espacio de participación fundamental para las/os usuarias/os en la construcción de condiciones para la autonomía socio-económica, la formación de vínculos de soporte, la proyección de un porvenir de posibilidades.

**Palabras clave:** Prácticas de Terapia Ocupacional, comunidad, servicios sanitarios, terapeutas ocupacionales, procesos y experiencias.

## Abstract

*We present a synthesis of results and discussions of a master's thesis performed by the first author, carried out in the Post Graduate Program in Occupational Therapy of the Federal University of São Carlos - SP, Brazil.*

*This qualitative study is positioned within the socio-critical perspective to describe and analyze the processes and experiences of those who participate in Occupational Therapy proposals at a community level, in relation to the changes they generate in the daily lives and projects of participants. Also, we aimed at understanding how occupational therapists co-construct such practices. First, a literature review was carried out and, in a second stage, collaborative research was developed, focusing on three Occupational Therapy proposals in community settings in the city of Santa Fe and surroundings, Argentina. Participant observation, interviews with users and occupational therapists were carried out and an adaptation of the Photovoice methodology was implemented. The results show that these Occupational Therapy community practices, linked to social and solidarity economy, constitute a fundamental space of participation for the users in the construction of conditions for socio-economic autonomy, the formation of support networks, and the projection of a future of possibilities.*

**Key words:** Occupational Therapy practices, community, ambulatory care, occupational therapists, processes and experiences.

## Introducción

La historia reciente de la Terapia Ocupacional latinoamericana acusa una preocupación creciente por las problemáticas socio-comunitarias que afectan el cotidiano de las personas (Navarrete Salaset al., 2015). Entendiendo a la comunidad como contexto de participación para un bienestar construido conjuntamente (Bauman, 2006) y como espacio fundamental de práctica y visibilización de la Terapia Ocupacional (TO), ésta requiere más estudios en la disciplina.

En este artículo presentamos un resumen de los resultados y discusiones de la tesis de maestría de la primera autora, realizada en el Programa de Posgrado en Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Carlos – São Paulo, Brasil, en la línea de investigación “Redes sociales y vulnerabilidad”, con la orientación de la Dra. Lilian Magalhães y la participación de la Dra. Mariela Nabergoi, como consultora externa.

## Prácticas comunitarias de Terapia Ocupacional en Argentina y la región

Las prácticas comunitarias de Terapia Ocupacional en Sudamérica no son recientes, las primeras experiencias datan de finales de 1960, desarrollándose con diferentes poblaciones y fundamentos, no obstante, éstas eran escasas y sin sistematización (Barros, Lopes & Galheigo, 2007). Según Oliver, Galheigo, Nicolau y Caldeira (2016), las prácticas de TO en comunidad pueden ayudar a afrontar las problemáticas en la vida cotidiana y territorios de personas con discapacidad y de aquellas en situación de ruptura de las redes sociales y de soporte. Para ello, aclaran, es indispensable entender estas condiciones de exclusión, no como un problema individual, sino como parte de un proceso social. Así, al intervenir, el foco es la colectividad y no una persona en singular (Barros et al., 2007). De este modo, las actividades y ocupaciones de ese colectivo también deben ser entendidas desde esa dimensión de construcción social, generadas en relación con otros sujetos y objetos, cuya interrelación produce identidades, sentidos y significados (Ramugondo & Kronenberg, 2013, citado en Palacios, 2017). Desde esta línea, “las prácticas comunitarias de Terapia Ocupacional se expresan en la vida cotidiana de territorios concretos, siendo la cotidianidad de las comunidades, del barrio, de la población y de las familias y sus relaciones, una trama donde se producen las ocupaciones colectivas” (Palacios, 2013, citado en Palacios, 2017, p. 75).

Ubicándonos en el terreno de las prácticas en Argentina, si bien ya a en los años ‘70 existían prácticas en comunidad, principalmente desde la salud mental comunitaria, es en la década de los ‘80 que se inicia la Terapia Ocupacional Comunitaria, como un campo vinculado a “un territorio geográfico- el barrio- y destinado a personas con discapacidad y/o con necesidades básicas insatisfechas y en primer Nivel de Atención” (Paganizzi, 2015, p. 24).

El crecimiento del área en ese período fue de gran relevancia, no obstante, no fue sin altibajos y luchas para sostener las actuaciones (Cieri, 2005). El nuevo milenio se inauguró atravesando una crisis sociopolítica y económica que ensanchó la desigualdad social y, en el año 2001, los índices de pobreza aumentaron significativamente. En este panorama, terapeutas ocupacionales iniciaban trabajos con poblaciones en contexto de vulnerabilidad social, en la comunidad y/o con aquellos que se asistían en efectores de salud de segundo o tercer nivel de atención, cuya situación se complejizaba en relación con las crisis que atravesaba el país (Paganizzi, 2015).

Estas prácticas, no obstante, de tratarse de un camino interrumpido y que aparenta ser pequeño y fragmentado, principalmente por la escasa disponibilidad de material y las dificultades “para acceder a los antecedentes publicados en libros y anales de congresos nacionales y regionales” (Paganizzi, 2015, p. 22), tienen un trayecto de casi cuarenta años en la Argentina. Así, para contribuir a dicha área de manera crítica, planteamos los siguientes objetivos de investigación: describir y analizar los procesos y las experiencias de quienes participan en propuestas de Terapia Ocupacional a nivel comunitario, en relación con los cambios que éstas generan en su cotidiano y proyectos de vida y, conocer cómo las terapeutas ocupacionales co-construyen dichas prácticas.

## Procedimientos metodológicos

El estudio, de orientación cualitativa (Minayo, 2009) y desde una perspectiva socio-crítica (Kincheloe & McLaren, 2006), se desarrolló en dos etapas:

- 1) una revisión panorámica de la literatura o *scoping review* (Arksey & O’Malley, 2005)<sup>1</sup>.
- 2) una investigación colaborativa (Desgagné, 2007; Flores & Lopes, 2010), donde se cooperó con las/os participantes en la resolución de problemáticas surgidas durante el trabajo de campo, realizado entre febrero y marzo de 2017. Durante el mismo, se mantuvieron comunicaciones y acciones horizontales, actuando como un apoyo y, entendiéndolo así, como un proceso democrático.

Los instrumentos utilizados para la construcción de los datos fueron: entrevistas individuales focalizadas (Sabino, 1992; Gauthier, 1998, citado en Silva et al., 2006) realizadas a usuarias, usuarios y terapeutas ocupacionales de los servicios; observaciones participantes (Lima, Almeida & Lima, 1999; Proença, 2008 citado en Souza, Luis & Kantorski, 2011); una adaptación de la metodología *photovoice* que, originariamente, se desarrolla con grupos sociales en situación de exclusión, con el objetivo de reconocer, representar y potencializar los recursos comuni-

<sup>1</sup> Enviado para publicación a la revista *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*.

tarios por medio de fotografías (Mamede & Esser, 2016). La principal característica de la adaptación realizada se basó en proponerla a pares de participantes o de forma individual, por dificultades para reunir al grupo completo en un mismo momento y lugar<sup>2</sup>. También se utilizó un diario de campo (Denman & Haro, 2002). Por último, se implementó una corroboración de las narrativas o *memberchecking* (Carlson, 2010), por parte de las/os participantes (usuarios/as y terapeutas ocupacionales). El análisis de los datos fue de tipo temático<sup>3</sup> (Braun & Clarke, 2006), incorporando elementos del análisis crítico del discurso, para visibilizar problemáticas sociales y políticas (Van Dijk, 2003). El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal de São Carlos, de acuerdo con la Resolución nro. 466/2012 (Brasil, 2012). Además, se implementó un Consentimiento Informado para las/os participantes, donde se informaba: objetivos y metodología de la investigación, el resguardo de la identidad, el carácter voluntario de la participación y, que los resultados serían utilizados únicamente con fines científicos.

### Las prácticas, los escenarios y protagonistas de la investigación

Las tres prácticas investigadas guardan relación con proyectos vinculados a la economía social<sup>4</sup>. Se sitúan, dos en Santa Fe capital (zonas periféricas) y, una, en Paraná, Entre Ríos (zona centro):

- El **emprendimiento "E.E."**, ideado en 2014 por profesionales y usuarios/as de un servicio de Salud Mental de un hospital estatal, se trata de un proyecto intersectorial, compuesto por:
  - tres terapeutas ocupacionales, dos psicólogos, una Lic. en trabajo social y una Lic. en comunicación social, tres usuarias y cuatro usuarios;
  - dos miembros de la Secretaría de Economía Social (Ministerio de Desarrollo Social);
  - integrantes del Centro de Estudiantes de la institución educativa donde se encuentra el emprendimiento.

El proyecto consiste en un buffet, pero también se realizan actividades culturales (ej. proyecciones de películas). Se de-

2 Por limitaciones en la extensión del presente artículo, no se presentan las fotos y sus descripciones.

3 Se siguió el procedimiento de 6 pasos propuesto por las citadas autoras: 1. Familiarizarse con los datos; 2. Generar códigos o referencias iniciales; 3. Buscar los temas; 4. Revisar los temas; 5. Definir y nombrar los temas; 6. Producir el informe.

4 Entendiéndola desde una concepción de economía como "(...) espacio de acción constituido no por individuos utilitaristas que buscan ventajas materiales, sino por individuos, familias, comunidades (...) que se mueven dentro de instituciones decantadas por la práctica o acordadas como arreglos voluntarios, que actúan haciendo transacciones entre la utilidad material y los valores de solidaridad y cooperación (...)" (Pastore, 2010, p.44-45)

sarrollan asambleas para tratar: comercialización, comunicación, etc. y, reuniones de trabajo del equipo de salud, para tratar cuestiones clínicas.

- La **capacitación en panadería y pastelería** (actualmente sin continuidad), formaba parte del programa "N.A." de un Centro de Acción Familiar y estaba conformada por:
  - un psicólogo (encargado),
  - una terapeuta ocupacional (coordinadora),
  - una capacitadora (chef),
  - un grupo de veinte mujeres jóvenes.

La duración del programa era de tres meses. Contaba, además, con el "tercer tiempo", donde se trataban temáticas relativas a mujeres jóvenes (ej: violencia de género, trabajo, etc).

El programa "N.A." depende de tres ministerios provinciales: Desarrollo Social, Trabajo y Educación; se propone realizar "(...) un abordaje integral de jóvenes en situación de alta vulnerabilidad social, a los que se acompaña en un trayecto pedagógico de capacitación y fortalecimiento de vínculos sociales, con herramientas para construir un proyecto de vida"<sup>5</sup>.

- El **emprendimiento "S.S."**, se trata de un vivero ubicado en un establecimiento provincial, enmarcado en una propuesta de la Subsecretaría de Inclusión, con un convenio con el Ministerio de Trabajo, el de Producción, el de Salud y el de Desarrollo Social. El proyecto, de cuatro años de vigencia, consiste en una formación laboral en técnicas de producción forestal, de tres años, con la posibilidad de formar parte del emprendimiento socio-productivo. Está coordinado por un equipo de profesionales compuesto por una terapeuta ocupacional, un psicólogo, una viverista y un ingeniero agrónomo.

Los fundamentos teórico-prácticos se encuentran en relación con la salud mental, la discapacidad, la economía social, la educación popular y la agroecología. Está destinado a jóvenes y adultos/as con discapacidad. El grupo, mixto, es de veinte emprendedores.

Exponemos las propuestas y participantes de la investigación.

Propuestas	Participantes		Total
	Usuaris/os	TO	
Emprendimiento "E.E." (buffet)	Julieta y José	N.Y	3
Capacitación "N.A." (panadería y pastelería)	Candela y Romina	L.B.	3
Emprendimiento "S.S." (vivero)	Mauro y Josefina	C.I.	3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>9</b>

Cuadro 1: Participantes de cada propuesta investigada.

5 Disponible en: <http://www.pausa.com.ar/2017/05/lanzan-la-edicion-2017-del-programa-nueva-oportunidad/>

**Resultados y discusión:**

Los temas planteados a partir del análisis de los datos:

Nro	Temas	Autores de los relatos
1.	Lo cotidiano y la esperanza de un "mañana"	Usuarías/os
2.	El vínculo usuaria/o – terapeuta ocupacional como alianza de soporte	Usuarías/os
3.	Las experiencias en las propuestas comunitarias como posibilitadoras de inclusión y empoderamiento	Usuarías/os y terapeutas ocupacionales
4.	La gestación y supervivencia de las prácticas en comunidad.	terapeutas ocupacionales
5.	La formación de las terapeutas ocupacionales en relación con sus prácticas actuales.	terapeutas ocupacionales

Cuadro 2: Organización de los temas del análisis.

En el presente trabajo nos centraremos en los tres primeros temas:

**1) Lo cotidiano y la esperanza de un "mañana"**

En las descripciones sobre sus cotidianos, se observa cómo las/os participantes valoran tener un control sobre la organización de sus tiempos y actividades diarias para sentir bienestar. También se percibe que estas propuestas comunitarias, en su mayoría, son la única actividad social y económica de estas personas y, así, se convierten en el eje que articula sus haceres cotidianos: es lo que marca el "antes" y el "después" del día. Esto se condice con la responsabilidad y compromiso con la que la mayoría asume la tarea.

El asunto del "uso" del tiempo en la vida de las personas, o de la "vivencia" del tiempo (que implica modos diferentes de concebirlo y percibirlo), es sumamente relevante para la disciplina de la TO. Al respecto, Zemke (2004) menciona que un estudio demostró que características ocupacionales como la novedad y la complejidad favorecen el compromiso en las actividades. Por su parte, Benassi, Fraile, Nabergoi y Yujnovsky (2016), abordan "las temporalidades del hacer", a lo que aludiremos más adelante.

En los siguientes fragmentos de relatos se observan los aspectos señalados:

Me levanto cerca de las 10, o 12 hs [...] en la mayoría de los turnos de atención entro a las 15 hs. al emprendimiento, [...] depende como ande de ánimo y de cuerpo para sentir que tuve un buen día. De salud, físicamente, ando bastante bien, pero de ánimo no siempre, me cuesta dormir y me levanto cansado. [...] Llego media hora antes para cumplir mi turno [...] no me gusta hacer las cosas apuradas. Tengo que llegar antes para acomodar la mercadería. Son 4 hs. de trabajo. Y después me vuelvo a casa. No salgo mucho,

no hago otra actividad. Voy al hospital, escribo [...] (José).

Me despierto cerca de las 6 de la mañana, pero capaz que hasta las 8 me quedo tomando mate en la cama porque como no tengo trabajo<sup>6</sup>, no tengo otra cosa que hacer. Voy a las reuniones. Después me quedo en mi casa, cocino, como. (Julieta).

Me levanto temprano [...] después tomo mate con mi hermana, [...] y vengo acá hasta las 12, retiro a los chicos y hago mi vida cotidiana. Así todos los días. Por las tardes miro novela, lavo, limpio. Vivo con mi pareja y mis chicos, él trabaja todo el día en el mercado, no tiene horario fijo. Él trabaja en descarga de papa. Yo me encargo de los chicos y él trabaja. Yo apporto, pero no es mucho (Romina).

Algo a destacar en este último caso, es que la joven refiere que sus actividades centrales son dos: la capacitación en panadería y el cuidado de sus hijos y la casa. Se observa cierta desvalorización de sus haceres en relación a los de su pareja: si bien se capacita, cuida los hijos y limpia la casa, refiere: "Yo apporto, pero no es mucho", "Yo me encargo de los chicos y él trabaja", como si lo que ella hace no fuera un trabajo. Esto se condice con los mandatos del sistema patriarcal (Segato, 2016).

Observamos, también, las repercusiones que estas propuestas van generando en sus vidas cotidianas. Si bien para algunas/os resulta complejo visibilizar los cambios, por la habilidad crítica que requiere realizar ese sucinto auto-análisis, en la mayoría de los relatos se ven ejemplos de ello:

Si, si cambió. Me gusta más trabajar en un kiosco [buffet] que lo que estaba haciendo antes, que pintaba carpetas con rodillo, hacía agendas [...] es más lindo, estoy más contenta. También porque es por la tarde, antes tenía que venir al hospital temprano, y me quedaba lejos, hacía frío, tenía que tomar el colectivo, ya de tarde me da más ánimo de andar (Julieta).

Yo antes no hacía nada y esto por lo menos cambió, salgo, ando. Desde que ellos [mis hijos] también empezaron el taller acá, empecé a querer socializar, porque no me gusta... al único lugar que voy es a lo de mi mamá [...] Y me da muchos beneficios, hay mucho apoyo del personal, los chicos vienen al apoyo [escolar], y ellos también cambiaron [...] Cuando terminamos el año pasado el taller de cocina, nos dieron un certificado... fue una emoción, porque nunca recibimos nada (Romina).

Me gusta venir, aprender, salir, conocer a otra gente, yo a las chicas [no las conocía y vivimos en el mismo barrio... [...]] acá no tenemos otras propuestas. [...] No sé si después me dará algún laburo. Y hago cosas que [...] nunca las habría

<sup>6</sup> Vale aclarar que este relato fue durante el receso del trabajo.

hecho en mi casa. Y ayuda el dinero también, porque yo no tenía nada [...] Del “tercer tiempo”, lo único que tuvimos estuvo bueno porque salís del barrio y conocés otras cosas. Estuvimos todas en grupo, tomamos mate, hablamos, [...] nos reímos toda la tarde. Disfrutamos, nos olvidamos de todo, porque acá estamos un rato y empieza la pelea. Sino no salgo del barrio porque... no sé, no conozco otra cosa que no sea acá (Candela).

En casi todos los casos, los cambios redundaron en mayor bienestar, tanto por tratarse de una actividad de mayor disfrute (ej: “estoy más contenta”, “es más lindo”, “Me gusta venir, aprender, salir, conocer a otra gente”, etc), por ser en un horario más cómodo sobre el que tienen control (ej: “de tarde me da más ánimo”), por ayudar económicamente (ej: “ayuda el dinero también, porque yo no tenía nada”) o, por generar improntas positivas en lo subjetivo (ej: “empecé a querer socializar”, “me da muchos beneficios, hay mucho apoyo del personal”).

Dos participantes refieren inicialmente que “está todo igual”, no obstante, sus decires dan cuenta de algunas modificaciones en sus cotidianos:

Sigue todo igual, yo me estoy basando en esa escritura del libro [...]. A esto [el emprendimiento] también lo valoro, al hospital iba para charlar más que nada, el trabajo a mi mucho no me interesaba, más que por una cuestión social. [...] Cambiaron un poco las relaciones sociales, y lo económico también es una ayuda [...] (José).

Esta todo igual nomás. [...] Acá cuando empezamos nos dieron la ropa para trabajar y nos regalaron la remera, nos dieron el diploma. [...] cobramos una beca, con eso a veces me compro ropa o la medicación. Después de la venta, nos repartimos la plata. [...] Fui cambiando de a poco, primero veíamos a los profesores, después aprendimos (Josefina).

Así, siendo lo cotidiano ese lugar “donde se realiza el movimiento de producción y de reproducción de las relaciones sociales, donde se da la producción del ser humano, en el curso de su desarrollo histórico” (Lima, 1983, p.43, citado en Galheigo, 2003, p.106, traducción nuestra), entendemos que estas pequeñas transformaciones en el cotidiano de las personas, reveladas en sus relatos de vida (Kornblit, 2007), no son hechos menores, ya que dan cuenta de algún modo, de un proceso de producción de subjetividad. Estos cambios, a su vez, tienen un significado más profundo en el caso de los participantes que han tenido experiencias de “disciplinamiento, normatización y normalización del cotidiano” y “vigilancia” (Galheigo, 2003, p. 106, traducción nuestra) durante sus largas internaciones en el hospital.

Es innegable que las condiciones de vida de las/os usuarias/os están condicionadas por las (faltas de) políticas públicas y redes de soporte del Estado. Un ejemplo de ello es cuando personas que padecen alguna problemática psicosocial, quedan internadas por largos períodos en psiquiátricos estatales

y no siempre por motivos de salud, sino por cuestiones socio-económicas (ej: no hay una familia con los recursos necesarios para hacerse responsable de los cuidados). Situación que afecta aún más la salud mental de estas personas. Esta problemática se vio reflejada en lo expresado por Julieta:

El tema era que cuando me dieron la pensión, el psicólogo quería que me vaya, pero yo no quería por el tema económico, porque si pagaba alquiler no me alcanzaba para mis gastos, no tenía más plata, yo no me quería ir porque no tenía trabajo. Entonces ahí se reunieron el equipo de externalización [...]y ahí surgió. [...] Yo de lo único que tengo miedo es que se corte el plan que nos da la Nación (Julieta).

Algunos comentarios de Candela, también revelan las escasas oportunidades que la sociedad brinda para las personas de sectores desfavorecidos y, especialmente para las mujeres, ella dice:

En diciembre dejé de trabajar, estaba trabajando de limpieza, en otro lugar... acá en el barrio no hay nada. Acá solamente salen los hombres a trabajar al mercado, mis familiares todos trabajan en el mercado (Candela).

Más allá de las actividades del “día a día”, en los diálogos mantenidos, las/os participantes también desplegaron proyecciones, *esperanzas*, posibles continuidades en un porvenir de oportunidades. La oportunidad, según Benassi et al., intenta hacer historia de los momentos fragmentados y, “contra el destino, abre y da tiempo para salirse del sendero trazado” (2016, p. 115). Las/os participantes pronunciaron estas posibilidades de las siguientes maneras:

Esta propuesta consiste en aprender algo que vos puedas utilizar después para lograr y llegar a algo que vos quieras. [...] en un futuro capaz me sirva para otra cosa [...] Me gustaría emprender algo yo, la panadería me gusta. Quisiera poner algo [...] terminar la secundaria, porque te piden tener eso, entonces tengo que volver un paso atrás y terminar eso (Candela).

Yo digo que no se tiene que perder lo que viene generando, porque va bien. La intención que tienen, que no se pierda: la inclusión social, no tomar al paciente como alguien inferior, sino como un igual. Así como estoy con mi memoria, con mi dificultad, no me proyecto por mucho tiempo [...] estoy dejando el camino a otra persona, a otro paciente. Al proyecto no lo tomo como futuro mío, no pienso seguir mucho, yo ya tengo 43 años, estoy dejando mi apoyo, mi marca a otro (José).

Como vemos, la mayoría de las/os participantes ve en éstas propuestas lo potencial de la experiencia, la construcción de herramientas para un *mañana*, donde poder concretar sus deseos. En algunos casos, esa posibilidad que esperan tiene que ver con poder tener un trabajo, su propio emprendimiento, o, ver crecer el proyecto para las nuevas personas que se

incluyan; en otros no está tan claro, pero parecen confiar en la concreción de un deseo propio, como dice Candela: “para lograr y llegar a algo que vos quieras”.

En consonancia, de un modo casi poético, Bleichmar dice: “Se tiene esperanza no sólo cuando se aspira a que algo cambie en una dirección deseable, sino también cuando se avizoran las condiciones que lo posibilitan; y más esperanza se tiene cuando se participa de la posibilidad de lograrlo” (2006, p. 35).

## 2) El vínculo usuaria/o-terapeuta ocupacional como alianza que da soporte

Si bien todos los discursos de las/os participantes muestran que existe una buena relación con las terapeutas ocupacionales, en dos de las tres prácticas se denota una valorización positiva muy significativa, como vemos:

El trabajo de ellas es importante, porque tenemos que tener a alguien que nos vaya guiando. N.Y. es la mejor, sin N.Y. no existe el hospital. La veo con más ideas, con más ánimo, la que organiza más (Julieta).

Ella da más apoyo psicológico [...] Habla con nosotras, nos hace integrar, nos pregunta cómo estamos, nos hace hacer más cosas juntas. Mi relación con ella es buena, ella es fundamental, porque nos ayuda a resolver los problemas (Candela).

En el trato, eso es muy importante, más allá de lo que se haga en el taller [...] Son importantes las TO por la parte humana, de ayudar a la persona, cuando las personas se traban ellas siempre están atentas para darles una mano, para que agilicen y vayan aprendiendo. N.Y. te trata de igual a igual. Se desempeñan bien dentro de sus funciones, dan apoyo, organizan (José).

De acuerdo con lo dicho por las/os cuatro usuarias/os, lo que es fundamental de las terapeutas ocupacionales es la compañía, el apoyo, la ayuda que brindan, el trato “humano” e igualitario, la palabra, la escucha, el hacer integrar, el ordenar y organizar, el interesarse por el otro. Hechos que adquieren relevancia al contraponerse a las condiciones que frecuentemente dispone la “moderna sociedad líquida”<sup>7</sup> que habitamos, en términos de Bauman y, donde habitualmente hasta los mismos profesionales de la salud suelen “solamente escuchar y empastillar”, como refirió José (señalamos a continuación).

Asimismo, otras experiencias retratadas en la literatura, como las de Aoki et al. (2014), muestran que la actitud de cuidado del profesional hacia el sujeto privilegia la comunicación, el diálogo y, “la promoción de algún grado de emancipación

7 En las propias palabras del autor: “[...] el habitante de nuestra moderna sociedad líquida- y sus sucesores de hoy- deben amarrar los lazos que prefieran usar como eslabón para ligarse con el resto del mundo humano, basándose en su exclusivo esfuerzo y con la ayuda de sus propias habilidades y de su propia persistencia” (Bauman, 2006, p. 2)

para los participantes del grupo” (p. 154). Otro aspecto interesante de las consideraciones de José, es su crítica a los profesionales de la salud que medicalizan sin tener un trato comprometido y de apoyo con los sujetos que atienden:

Un médico para mí, psiquiatra o un psicólogo, tiene que escuchar, apoyar, prevenir y varias cosas más, no solamente escuchar y “empastillar”, tienen que aconsejarlos, orientarlos [...] (José)

## 3) Las experiencias en las propuestas comunitarias como posibilitadoras de inclusión y empoderamiento

Términos como empoderamiento y fortalecimiento, vienen siendo desarrollados y discutidos tanto dentro del campo de la Terapia Ocupacional -más recientemente-, como en otras disciplinas, desde diferentes perspectivas (Freire, 1987<sup>8</sup>; Montero, 2004<sup>9</sup>; Euler, 2015; Navarrete Salas et al, 2015), aunque también utilizados frecuentemente sin fundamentaciones. No haremos aquí una conceptualización al respecto, más bien exponemos desde qué postura lo entendemos. Al hablar de empoderamiento nos referimos al proceso que busca apoyar y favorecer a los colectivos vulnerables, e intentar transformar los desequilibrios existentes en relación al poder (Cantero Garlito et al., 2015). En esta investigación, fue posible entender que la participación en este tipo de propuestas genera diversos cambios en la cotidianeidad de estas personas (expuesto en el tema 1), promoviendo un proceso que puede ser considerado un camino de empoderamiento y emancipación.

Así, la terapeuta ocupacional N.Y., cuenta de manera clara, cómo ve estas transformaciones que van generándose en las vidas de las/os participantes, a partir de las experiencias en estos proyectos instalados en la comunidad:

el emprendimiento ha modificado la vida cotidiana de los usuarios, [...] los ámbitos de circulación, el hecho de no venir al hospital e ir a la institución educativa implica un montón de cambios, encontrarse con otras personas, vestirse y estar de otra manera. Y eso ha tenido claros efectos positivos. Están distintos, están mejor, tienen otros entusiasmos respecto a la tarea. Eso ha sido notable, la dimensión sobre todo en el plano simbólico, de un pasaje de una condición de usuario de Salud Mental hacia la de un emprendedor [...] Ya pasan a ser emprendedores de la economía social para la provincia, y los registra como monotributistas. A partir de eso, tienen obra social, aportes jubilatorios, pasan a tener otro estatuto como ciudadanos (N.Y.).

8 Nos parece fundamental traer una idea de él: “Nadie libera a nadie, ni nadie se libera solo. Los hombres se liberan en comunión” (Freire, 1987, p. 27)

9 Esta autora defiende el término “fortalecimiento” por sobre el de “empoderamiento”, considerando a éste último como una traducción del anglicismo “empowerment”.

Por otro lado, vale resaltar que, los soportes que brinda el Estado a las personas en situación de vulnerabilidad social son mínimos y las posibilidades de conseguir trabajo para estas personas son escasas. Así, las propuestas de los emprendimientos productivos enmarcados en las prácticas de terapias ocupacionales y equipos, resultan una ayuda económica de relevancia para las/os participantes:

Nosotros contamos con una pensión, pero no nos alcanza para satisfacer las necesidades básicas, no es mucho dinero. [...] y esto nos ayuda porque necesitamos trabajo. [...] Es una ayuda económica bastante importante porque sin eso no podríamos subsistir [...] (Julieta).

De recursos ahora estamos mal, porque no hay nada, pero hay que esperar un mes, que llega más plata. Nosotras vendemos y tenemos plata para comprar [...] azúcar, grasa, dulces, para seguir trabajando (Romina).

Estas condiciones estructurales desfavorables para las/os usuarias/os, que mencionamos, también son enunciadas por las terapeutas ocupacionales:

La mayoría de los usuarios de hospital de día no tiene trabajo o tiene trabajo en condiciones de mucha precariedad. [...] El Programa del Ministerio de Trabajo de la Nación, es el P.E.L10 [...] y es para personas con discapacidad sin trabajo. Porque políticas de Salud Mental vinculadas al trabajo no hay (N.Y.)

Así, la lucha de los participantes para conquistar condiciones de inclusión en la comunidad y en el mundo del trabajo, fue descrita por ellos:

Me faltan condiciones... Ganas no, yo siempre todo el tiempo busco hacer algo, no me gusta estar quieta. Por ejemplo, los 900 pesos que cobré [...] compré lencería para vender. [...] todos los meses yo recibo esa plata y la invierto (Candela).

Tuve la posibilidad de trabajar antes, porque hice un curso de electricista y un compañero de ese curso, me llamó, pero yo le rechacé el trabajo porque con mis problemas para dormir, todos los días levantarme y trabajar así no podía, se trabaja de 8 a 16 hs. El emprendimiento en cambio eso me facilita (José).

Las exigencias laborales del mundo super-productivo y competitivo actual, no contempla las necesidades subjetivas. Los emprendimientos construidos por terapeutas ocupacionales y los equipos interdisciplinarios, en cambio sí tienen esas contemplaciones, y algunas/os usuari/asos lo reconocen (ej: "El emprendimiento en cambio eso me facilita").

La actividad humana y, en este caso el trabajo, como instancia para generar intercambios materiales y simbólicos, se presen-

ta dentro de estos proyectos como posibilitadora de un cambio desde lo identitario, en contraposición al ser tratado desde la condición de enfermedad o discapacidad. Así lo enuncia una de las terapeutas ocupacionales:

Y la cuestión del trabajo siempre me interesó porque me parece que es un ámbito donde claramente el hacer humano se articula con la posibilidad de intercambio e inclusión social y es un lugar en lo social desde el cual presentarse, que no sea solo desde el padecimiento (N.Y.).

Además, los discursos de los usuarios y las usuarias muestran la manera en que entienden a los emprendimientos como posibilidad de inclusión social, cambio en las relaciones con los otros, apoyo mutuo, hasta la constitución de amistades impensadas. En palabras de las/os participantes:

Venir acá y seguir trabajando, se apoyan unos a los otros y seguimos adelante. [...] Me he hecho amigos de acá (Mauro).

Cuando dio a entender que no tenía problemas en hacer amistad con nosotros, porque venían las vacaciones y no nos íbamos a ver más, "juntémonos", ella dijo. Eso me marcó (José).

[Ayuda] en el entretenimiento, porque uno se junta con los compañeros, toma mate, se distrae, me gusta, sino uno se deprime (Julieta).

Los relatos que traemos a continuación evidencian que, a partir de estas experiencias, aprendizajes son construidos, algunos temores y preocupaciones son superados, nuevos desafíos son asumidos. Se pueden leer pequeños cambios positivos en las auto-percepciones, al atravesar procesos satisfactorios y de bienestar dentro de estas propuestas:

Tenía dudas de si podía atender al público, porque soy muy callado. Pero me desarrollé bien y el tema de hacer las cuentas, atención al público me resultó fácil. Antes tenía dudas, más que nada por mi problema de memoria. Soy sociable, aunque hablo poco, me dicen que soy muy responsable, cumplo los horarios, siempre me toman de ejemplo [...]. Me gusta este lugar [...] (José)

Ya me está aportando, porque voy a mi casa y hago [...] unas facturitas y capaz mi mamá las vende ahí en el negocio. El aprendizaje es muy importante, antes no sabía nada [...]. Quiero terminar la secundaria, porque te piden tener eso [para trabajar] (Candela).

Una de las terapeutas expresa que el objetivo de la propuesta es promover autonomía, emancipación y que ese es el mayor aporte que el emprendimiento hace a los/as usuarios/as:

[...] autonomía, derechos, poder decidir sobre su vida, hacerse respetar de alguna manera, empoderarse [...]. Porque en realidad terminan una escuela, traen un C.V. con capacitaciones en huerta, carpintería y queda todo ahí, en el papel.

10 Programa de Entrenamiento Laboral.

Poder ir un poco más allá, que accedan a un trabajo, darles herramientas para eso, para la vida y para su autonomía (C.I.).

En este punto, hay que considerar que, si bien las terapeutas enuncian estos objetivos, que son trabajados en equipo y se van observando progresivas transformaciones en las vidas de las personas, el proceso es muy paulatino, inestable y complejo, resultando difícil confirmar que todos los cambios efectivamente quedan instalados.

### A modo de conclusión

Este estudio se orientó, desde una Terapia Ocupacional latinoamericana, del Sur, hacia la construcción de un saber que pueda contribuir a la disciplina en general y el área comunitaria en particular, atravesando un proceso colaborativo y democrático. Los resultados muestran, que estas prácticas comunitarias de Terapia Ocupacional -vinculadas con la economía solidaria-, constituyen un espacio fundamental para las/os usuarias/os en la construcción de condiciones para la autonomía socio-económica, la formación de vínculos de soporte, la proyección de un porvenir de posibilidades.

A partir de investigar estas prácticas y sus experiencias, quedan claros algunos aspectos que se muestran como comunes y a la vez específicos del campo de la terapia ocupacional comunitaria. Uno de ellos, tiene que ver con el hacer que es eje de éstas propuestas, la actividad humana del trabajo, como posibilidad de intercambios materiales y simbólicos, de inclusión en ciertos circuitos sociales y de nombrarse a partir de ello, de otro modo, en este caso, como emprendedor/a, en el marco de la economía social. Hay, así, una producción de salud y de fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía. Al mismo tiempo, queda evidente que lo cotidiano, como contexto de producción de subjetividad, es un ámbito fundamental para co-operar desde nuestro accionar en la generación de transformaciones que conduzcan a una vida con mayor dignidad. Y, dentro de lo que en ese cotidiano se produce, destacamos: participación, autonomía, emancipación, sentido de pertenencia, vínculos (con otros/as y con la ocupación). Además, esto se expresa en la potencia de lo colectivo, en tanto estas actividades colectivas son la trama donde se gestan y los hilos que los producen.

Por otra parte, en todos los casos, las terapeutas ocupacionales forman parte de equipos interdisciplinarios, donde, al menos en dos proyectos tienen un papel de coordinación, en uno, son mayoría terapeutas ocupacionales.

Finalmente, en este estudio se visibilizan prácticas, experiencias, actores que suelen permanecer en los márgenes, pero que se esfuerzan por resistir en la realidad actual, donde la democracia flaquea, la justicia falla, la inestabilidad económica se hace permanente, el desempleo y el desánimo social aumentan. Panorama que presenta una gran dificultad para

estos proyectos destinados a colectivos en situación de vulnerabilidad social. Sin embargo y contra toda verosimilitud, en estos escenarios donde situaciones de vulneración de derechos se multiplican, ocurre, también, que prácticas promotoras de empoderamiento y autonomía se establecen y avanzan, posibilitando vivenciar experiencias de participación y creación de herramientas para actuar y transformar sus realidades cotidianas. Así, este proceso implicó involucrarnos en las actividades cotidianas de diversas personas (usuarias/os y terapeutas ocupacionales) y, “en la medida en que la crítica a la vida cotidiana permite aprehender las creaciones humanas, las ideas, los valores y sentimientos” (Lefèbvre, citado en Galheigo, 2003, p.106), nos transformamos a partir de ello. ■

[Recibido: 11/12/18 - Aprobado: 30/05/19]

### Referencias bibliográficas

- Aoki, M., Oliver, F. C., Bazarin de Campos Cancegliero, A. y Colussi, J., (2014). Grupo de Convivência Família Mosaico: participação de pessoas com deficiência na comunidade. *O Mundo da Saúde*, v. 38, n. 2, p.149-158.
- Barros, D. D., Lopes, R. E. y Galheigo, S. M. (2007). Novos espaços, novos sujeitos: a Terapia Ocupacional no trabalho territorial e comunitário. En: Cavalcanti, A. y Galvão, C. *Terapia ocupacional: Fundamentação e prática* (p. 353 -358). São Paulo, Brasil: Guanabara Koogan.
- Bauman, Z. (2006). *Amor Líquido, acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2006). *Comunidad: en busca de seguridad en un mundo hostil*. Traducción de Alborés, J. 3er. ed. Madrid, España: Siglo XXI.
- Benassi, J., Fraile, E., Nabergoi, M. y Yujnovsky, N. (2016). Procesos del hacer aspectos temporales de la actividad humana. En: Simó, S. S.; Guajardo, A.; Oliver, F. C.; Galheigo, S. y García-Ruiz, S. *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (p. 113-127). Chile: Ed. USACH.
- Bleichmar, S. (2006). *No me hubiera gustado morir en los 90*. Buenos Aires, Argentina: Taurus.
- Resolução nº 466. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, Brasil, 12 de diciembre de 2012. Disponible en: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2. p. 77-101.
- Cantero, P., Guajardo, A., Navarrete Salas, E., Sepúlveda, R. y Moruno, P. (2015) Aproximación a la Sociedad y a la Comunidad desde la Terapia Ocupacional. En: Navarrete Salas E.; Cantero P.; Guajardo A.; Sepúlveda R. y Moruno P. *Terapia Ocupacional y Exclusión Social* (p.15-21). Chile: Editorial Segismundo SpA.
- Carlson, J. A. (2010). Avoiding traps in member checking. *The Qualitative Report*, v. 15, n. 5, p. 1102-1113.

- Cieri, P. (2005). Historia, Evolución y Estado Actual de la RBC y la APS en la Argentina desde la Perspectiva de Terapia Ocupacional. *WFOT Bulletin*, v. 51, p. 35-46.
- Denman, C. A. y Haro, J. A. (2002). Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En: Mercado, J.F.; Gastaldo, D. y Calderón, C. (Comp). *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica*. Métodos, análisis y ética (p. 35-72). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Desgagné, S. (2007) O conceito de pesquisa colaborativa: a idéia de uma aproximação entre pesquisadores universitários e professores práticos. *Revista Educação em Questão*, v. 29, n. 15, p. 7-35.
- Euler, P. (2015) Emancipação nas condições sociais do capitalismo: a formação em contradição. En: Lastória, L.A.C.N. et al. (Orgs). *Teoria Crítica: Escritos sobre educação. Contribuições do Brasil e Alemanha*. São Paulo: Nankin.
- Farnworth, L. (2000) Time use and leisure occupations of young offenders. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 54, p. 315-325.
- Flores, M. C. y Lopes, G., T. (2010) La investigación colaborativa: una experiencia en el desarrollo de un proyecto educativo. *Revista Ciencia Administrativa*. v. 1, p. 61-67.
- Freire, P. (1987). *Pedagogía del oprimido*. Lima, Perú: Tipo-Offset.
- Galheigo, S.(2003). O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 14, n. 3, p. 104-9.
- Arksey, H.y O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, v. 8, n. 1, p. 19-32.
- Kincheloe, J. L. y McLaren, P. (2006). Repensando a teoria crítica e a pesquisa qualitativa. En: Denzin, N. K.; Lincoln, Y.S. *O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens*. 2 ed. (p. 281-307). Porto Alegre, Brasil: Artemed.
- Kornblit, A. (2007). Historias y relatos de vida: una herramienta clave en metodologías cualitativas. En: Kornblit, A. L. (Coord.). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales* (p. 9-33). Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Mamede, F. y Esser, M. A. M. S. (2016). Photovoice: uma proposta para pesquisa qualitativa. En: Lacerda, M.R. y Costenaro, R.G.S. *Metodologías da pesquisa para enfermagem e saúde. Da teoria a prática* (p. 451-46). Porto alegre, Brasil: Moirá.
- Minayo, M. C. S.(2009) La artesanía de la investigación cualitativa. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Navarrete Salas, E., Cantero Garlito, P. A., Guajardo Córdoba, A., Sepúlveda Prado, R. y Moruno Miralles, P. (2015). *Terapia Ocupacional y Exclusión social*. Chile: Sigismundo Spa.
- Oliver, F. C., Galheigo, S. M., Nicolau, S. M. y Caldeira, V. A. (2016). Terapia Ocupacional en la Comunidad: desafíos para el acceso a los derechos. En: SimóAlgado, S. S.; Guajardo Córdoba, A.; Corrêa Oliver, F.; Galheigo, S. y García-Ruiz, S. *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (p. 341-356). Chile: Ed. USACH.
- Paganizzi, L. (2015). Terapia Ocupacional en Comunidad - Comunidad en Terapia Ocupacional. Fornara, B. (Presidencia). En: IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional .Co.TO.ER, Paraná, Argentina.
- Palacios, M. (2017). Reflexiones sobre las prácticas comunitarias: aproximación a una Terapia Ocupacional del Sur. *Revista Ocupación Humana*, v. 17, n. 1, p. 73-88.
- Pastore, R. (2010). Un panorama del resurgimiento de la economía-social y solidaria en la Argentina. Recuperado de: [http://www.socioeco.org/bdf\\_fiche-document-834\\_es.html](http://www.socioeco.org/bdf_fiche-document-834_es.html)
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Caracas, Venezuela: Panapo.
- Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de Sueños. Recuperado de: [https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map45\\_segato\\_web.pdf](https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map45_segato_web.pdf)
- Silva, G. R. F., Macêdo K. N. F, Rebouças, C. B. A. y Souza, A. M. A. (2006). Interview as a technique of qualitative research - a literature review. *Online Brazilian Journal of Nursing, [S.l.]*, v. 5, n. 2. Recuperado de: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/382/88>.
- Souza, J., Luis, V. M. A. y Kantorski, P. L. (2011). Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 25, n. 2, p. 221-228.
- VanDijk, T.A. (2003) Ideología y discurso. Barcelona, España: Ariel.
- Zemke, R. (2004). Time, Space, and the Kaleidoscopes of Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, v. 58, n.6, p. 608-620.

#### Cómo citar este artículo:

Vinzón, V., Magalhães L. y Nabergoi, M. (2018) Procesos y experiencias en las prácticas de Terapia Ocupacional en comunidad en la ciudad de Santa Fe y alrededores, Argentina. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 3-11.



# Participación Ocupacional y Cuidados en personas con Daño Cerebral Adquirido. Estudio de caso durante el periodo de rehabilitación y seguimiento<sup>1</sup>

Occupational Participation and Care in persons with Acquired Brain Injury. Study Case during the period of rehabilitation and follow-up

María Fabiana Cacciavillani | María Cristina Chardon

## María Fabiana Cacciavillani

Licenciada en Terapia Ocupacional  
Magíster en Metodologías de Investigación Científica  
Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. J. M. Jorge  
Universidad Nacional de Quilmes  
fabianacacciavillani@gmail.com

## María Cristina Chardon

Licenciada en Psicología  
Dra. en Psicología  
Universidad Nacional de Quilmes  
maria.cristina.chardon@unq.edu.ar

## Resumen

Luego del Daño Cerebral Adquirido (DCA) deviene la necesidad de recibir atención en rehabilitación y cuidados. El estudio buscó visibilizar la relación entre la participación ocupacional de las personas internadas con DCA y los cuidados recibidos por el entorno social. Con una metodología mixta, se presenta un estudio de caso. Se describe el descenso en grado de autonomía y frecuencia en la participación ocupacional, así como el paso de la participación de forma individual a grupal. Se encontró que los cuidadores principales tienen dedicación a tiempo completo con roles incompatibles con la actividad productiva, y los cuidadores secundarios realizan funciones de apoyo a la participación ocupacional y al cuidado del cuidador principal. Hallazgos significativos son: la naturalización de las funciones asumidas por los cuidadores, el apoyo al restablecimiento de la participación previa y la exploración de otras formas de participación en las personas con DCA.

**Palabras clave:** participación, cuidados, rehabilitación.

## Abstract

After Acquired Brain Damage (ABD) becomes needed for care and rehabilitation. This study looked to visualize the relation between the occupational participation of the persons hospitalized with Acquired Brain Injury and care from the social environment. With a mixed methodology, presents a study case. Describes decrees indegree autonomy and frequency in the occupational participation as well as the forms to take part from individual to group participation. In relation to care it describes principal full-time care keepers with roles not compatible with productive activities, and secondary care keepers with functions of support to the occupational participation and to the principal care keeper. The naturalization of the functions assumed by the care keepers, the support to restore the previous participation as well as the exploration of other forms of participation in the persons with Acquired Brain Injury.

**Key words:** participation, care, rehabilitation.

<sup>1</sup> El presente artículo es producto de la Tesis de Maestría de Metodologías de Investigación Científica. UNLA Tesista M Fabiana Cacciavillani. Directora de Tesis Dra. María Cristina Chardón.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la participación como "...el acto de involucrarse en una situación vital". (OMS, 2001, p.11). Desde el campo disciplinar de la de la Terapia Ocupacional se hace referencia a la participación ocupacional (PO) cuando una persona se involucra en ocupaciones, entendidas como "Actividades en que la gente se compromete a través de su vida diaria para ocupar el tiempo y darle sentido a la vida" (AOTA, 2010, p.68).

Vestirse, comer, hacer las compras, trabajar o jugar cartas, son algunas de las formas de participación. Las mismas se desarrollan en escenarios como el hogar, el barrio o la comunidad, muchas de las cuales se realizan en compañía de miembros de la familia o la comunidad. La participación en actividades de la vida cotidiana puede verse restringida por diversos motivos internos del individuo, entre ellos la condición de salud o influenciada por motivos externos como los entornos personales, físicos y sociales, culturales y políticos. Uno de ellos es el Daño Cerebral Adquirido (DCA), el cual hace referencia a "... cualquier lesión producida sobre un cerebro previamente desarrollado, con independencia del origen causal" (Gangoitti Aguinada, 2010, p. 28). El Traumatismo Cráneo Encefálico y el Accidente Cerebro Vascular son dos de las principales causas del DCA. Las consecuencias del compromiso en las destrezas luego del daño impactan en la PO cotidiana de las personas, resultando en diversos grados de limitación o restricción<sup>2</sup> a la participación en las actividades. Deriva así en la necesidad de recibir atención en rehabilitación y cuidados.

Entre los recursos Sanitarios en la Provincia de Buenos Aires se encuentra el Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Dr. J. M. Jorge (H. Jorge), el mismo brinda atención integral a personas con DCA en la modalidad de Internación y consultorio externo.

La participación en las ocupaciones cotidiana se observa en múltiples formas a lo largo de la vida de los seres humanos. A los fines de este estudio se tomó la PO en 2 áreas: las Actividades de la Vida Diaria (AVD) integradas por actividades de arreglo personal, baño, vestido superior, vestido inferior, aseo y las Actividades de Integración Comunitarias (AIC) compuestas por: actividades instrumentales de la vida diaria, trabajo y estudio, juego, y participación social. Participar no implica solamente desarrollar la actividad, invita a la experiencia subjetiva que incluye el significado personal y la riqueza de la ex-

<sup>2</sup> Limitación en la actividad .se refiere a las "dificultades de un individuo en el desempeño/ realización de las actividades" (OMS 2001, p.11).

Restricción en la participación incluye "... los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad" (OMS 2001, p. 228).

periencia social (Kielhofner, 2006), y ofrece la oportunidad de explorar la satisfacción por la vida, contribuyendo así al desarrollo psicológico y emocional como también al desarrollo de múltiples habilidades. (Law, 2002). Las personas con Lesiones Cerebrales Adquiridas presentan compromiso en múltiples funciones motoras, cognitivas y sensoriales impactando en la participación en todas las áreas de la vida cotidiana. (Gangoitti Aguinaga, 2010). La pérdida de autonomía que se presenta como consecuencia de ello determina la necesidad de recibir cuidados. Comprender la praxis del cuidado presupone comprender los actores intervinientes, las prácticas y los contextos en los cuales se desarrolla.

El cuidado es entendido en forma ampliada como:

Un sistema de actividad construido en las diferentes culturas, que responde a procesos socio-históricos determinados. El sistema está destinado a sostener, conservar, promocionar la vida y la calidad de vida de las personas. Se desarrolla en diferentes escenarios, siendo uno de los fundamentales la familia. Los cuidados se desarrollan en la vida de relación. (Chardon, Borakievich, Ferreyra & Pegoraro, 2011, p.259)

Reflexiones y múltiples estudios señalan a la familia como principal actor para brindar cuidado y bienestar a las personas dependientes. Los cuidadores tienen una función indispensable de brindar el apoyo necesario que facilita al paciente la participación ocupacional en el hogar y la comunidad. (Barbieri et. al, 2010). De los cuidadores se distinguen el cuidador primario o principal quien asume el total de la responsabilidad y el cuidador secundario quien asume una responsabilidad parcial (Stone, Cafferata & Sangel, 1987).

Los cuidados exceden lo meramente familiar como señala Bordoelois (2016) y deben ser parte de las políticas públicas (Chardon, Montengro & Borakievich, 2019). En el pasado aparecen asignados simultáneamente a un guía, pastor, y recién durante el renacimiento se separan en lo público-privado marcando el espacio de lazo y convivencia social esencialmente como colectivo y público. Estudiosos de políticas públicas señalan que hay que "desfamiliarizar" los cuidados y sacarlos del exclusivo ámbito endogámico de la familia. (Pautassi & Zibecchi, 2013; Batthyany, 2013; López et al, 2012; Esquivel, Faur & Jelin, 2012)

De los contextos en los que se desarrolla el cuidado, el presente estudio toma el *contexto social inmediato* vinculado a las personas que brindan el cuidado en forma directa, como el cuidador principal, el *contexto social próximo*, que integra personas cercanas vinculadas a actividades en el barrio y el *contexto social comunitario* que integra instituciones y apoyo social. (Spencer, 2005). Muchos son los logros en la PO durante el periodo de rehabilitación, sin embargo, no siempre son transferidos al ámbito del hogar, el barrio y la comunidad. Así la persona con DCA que logra durante la rehabilitación, vestir-

se, cocinar, ir de compras o jugar cartas no siempre lo realiza fuera del ámbito hospitalario. El entorno social familiar refiere con frecuencia que en el hogar el paciente no siempre participa en las ocupaciones diarias del mismo modo que lo hace durante la internación.

A partir de lo presentado surge la pregunta: ¿Qué relación hay entre los cuidados brindados por el entorno social y la participación ocupacional de las personas con DCA?

Para ello se estableció como objetivo general: Identificar, analizar e interpretar la relación entre la participación ocupacional y los cuidados recibidos en personas con diagnóstico de daño cerebral adquirido. Para el logro del mismo se establecieron como objetivos específicos:

1. Identificar y caracterizar la participación ocupacional previa a la lesión, y en distintos momentos de la rehabilitación y seguimiento.
2. Identificar y caracterizar los cuidados del contexto social inmediato y próximo en distintos momentos de la rehabilitación y seguimiento.
3. Identificar y caracterizar los cuidados recibidos por el contexto social comunitario.
4. Identificar y caracterizar la relación entre la participación ocupacional y los cuidados recibidos en los distintos momentos de la rehabilitación y seguimiento.

Hay antecedentes en varias investigaciones referentes al impacto en la PO en personas con DCA, donde se ha concluido que la PO es limitada o se discontinúa (Bascones Serrano, Quezada García, en Polonio López 2010; Dawson, Markowitz, Stuss, 2005; Sendroy-Terrill, Whiteneck, Brooks, 2010; Mayo, Wood-Dauphinee, Côté, Durcan, Carlton, 2002; Kramer, Churilov, Kroeders, Pang, Bernhardt, 2013).

En la Argentina, una investigación sobre 146 pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC), concluye que la mayoría ingresaban con una máxima asistencia (Funcional Independence Measure (FIM) y regresaban al hogar con moderada asistencia o supervisión. Al año el 36,3% de los lesionados retornaba su jornada laboral o participaba en actividades de estudio y el 32,88% de las personas retornaba a las actividades de participación social como salir con amigos. (Barbieri et al., 2010)

Estudios sobre el cuidado señalan a la familia como principal actor para brindar cuidado y bienestar a las personas dependientes, describen al cuidador de sexo femenino, con vínculo de parentesco directo, sentimientos de sobrecarga y angustia. (Brovelli, 2015; López et al 2012; Ponce, Venturiello & Champalbert, 2012; Razavi, 2007; Casado, López i Casasnovas, 1998).

Venturiello (2014), en un estudio realizado en Argentina con una muestra de 39 personas con discapacidad y 17 familiares concluyó que los familiares y las personas con discapacidad

que cohabitan, estaban unidos en los impactos afectivos, domésticos y económicos, y que los más perjudicados eran las personas de recursos económicos y culturales más bajos, deteriorándose la oportunidad de participación laboral. El estudio concluye que no es una situación a resolver en el ámbito familiar sino en el ámbito estatal, en la lucha por los derechos.

### Metodología

El proyecto de investigación desarrolló un esquema no experimental de metodología mixta (cuali-cuantitativa), en un enfoque de estudio de caso que buscó relacionar la PO y los cuidados brindados por el entorno social. El diseño de este trabajo fue descriptivo y longitudinal. La muestra fue no probabilística y se tomó la decisión de escoger a todas las personas con DCA internados en el Hospital Jorge, durante 6 meses, y un referente de cada uno de ellos, que en todos los casos fue el cuidador principal. Los momentos del relevamiento de datos fueron al inicio, al alta y al seguimiento, tres meses después del alta.

Los instrumentos de recolección fueron: 2 evaluaciones del campo de la rehabilitación motora, la Medida de Independencia Funcional (FIM) (Granger, Hamilton, Keith, Zielesny & Sherwin, 1986) y el Cuestionario de Integración Comunitaria (CIQ), (Dijkers, 2000). También se relevaron datos a través de un cuestionario diseñado para el proyecto y un grupo focal. El tamaño de la muestra fue delimitado por la cantidad de personas con DCA que ingresaron a la modalidad de internación del Hospital Jorge durante 6 meses y cumplían los criterios de inclusión. Quedó conformada por 14 personas con DCA y 14 referentes. El tamaño obtenido no permite generalizar resultados. Características de la muestra: De las 14 personas con DCA 6 fueron Femeninas y 8 masculinas. De ellos el origen del diagnóstico fue 5 por traumatismo craneo encefálico y 9 por accidente cerebro vascular. El tiempo transcurrido desde la lesión cerebral adquirida hasta el ingreso al Hospital Jorge osciló en un promedio de 4 meses y 4 días.

El grupo de convivencia de las 14 personas con DCA al momento del ingreso al H. Jorge fue: 11 convivían con el mismo grupo familiar y 3 con un grupo familiar diferente.

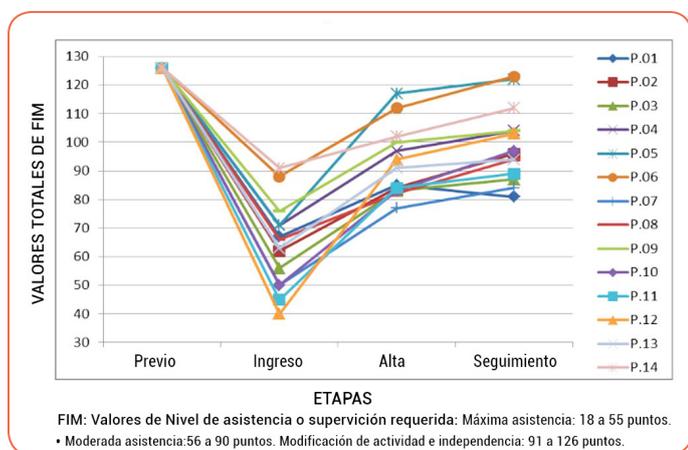
El proyecto se adhirió a los principios éticos de la declaración de Helsinki (2013), y a las normativas de la Argentina. Contó con el Consentimiento Informado de cada participante y la autorización de la Dirección del H. Jorge (aprobación del Comité de Docencia e Investigación del H. Jorge, aprobación del Comité de Ética del Hospital Arturo Oñativia).

### Resultados

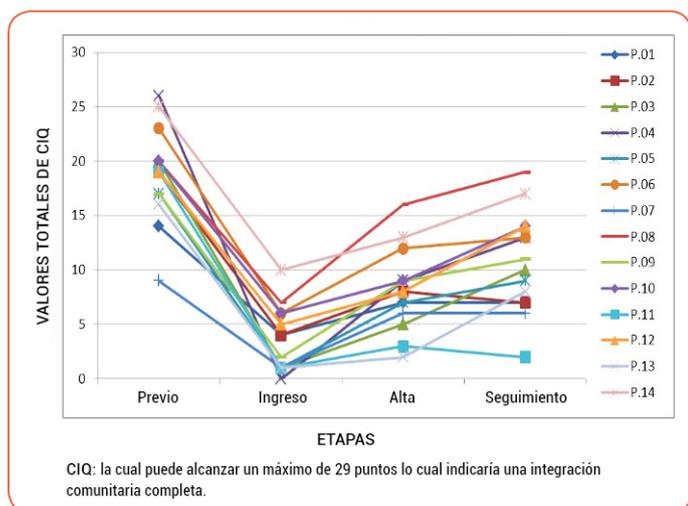
Se presentan los resultados de los datos del estado previo, al ingreso y alta de internación para rehabilitación y del seguimiento a los 3 meses del alta.

### Participación Ocupacional de las personas con DCA

A partir de los datos previos se evidenció que todas las personas del estudio eran totalmente independientes en las AVD y participaban en AIC antes del DCA. Al ingreso a la internación, todas las personas con DCA requerían asistencia en la PO en las AVD y AIC. Entre el ingreso a la internación para rehabilitación, y el seguimiento tres meses después del alta, todas las personas con DCA presentan mejoras significativas, datos que coinciden con resultados de investigaciones precedentes en el tema. Al seguimiento, tres meses después del alta, ninguna persona con DCA había restablecido el mismo grado de autonomía en las AVD y AIC, datos que también coinciden con estudios preliminares. Ver gráficos 1 y 2

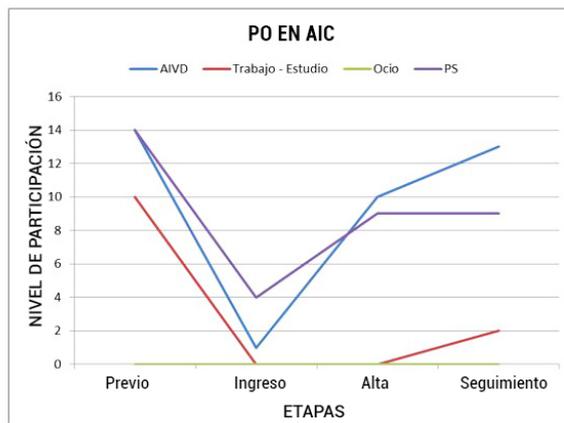


**Gráfico 1** - Valores individuales en PO en las AVD previos, al ingreso, alta y seguimiento



**Gráfico 2** - Valores individuales en PO en las AIC previos, al ingreso, alta y seguimiento

La menor participación se registró en las actividades de ocio seguidas de las de trabaja /estudio. Ver gráfico 3



CIQ: la cual puede alcanzar un máximo de 29 puntos lo cual indicaría una integración comunitaria completa.

**Gráfico 3** - Valores de PO en AIC: AIVD PS, Ocio y Trabajo / estudio antes y en las tres fases

### Contexto Social Inmediato y Próximo

Todas las personas con DCA necesitaban cuidados por parte del entorno social inmediato y próximo. Dichos cuidados eran brindados por los cuidadores principales y secundarios. De los 14 cuidadores 12 eran sexo femenino y 2 sexo masculino. El vínculo del cuidador principal estaba compuesto de la siguiente manera: 5 esposas, 3 hijas, 3 madres, 1 hijo, 1 madrastra, 1 esposo. El tiempo dedicado fue a tiempo completo en los 14 casos.

En relación a los 48 cuidadores secundarios, referidos por los cuidadores principales, se encontró un rango de correspondencia de entre 2 y 5 por cada persona con DCA, de ellos 29 de sexo femenino y 19 sexo masculino. En relación a los vínculos se halló 32 de parentesco directo, 3 parentesco político, 13 sin parentesco, con una dedicación a tiempo parcial en 33 casos y a tiempo ocasional en los 15 restantes.

El vínculo familiar directo fue muy elevado respecto del indirecto. Se observó que prevaleció el parentesco directo de generación descendiente seguido de la misma generación. Al igual que en estudios anteriores se halló la prevalencia de mujeres con vínculo familiar en su rol de esposa, madres e hijas.

Todos los cuidadores principales y secundarios refirieron prácticas de cuidado que variaban en los diferentes periodos de ingreso, alta y seguimiento. Dichas prácticas facilitaban la participación en las AVD y AIC. También se mencionaron otras actividades, el acompañarlos (mimarlos, charlarles, acompañarlos) con una frecuencia muy alta.

En todos los casos las prácticas de cuidado en las AVD lentamente fueron disminuyendo, pero continuaron en una relación muy alta a pesar de los niveles de autonomía al-

canzados por el paciente. Esto puede deberse a la forma de realización que, a pesar de lograr independencia podría implicar, un incremento en el tiempo de ejecución, un aumento del nivel de supervisión requerido o un resultado no tan satisfactorio por parte del grupo social. Ver tabla 1

ACTIVIDADES		AVD	AIVD	Ocio	PS	Acompañar
Ingreso	Frecuencia	14	11	2	0	11
Alta	Frecuencia	12	10	2	1	12
Seguimiento	Frecuencia	9	9	2	2	13

Tabla 1 - Actividades de cuidado del entorno inmediato al ingreso, seguimiento y alta. Frecuencia y Porcentaje.

Lentamente al llegar al alta de internación las personas con DCA mejoraron su autonomía, hasta llegar en 10 de las 14 personas a tener una independencia modificada. Significa que no requieren asistencia de otros, pero la PO en las AVD no era igual que antes, requiriendo elementos de apoyo, modificación en el ambiente o cambio de método.

La PO en las AIC integrada por diversas actividades donde algunas de ellas requieren desplazamiento (ir de compras) y otras son más diversificadas como las actividades de participación social (podía ser una reunión familiar en la casa o salir a bailar).

Al inicio de la rehabilitación y al alta presentaron una restricción casi total a PO en las AIC, pero luego del alta de internación aumentaron significativamente hasta llegar a la PO de 13 de las 14 personas con DCA. Sin embargo, ningún paciente logó adquirir el mismo grado de PO que antes del DCA.

Cabe destacar, entre las AIC con menor grado de PO por parte de las personas con DCA, a las actividades de trabajo, estudio y las de ocio seguido de las de participación social.

### Contexto Social Comunitario

Los cuidadores principales identificaron del contexto comunitario diversas instituciones de la comunidad. Entre ellas el Hospital de Rehabilitación referido con mayor frecuencia, seguido de desarrollo social, el Estado y los templos / iglesia. Ver tabla 2.

Se observa que el apoyo social aumenta en beneficios sociales en la medida que pasaba el tiempo, en parte por la intervención de Trabajo Social en la rehabilitación desde donde se brindó al paciente la orientación para tramitar el certificado único de discapacidad (CUD) y la pensión. Ver tabla 3.

INSTITUCIÓN	Ingreso	Alta	Seguimiento
Hospital de Rehabilitación	6	7	7
M. Desarrollo Social	2	1	1
Municipalidad	1	0	0
M. de Salud	1	1	0
M. de Educación	1	0	1
Iglesia / Templo	2	0	2
Club	1	0	1
Centro de Jubilados	1	0	1
Poder Judicial	1	1	0
Hospital de agudos	0	1	0
Estado	1	2	1
CICAIBA	0	1	1

Tabla 2 - Instituciones del entorno comunitario: frecuencia por etapa y total.

Institución/apoyo social	Prácticas de cuidado
Ministerio de Desarrollo Social	Provisión de medicación y mercadería
Municipalidad	Traslado de las personas afectadas
Ministerio de Salud	Entrega de medicación remedios, atención en salud en los distintos hospitales
Ministerio de Educación	Otorgamiento de licencias laborales a personas con DCA y familiares
Apoyo Social	Pensión y el Certificado Único de Discapacidad

Tabla 3 - Prácticas del entorno comunitario.

### Relación entre Participación Ocupacional y Cuidados

Ante el DCA las personas disminuyeron su grado de participación en la vida cotidiana que lentamente se fue incrementando en la medida de sus posibilidades.

Los cuidadores principales modificaron sus vidas asumiendo nuevos roles y aumentando lentamente sus saberes en las prácticas del cuidado. Con el paso del tiempo la función de cuidador se naturalizó o invisibilizó.

El rol del cuidador principal fue en todos los casos a tiempo completo durante la rehabilitación y en casi la totalidad de los entrevistados al seguimiento, por ello es prácticamente incompatible con el trabajo remunerado. Así nos refiere la hija de uno de los internados: "Nos rebuscamos. Por ejemplo, yo me quedo. Pensar que antes mamá me ayudaba a mí. Y yo ahora deje de trabajar."

Los cuidadores principales cambiaron sus relaciones tanto dentro del hogar como en los entornos próximos, así algunos nos compartieron que la familia fortaleció los lazos y otros por el contrario se debilitaron. Se señala el impacto y la aparición de tensiones que en ocasiones fortalecen y en otras debilitan las relaciones previas: "...y es algo que es difícil. En verdad nos sirvió porque nos unió más todavía, como familia. Tuvimos roces, que antes no teníamos. O sea, nos conocimos cosas que antes no nos conocíamos".

Podemos establecer que:

En la medida que se desarrolló la rehabilitación los escenarios en los que se integró el paciente fueron: el centro de salud y el hogar principalmente. Como consecuencia del proceso, mejoraron en mayor o menor grado las diversas destrezas funcionales y aumentó el grado de autonomía del paciente en las AVD. También, las personas con DCA comenzaron a explorar la participación en actividades comunitarias, pero principalmente dentro del hogar.

Los cuidadores principales y secundarios no solo buscaron compensar la participan en las diversas actividades sino también buscaron explorar la participación en actividades nuevas.

Los cuidadores en una primera etapa aprendieron estrategias para compensar o restablecer la PO en base a la intuición, experiencia, por educación no formal o por copia. La hija de uno de las personas de este estudio nos decía:

Y si se fue complicado porque había que darle de comer en la pieza porque no la podíamos mover, para aprender a ponerle los pañales nos ayudábamos con mi papá ¿viste?, él la giraba y yo le ponía y le sacaba. Para lavarla también e higienizarla...

Los cuidadores secundarios como hijos, hermanos, vecinos o amigos acompañaron el proceso con acciones dirigidas al paciente, pero también hacia el cuidador principal. Queda así documentada la actividad de cuidado realizada por los cuidadores secundarios donde incluye el cuidado del cuidador principal.

Durante la primera etapa de la rehabilitación hubo una fuerte relación con los centros de salud y los profesionales que los integran. Luego del alta de internación los espacios en los que se desempeñó el paciente aumentaron en mucho de los casos, los mismos afuera del hogar como el jardín o patio o espacios comunitarios como clubs o iglesias destacándose la importancia de la función que las Organizaciones cumplen en la comunidad. Aumentó aún más, la autonomía en las AVD llegando en grados muy elevados a la supervisión o independencia modificada. Así también se intensificó y diversificó la participación en las AIC. Se observó la permanencia de los cuidadores disminuyendo en muy pocos casos los tiempos de dedicación acorde a la autonomía lograda por el paciente.

En el entorno social comunitario las instituciones de salud permanecieron para consultas y seguimiento y los beneficios sociales aumentaron en base a las pensiones y jubilaciones tramitadas. Cabe mencionar que durante el relevamiento de datos se observó que:

Los cuidadores no refieren la baja participación del paciente en las actividades en el hogar, aunque éstos las hubieran realizado antes. Podría pensarse que varias de las actividades instrumentales del hogar son realizadas para todo el grupo conviviente o porque el familiar aún ve al paciente como alguien dependiente que debe recibir cuidados.

Tampoco mencionaron la restricción o limitación casi total de la participación en actividades de juego y tiempo libre. ¿Será posible hipotetizar que no son tomadas en cuenta como importantes o necesarias en la vida cotidiana? Se propone pensar que al igual que las actividades instrumentales en el hogar, son actividades que se realizan en compañía de otros y el paciente es invitado a acoplarse a la participación de los otros miembros del hogar, siendo muy raro, el caso del paciente que participa de actividades sociales solos.

Respecto de las actividades de estudio y trabajo que fueron totalmente restringidas durante los tres periodos, no son mencionadas como prácticas tendientes a ser favorecidas. Su importancia queda de manifiesto al destacar su ausencia. Por último, se observó entre la praxis del cuidado más referida por los cuidadores acompañar emocionalmente al paciente.

## Conclusiones

La relación entre los cuidados brindados por el entorno social y la participación ocupacional en personas con DCA durante el periodo de rehabilitación y seguimiento en el H. Jorge, se presenta en un panorama complejo donde se entrecruzan actores, entornos y prácticas en un escenario cambiante y dinámico, modificándose en la medida que avanzan los tiempos entre el inicio de la rehabilitación, alta y seguimiento.

La PO de las personas luego del DCA en las AVD y AIC se modifica significativamente. El grado de autonomía disminuye, la frecuencia disminuye o se descontinúa, el nivel de apoyo aumenta y las elecciones varían, siendo hasta el momento del seguimiento más vinculadas a la realización de actividades dentro del hogar o espacios cercanos del barrio. Cabe mencionar las formas de participación que previo a la lesión se realizaban en forma individual pasan a realizarse de forma grupal, acoplándose la persona con DCA a la vida del grupo familiar. Con el tiempo lentamente se va incrementando la participación en diversas actividades en la medida de las posibilidades de cada persona. Es importante señalar que ninguna de las personas de este estudio volvió a adquirir el mismo grado de PO que tenía antes de la DCA.

Las prácticas de cuidados dirigidas a compensar la PO en las AVD, AIC y sostén afectivo, se naturalizan e invisibilizan requiriendo de ajustes permanentes entre el grado de autonomía y el cuidado brindado. Dicho ajuste requiere de tiempo. Se observó que los cuidados brindados buscan compensar la participación ocupacional e invitan a explorar la participan en ocupaciones nuevas.

De los cuidadores principales encontramos que en esta población son familiares directos, todos a tiempo completo y por ello es incompatible con el trabajo productivo remunerado.

Los cuidadores secundarios, más diversificados en sus vínculos familiares, directos, indirectos y otros miembros de la comunidad, cumplieron con la función no solo de reemplazar al cuidador principal en sus tareas de cuidado, sino que también se ocuparon de cuidar de este.

Cada persona de este estudio contaba con un cuidador principal y con 2 a 5 cuidadores secundarios en espacios no institucionalizados. El número se mantuvo estable, un solo caso disminuyó un cuidador secundario.

En este complejo marco las personas con DCA buscan volver a participar de la vida cotidiana, los cuidadores principales, secundarios, instituciones y beneficios sociales, se entrelazan para poder dar paso al proceso de rehabilitación. Resulta, entonces, necesario pensar en el atravesamiento del tiempo. Un tiempo que parte del estado anterior al DCA, un tiempo que se significa a partir de cómo era la vida previa, de qué actividades participa, como, con quiénes, dónde y de qué manera. Pero también en este proceso es indispensable pensar el tiempo del futuro, que sólo tendrán significado si lo enfocamos en un continuo, con su quiebres y ondulaciones y entonces el futuro que se vislumbra incierto se va aclarando en la medida que la persona con DCA, sus familiares y allegados pueden volver a proyectar.

Los cuidados en salud también se presentan como praxis, como participación en la vida cotidiana asegurando así derechos y cambios que permiten el desarrollo de la vida cotidiana y de las sociedades. Los cuidados exceden las familias y deben ser parte de las políticas públicas como señala Chardon (2019). Esta mirada ampliada conceptualizada hace ya algunas décadas por diversos autores y organismos establece un vínculo entre los diferentes niveles del contexto social, la persona, familiares y allegados, personas del barrio y la comunidad, las instituciones, los programas y el Estado, reconocido desde hace décadas en los Derechos Económicos Sociales, Culturales, por las Naciones Unidas y por autores estudiosos de las Políticas Públicas.

A partir de los resultados de este proyecto de investigación y de la vacancia en temas vinculados a la relación entre participación ocupacional y cuidados, surgen nuevos interrogantes

acerca de la vida cotidiana y cuidados en salud de las personas con DCA, de los instrumentos de recolección de datos que llevan a la orientación de los tratamientos, de las oportunidades de participación en la vida en comunidad y de las prácticas que fortalezcan los espacios de derechos.

Finalmente surge así la pregunta si las políticas de salud dirigidas a las personas discapacitadas se orientan a garantizar a futuro la PO en diversas actividades en el entorno del hogar y la comunidad, con acciones dirigidas no solo a las personas con DCA sino a todos los actores intervinientes. Con una mirada que considera que la salud y el bienestar están directamente relacionadas a la posibilidad de participar en la vida cotidiana y en la comunidad. ■

[Recibido: 21/02/18 - Aprobado: 20/06/19]

### Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2010). *Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso*. Recuperado de: <http://www.terapia-ocupacional.com/ao-ta2010esp.pdf>
- Barbieri, M., Bosque L., Ortiz, Z., Olmos S., Ron, M. y Schiappacasse, C. (2010). *Impacto Familiar, Social y Económico de la Enfermedad Trauma. Un enfoque Interdisciplinario*. Premio a la academia Nacional de Medicina 2010. Argentina. Recuperado de <http://wp.conduciendoa conciencia.org/blog/post/trabajo-a-premio-de-la-academia-nacional-de-medicina-2010/175>
- Bascones Serrano, L. M. y Quezada García, M. (2010). Situación Socio sanitaria del Daño Cerebral Adquirido. En Polonio López, B. y Romero Ayuso, D. M. (2010) *Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA.
- Batthyany, K. (2013). Perspectivas actuales y desafíos del sistema de cuidados en Uruguay. En Pautassi, L. y Zibecchi, C. (coord) (2013). *Las Fronteras del cuidado. Agenda derechos, e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos.
- Brovelli, K. (2015). Cuando el cuidado no es un asunto de mujeres. Organización de los cuidados por parte de personas en situación de vulnerabilidad psicosocial. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 1(1). Recuperado de <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/volumen1.html>.
- Bordelois, I. (2016) *Etimología de las pasiones*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Casado D., López i Casasnovas, G. (1998). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. *Colección de Estudios Sociales*, 6, 68-75. Barcelona: Ed. Fundación "La Caixa". Recuperado de: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/casado-vejez-01.pdf>.
- Chardon, M.C. (2019). Cartografías del cuidado: despliegues de etimologías y temáticas. En Chardon, M.C; Montengro, R.R. y Borakievich, S. B. (Comps.) *Instituciones y sujetos del cuidado*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes
- Chardon, M. C., Borakievich, S., Ferreyra, M. y Pegoraro, V. (2011). La construcción del cuidado y la alteridad. En Chardon, M.C. (coord.)

- Transformaciones del espacio público*, pp. 255-272. Buenos Aires: La Crujía.
- COMBI The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. Recuperado de <http://www.tbims.org/combi/bg.html>
- Dawson D., Markowitz M. y Stuss, D.T. (2005). *Community integration status 4 years after traumatic brain injury: participant-proxy agreement*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16170251>.
- Dijkers, M. (2000). *The Community Integration Questionnaire*. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. Recuperado de <http://www.tbims.org/combi/ciq>.
- Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (coord.) (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES.
- Gangoitti Aguinada (2010). Recursos asistenciales de las personas con daño cerebral adquirido. En Polonio López, B.; Romero Ayuso, D. M. (2010) *Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*, pp. 27-36. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Gherardi, N. y Zibecchi, C. (2011). El derecho al cuidado: ¿Una nueva cuestión social ante los tribunales de justicia de Argentina? *Revista Política*, 49(1), 107-138. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/316887888/GHERARDI-El-Derecho-Al-Cuidado>
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielesny, M. y Sherwin, F. S. (1986). *Functional Independence Measure*. En Isaac, L. (2016). The FIM(TM). The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. Recuperado de <http://www.tbims.org/combi/FIM>
- Kielhofner, G. (2006) *Fundamentos Conceptuales en Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kramer S., Churilov, R., Kroeders, L., Pang M. y Bernhardt J. (2013). Findling, Changes in Activity Levels in the First Month after Stroke. *Journal of Physical Therapy Science*. 25(5), 599-604. Recuperado de [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/25/5/25\\_jptsd-2012-418/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/25/5/25_jptsd-2012-418/_article/-char/ja/)
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. Distinguished Scholar Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640-649.
- López, E., Findling, L., Lehner, M. P., Ponce, M., Venturiello, M. P. y Champalbert, L. (2012). Quereres y deberes: ¿cómo cuidan las mujeres su salud y la de su familia? En A. L. Kornblit, A.C. Camarotti y G. Wald (Comps.) *Salud, sociedad y derechos: investigaciones y debates interdisciplinarios* (pp. 137-155). Buenos Aires: Teseo.
- Mayo NE., Wood-Dauphinee S., Côté R., Durcan L. y Carlton J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch. Phys. Med. Rehabilitation*. (2002). Aug; 83(8) 1035-42. Recuperado de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mayo%20NE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=12161823](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mayo%20NE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12161823)
- Pautassi, L. y Zibecchi, C. (coord) (2013). *Las Fronteras del cuidado. Agenda derechos, e infraestructura*. Buenos Aires: Biblos
- Polonio López, B. y Romero Ayuso, D. M. (2010) *Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Razavi, S. (2007). The political and social economy of care in the development context. *Conceptual issues, research questions and policy options. Gender and Development Programme 3*, Ginebra: UNRISD. Recuperado de <http://goo.gl/IVSoob>.
- Ruiz Ríos. A. y Nava Galán M.G. (2012). Cuidadores: Responsabilidades - Obligaciones. *Revist. Enf. Neurol. (Mex)* 11(3) 163-169, 2012. Recuperado de [www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf)
- Sendroy-Terrill M., Whiteneck G.G. y Brooks CA (2010). Aging with traumatic brain injury: cross-sectional follow-up of people receiving inpatient rehabilitation over more than 3 decades. *Arch Phys. Med. Rehabil.* 91(3), 489-97. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20298844>
- Spencer, J. C. (2005) Evaluación Contextual del Desempeño; En Crepeau, Cohn, Schell (Willard & Spackman). *Terapia Ocupacional* (pp. 427-448). España. Editorial Médica Panamericana.
- Stone R., Cafferata, G. y Sangel, J.( 1987) en Flórez Lozano J, Adebá Cardenas J, García García M.C Gómez Martín M ,P .( 1997) citado en Ruiz Ríos.A, Nava Galán M.G. (2012). *Revista Enf Neurol (Mex)* 11(3) 163-169, 2012/ene123i.pdf 2012. Recuperado de [www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-)
- Venturiello, M. P. (2014). Los adultos con discapacidad motriz y sus familiares: la organización del hogar, los afectos y el trabajo. *Revista Española de Discapacidad*, 2(2), 103-120. Recuperado de <file:///C:/Users/fabia/Downloads/Dialnet-LosAdultosConDiscapacidadMotrizYSusFamiliares-4904091.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra, Suiza. Recuperado de [https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif\\_2001.pdf](https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf)

#### Cómo citar este artículo:

Cacciavillani, F. y Chardon M. C. (2019). Participación Ocupacional y Cuidados en personas con Daño Cerebral Adquirido. Estudio de caso durante el periodo de rehabilitación y seguimiento. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 12-19.



# Representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional en salas de Clínica Médica

Social representations of health professionals about Occupational Therapy interventions in the Internal Medicine Units

Cecilia Spikermann

## Cecilia Spikermann

Licenciada en Terapia Ocupacional. Realizó la Residencia básica y jefatura de residencia en Hospital B. Rivadavia, Residencia de Terapia Ocupacional del GCBA. Actualmente Residencia Interdisciplinaria de Cuidados Paliativos del GCBA, con base en Hospital Carlos Bonorino Udaondo.

ceciliaspikermann@yahoo.com.ar

## Resumen

El presente trabajo surge a partir de mi experiencia como residente en la sala de Clínica Médica de un hospital general de agudos del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Se detectó que en varias oportunidades fue necesario explicitar a los profesionales las incumbencias del terapeuta ocupacional en dicha área. Además, se ha percibido que en ocasiones las derivaciones a Terapia Ocupacional eran inadecuadas o tardías, dificultando el trabajo diario. Por ese motivo, se lleva a cabo un protocolo de investigación cualitativo, con el objetivo conocer las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional en la sala de Clínica Médica del Hospital B. Rivadavia, y de este modo, favorecer una adecuada difusión del rol en el área, pudiendo pensar e implementar modificaciones para una mejora en el trabajo diario, con el consiguiente beneficio para los profesionales, la institución, y principalmente, los pacientes.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, agudos, equipo multidisciplinario, representaciones sociales.

## Abstract

*The present report arises from my experience as a resident in the Internal Medicine unit at a general acute care hospital of the public health system of the city of Buenos Aires (Argentina), where, in several occasions it was necessary to explain to the professionals the OT's responsibilities in that area. In addition, referrals to OT were inadequate or delayed in several occasions, making daily work difficult. For this reason, the present qualitative research protocol is carried out, with the objective of investigating the social representations of health professionals about TO interventions in the Internal Medicine unit of the Hospital B. Rivadavia, and thus, promote an adequate diffusion of the role in the area, being able to think and implement modifications for an improvement in daily work, with the consequent benefit for the professionals, the institution, and mainly, the patients..*

**Key words:** Occupational Therapy, acute, multidisciplinary team, social representations.

## Introducción

El presente trabajo surge a partir de mi experiencia como residente de Terapia Ocupacional en la sala de Clínica Médica en el Hospital General de Agudos B. Rivadavia.

La intervención de Terapia Ocupacional (TO) en las salas de Clínica Médica, en hospitales generales de agudos de la C.A.B.A, comenzó en el año 1998, a partir de la iniciación del Programa de Residencias y Concurrencias de Terapia Ocupacional del G.C.B.A. (Pérez, 2013). Actualmente, dicha especialización en el área de adultos, tiene lugar en los hospitales Dr. Enrique Tornú y B. Rivadavia, en el servicio de internación de Clínica Médica, y otras especialidades que soliciten la intervención de Terapia Ocupacional, como por ejemplo la Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad Coronaria, Neurología, Cirugía, etc.

La inserción de TO en estos dispositivos, tiene que ver con que el proceso de hospitalización aguda y se asocia con frecuencia a una limitación en el desempeño ocupacional<sup>1</sup>, particularmente en las personas mayores (Pérez, 2013). Esta problemática puede deberse a diversas causas (por ejemplo, alguna limitación física secundaria a alguna enfermedad), pero, en el proceso de internación (sobre todo cuando la misma es prolongada), ocurre un fenómeno llamado descondicionamiento<sup>2</sup>, que ocasiona complicaciones secundarias a la hospitalización, disminuyendo la capacidad funcional de las personas y deteriorando su estado de salud.

Es por eso que el objetivo de TO en un hospital general de agudos está focalizado en promover la participación de los pacientes internados en actividades cotidianas, prevenir complicaciones secundarias al reposo prolongado en cama, mantener o aumentar el nivel de funcionamiento para reducir el impacto de la internación al momento del alta (Pérez, 2013). La metodología de trabajo en dichos hospitales es multidisciplinaria, con lo cual, el terapeuta ocupacional está en contacto permanente con otras disciplinas de la salud (médicos/as, kinesiólogos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales), con quienes se intercambia información de forma constante.

En lo que respecta mi experiencia por la sala de internación de Clínica Médica, en varias oportunidades fue necesario explicitar a los y las profesionales las incumbencias del terapeuta ocupacional en esta instancia. Además, se ha percibido en

algunas oportunidades derivaciones inadecuadas o tardías, dificultando el trabajo diario.

Se considera que lo anterior puede estar relacionado al escaso conocimiento que se tiene acerca de la profesión en general. A esto se le suma que la inserción de TO en hospitales generales de agudos es reciente respecto a otras áreas, y son pocas las instituciones que cuentan con este servicio. Por lo tanto, es posible que muchos y muchas profesionales no estén interiorizados/as en el rol del terapeuta ocupacional en estas instituciones. Por lo planteado hasta aquí, es que formulo la siguiente pregunta: ¿Cómo son las representaciones sociales de los y las profesionales de la salud que forman parte del equipo de las salas de internación de Clínica Médica en el Hospital general de agudos B. Rivadavia (HGA), sobre las intervenciones del terapeuta ocupacional en dicha área?

## Población y Muestra

La elección de la muestra fue no probabilística, intencional y por cuotas, hasta conseguir la redundancia y saturación teórica de los datos y procurando generar representatividad de cada una de las profesiones en la misma.

### Criterios de inclusión:

Todo y toda profesional de la salud que desempeñe tareas en el área de Clínica Médica en el Hospital B. Rivadavia, en el transcurso del año 2017/2018, sea residente, concurrente o de planta permanente del mencionado hospital.

### Criterios de exclusión:

Todo y toda profesional de la salud que no desee participar del estudio.

La investigación fue llevada a cabo en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital B. Rivadavia, durante el período de Junio de 2017 a Mayo de 2018.

El presente protocolo de investigación científica fue presentado en el Comité de Ética en Investigación (CEI) Hospital B. Rivadavia, siendo aprobado por el mismo el 14/06/2017. Se respetó y cumplió con todas las legislaciones y reglamentaciones pertinentes para este estudio, a las cuales adhiere el CEI según su Manual de Procedimientos operativos vigentes al momento de su realización.

Aquellas personas que aceptaron participar del estudio, debieron previamente firmar el consentimiento informado y hoja de información para los sujetos de investigación. Se respetó la confidencialidad de la información personal registrada garantizando la no utilización de la misma en perjuicio de los sujetos en estudio, según los términos de la Ley 1845 (Ley de protección de los datos personales, C.A.B.A.).

1 Desempeño Ocupacional: es la acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/entorno y la actividad. (Ávila Álvarez, A. et al., 2010)

2 Descondicionamiento: son aquellos cambios que ocurren dentro de los primeros días o semanas de internación debido a una rápida disminución en la actividad, la cual afecta negativamente a un amplio rango de sistemas fisiológicos, independientemente de la enfermedad. El mismo revierte con la actividad. (Stucki, G., 2005 en Pérez, M., 2006)

## Diseño, materiales y métodos

El diseño fue descriptivo, observacional, transversal, y prospectivo. Respecto al enfoque metodológico, se realizó un trabajo cualitativo, ya que el objeto de estudio cuenta con gran contenido subjetivo, y en las investigaciones de esta índole, se considera más rico un relevamiento de datos donde se puedan destacar los aspectos subjetivos de los discursos. En los estudios cualitativos, se busca la comprensión de la conducta humana, desde el propio marco de referencia del sujeto que actúa; se valora la diversidad de los sentidos, lo heterogéneo de los significados que cada individuo le otorga a su experiencia, situada en contextos específicos y complejos (Bottinelli, 2003).

## Instrumento de recolección de datos

Se aplicó una entrevista semi-estructurada, con preguntas abiertas a través de las cuales se buscó obtener la opinión propia de cada sujeto, con el fin de obtener datos reales, ricos y profundos (Bottinelli, 2003).

**VARIABLES EN ESTUDIO:** profesión, género, edad, cargo (planta, residente o concurrente), antigüedad en el cargo, Representaciones Sociales sobre las intervenciones de TO en el HGA.

## Análisis de datos

Al tratarse de un trabajo de carácter *cualitativo*, para el análisis de datos se utilizaron ejes de análisis. Los mismos fueron categorizados a partir de la conceptualización de “*representaciones sociales*” propuesta por Moscovici:

La representación social representa a un objeto, y al mismo tiempo pertenece, es parte del mundo subjetivo de un sujeto. El ámbito de significados comunes depende del grado en que se comparta la cultura de un determinado grupo social y las representaciones sociales que involucra. Cada grupo desarrolla su propia concepción de la realidad. (Moscovici, 1961 citado en Aiseison, 2011, p.162)

En relación con el mismo concepto, Moscovici agrega que:

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, S., 1979 citado en Mora, M., 2002, p.7)

A partir de esta última definición, y con fines didácticos, Moscovici divide las representaciones sociales en tres dimensiones: la *información*, organización o suma de conocimientos

con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento/hecho (esta dimensión conduce a la riqueza de datos o explicaciones que se forman los individuos sobre la realidad). El *campo de representación*, expresa la organización de contenido de la representación en forma jerarquizada y remite a la idea de imagen, (deben considerarse los factores ideológicos en la estructuración del campo de representación). Finalmente, La *actitud*, que considera la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social, (Moscovici. 1979, citado en Mora, 2002).

Teniendo en cuenta lo previamente descripto, en el presente trabajo se realizó el análisis de los datos de la siguiente manera:

1. Se desgravaron las entrevistas realizadas y se transcribieron las respuestas en sistema computarizado.
2. Se agrupó la información en relación a cada pregunta, y se clasificó según la dimensión detectada (actitud, campo de representación, información).
3. Se buscaron adjetivos calificativos, palabras que surjan con mayor o menor frecuencia, similitudes y diferencias en cada relato.
4. En un segundo tiempo, se pasó a un nivel de análisis interpretativo, en el que se volcó la información en un cuadro con diferentes categorías (actitud, información, campo de representación, y Representaciones Sociales según profesión), para facilitar la visualización y el consiguiente análisis de contenido, según cada eje de análisis.

## Descripción de la muestra

La muestra quedó conformada por 14 profesionales de la salud: 5 hombres y 9 mujeres, de edades entre 28 y 64 años. Participaron 1 kinesiólogo y 2 kinesiólogas de planta (de 2, 5 y 12 años de antigüedad), 1 trabajadora social de planta (de 4 años de antigüedad), 1 psicóloga de planta (5 años antigüedad), 2 enfermeros de planta (de 10 y 5 años antigüedad), 2 médicos y 2 médicas residentes (2 de 1er. Año, y 2 de años más avanzados), 1 médico y 2 médicas de planta (uno de 40 años de antigüedad, y dos de reciente tiempo en el cargo: menos de 2 años).

## Resultados

### Información y campo de representación

#### En relación a las intervenciones

Al realizar el análisis de los datos, se observó que las personas entrevistadas relacionaron asiduamente el rol de TO en sala de Clínica Médica, con el trabajo con las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Esto puede verse en frases como “*involucrar a los pacientes en actividades de la vida diaria*” (K3), “*Evaluar lo que*

*impide al paciente realizar sus actividades” (P1), “que los pacientes vuelvan a tener su funcionalidad” (MP2).* Otros y otras profesionales detectaron, además, el trabajo con actividades creativas o recreativas, aunque con menor frecuencia que las AVD: se escucharon frases del estilo *“trabajan la reconexión con lo creativo” (P1) o “los he visto traer libros para que leyeran” (MR1).*

El hecho de que la mayoría de los y las profesionales hayan detectado este aspecto, puede demostrar un grado de conocimiento importante de la profesión, ya que el terapeuta ocupacional, promueve la inmediata participación de las personas en las A.V.D. (actividades de la vida diaria) que tienen sentido y propósito para la misma, con el fin de mantener o recuperar la capacidad funcional del paciente y en consecuencia impactar en sus funciones y estructuras corporales (Pérez, 2013).

Sin embargo, se observó que los y las profesionales presentaron dificultades para identificar el uso terapéutico que el terapeuta ocupacional implementa al trabajar con las actividades.

En muchas oportunidades, profesionales mencionaron que TO interviene con aquellos y aquellas pacientes que se aburren, o tienen dificultades de ocupar su tiempo:

“pacientes con alguna cuestión de ansiedad, porque le ocupa el tiempo con algo recreativo” (P1), “Cuando veo que el paciente está muy poco involucrado en actividades, pasa mucho tiempo en cama y no se le ocurre que hacer” (MR3), “cuando el paciente refiere me aburro en sala y me gustaría involucrarme en alguna actividad” (MP2).

Aquí se observa, que suelen identificar a la profesión con la *prescripción de actividades*, o de la utilización de dichas actividades con el único fin de entretenimiento. Esta mirada quizás esté influenciada por la visión verticalista médico hegemónica, que deja al paciente en un lugar pasivo. En este sentido, uno de los principales pilares de la profesión, es trabajar con aquellas actividades que resulten *significativas* para la persona, tomando a esta como protagonista en su tratamiento.

Otra intervención del terapeuta ocupacional que los y las profesionales recordaban con frecuencia, fue el trabajo con las habilidades motoras de los y las pacientes (cambios de posicionamiento, ejercicios funcionales, etc.), esto se ha visto en frases como:

“Es como que activan a los pacientes que están postrados o con alguna dificultad en la movilidad”(P1); “siempre lo pido cuando quiero que el paciente se mueva, camine, o no crea que por estar internado tenga que estar todo el tiempo planchado, y no pierda esa capacidad funcional(MP3)”.

A la vez, se observó que los y las profesionales también detectaron el uso de equipamiento, adaptaciones y elementos de uso diario. Esto, (y también el trabajo con las actividades) puede deberse a la facilidad de observar empíricamente dichas intervenciones en el ámbito de trabajo. En varias oportu-

nidades, daba la impresión que mencionaban los elementos utilizados en las intervenciones, por lo llamativo de los mismos, pero sin comprender por completo su función. Por ejemplo, una médica de planta refirió *“lo que me llama la atención son los elementos”.* Generalmente, el uso del equipamiento fue asociado al “comfort” de las personas *“los pacientes siempre están esperando que vengan, refieren que con el uso del equipamiento pudieron estar mejor, más tranquilos...” (P1),* este puede ser uno de los objetivos del uso del equipamiento, aunque no el único. Por ejemplo, no se ha señalado la utilización de los mismos para evitar la aparición de escaras. Este fue un aspecto mencionado por profesionales de medicina y enfermería, pero sin ligarlo al uso del equipamiento.

La inserción de TO en salas de Clínica Médica, se enmarca dentro del área de rehabilitación física. Entre las intervenciones que se realizan, se encuentran aquellas destinadas a mantener o mejorar las habilidades motoras de las personas, dentro de un enfoque integral, centrado en la persona y sus ocupaciones.

La elevada prevalencia con la que los y las profesionales de la sala detectaron de este aspecto, puede deberse a la gran frecuencia con la que se realizan estas intervenciones. Además, la mayoría de las personas entrevistadas, tienen formación en el área biomédica (Medicina, Enfermería, Kinesiología), con lo cual, su observación también podría estar más ligada a dicho campo de formación.

Más allá de la relación de la TO con aspectos motores, muchos/as de los/as entrevistados/as ligaron la intervención de las terapeutas ocupacionales con personas de *edad avanzada*, que se encuentren atravesando *situaciones de vulnerabilidad social*; por ejemplo, aquellas personas que tienen escasa o nula red de apoyo, y/o que suelen transcurrir largos períodos de internación.

Esto puede relacionarse con el incremento de las problemáticas sociales complejas de la actualidad. Podría inferirse que en algunas oportunidades, los y las profesionales asocian la intervención del terapeuta ocupacional, con un modo de compañía, donde se intentaría paliar la fragilidad de la red social de esas personas:

“Cuando los llamamos a ustedes es para que esas personas, primero, tengan con quien hablar, porque muchas veces están solos”(MR1) , “ayudan al paciente en su período de internación a no estar tan quieto, a no tener tanta falta de inclusión, porque el paciente internado está un poco solo, un poco apartado del mundo”(MR2), “tratan de resolverle problemas a ese paciente que quizás no puede por estar en la cama todo el día, y capaz no pasa nadie en todo el día o pasan pocos”(MP3).

Al asociar principalmente el accionar del terapeuta ocupacional con personas en contexto de vulnerabilidad social, los y

las profesionales no solían mencionar el trabajo con las familias; una intervención que se realiza con frecuencia en el área para asesoría en los cuidados, capacidad funcional de la persona, acompañamiento soporte emocional, etc. Sólo fue mencionada por dos enfermeros, ligada a la asesoría en cuidados posturales, y por la psicóloga y trabajadora social, en relación al acompañamiento y soporte a la familia. Esto último probablemente se relacione al hecho de que las últimas profesionales forman parte del equipo de Cuidados Paliativos que funciona en el hospital, donde se inserta TO, y por este motivo existe un intercambio de información más fluido en relación al accionar profesional. Otros y otras profesionales, quizás no hayan tenido oportunidad de observar al terapeuta ocupacional interviniendo con las familias. Es interesante que la TS mencionó ambos aspectos (tanto la intervención con las familias, como el trabajo con aquellos pacientes que presentaban escasa red social).

### **Describiendo el Rol de Terapia Ocupacional en la sala**

Se observó que los y las profesionales presentaron cierta dificultad para describir el rol del terapeuta ocupacional en la sala de Clínica Médica, ya que en general, fueron nombrando las diferentes características percibidas en un modo fragmentado, y no en un discurso continuo. Iban mencionando los diferentes aspectos, según recordaban, y de forma separada. Esto puede guardar relación con la formación de grado de TO, que además de los saberes propios de la disciplina, toma conocimientos de diferentes campos de la salud (biomédicos, de salud mental, comunitario, etc.), lo que favorece la mirada integral del paciente a la hora de intervenir, pero puede suceder que ocasione confusión para que otras profesiones logren identificar un rol definido de dicha disciplina, o comprender como confluyen todas estas incumbencias en una sola profesión.

### **Una mirada integral**

Es de relevancia resaltar que muchas de las personas entrevistadas destacaron la mirada *integral* que presentan las terapeutas ocupacionales al abordar los y las pacientes:

“Se ocupan tanto de la rehabilitación física, como todo el contexto, todo lo concerniente al paciente” (MP2), “le preguntan su rutina en la casa o todo ese tema de cosas personales, más profundo” (MP3), “tienen tiempos diferentes de abordajes, y favorece que se brinde una atención más completa a los pacientes” (K1).

Varios y varias profesionales relacionaron a la intervención del terapeuta ocupacional con conceptos como *bienestar, confort, autonomía, y calidad de vida*. En relación a los objetivos del terapeuta ocupacional en la sala de Clínica Médica, los y las profesionales mencionaron algunos tales como:

“Procurar el bienestar de la persona, trabajar con su potencial para que pueda alcanzar un estado de bienestar y autonomía” (P1), “mejorar la calidad de vida durante la internación” (TS1), “mejorar el confort, buscarle una mejor calidad de vida” (K2).

Estas frases continúan denotando lo que denominaban como “mirada integral” y que atribuyen al quehacer profesional del terapeuta ocupacional. Se resaltó, además, el acompañamiento que realiza a los y las pacientes, el tiempo dedicado y la capacidad de escucha:

“Yo creo que son las que más escuchan a los pacientes (...) escuchan sus preocupaciones, más allá de que tengo y como me curo” (MP2)

“los pacientes se sienten mucho más cómodos, sienten que alguien les presta atención, que realmente se interesa...” (P1)  
“ustedes hablando, ayudan a que esos pacientes estén mejor” (MR1).

Es importante que los y las profesionales hayan detectado esta característica del abordaje en TO. La escucha activa, y el soporte emocional, conforman un pilar fundamental en la construcción de un vínculo terapéutico, y en el acompañamiento de pacientes hospitalizados y sus familias, atendiendo a sus necesidades integrales. Es importante señalar, que el soporte emocional no es incumbencia específica de TO, sino que se encuentra entre sus posibles intervenciones. Para brindar un cuidado más humanizado, esta intervención debería ser central en toda profesión de la salud.

### **En relación a las derivaciones**

Se encontró que para las personas entrevistadas, no fue sencillo identificar y describir los criterios de derivación que utilizan para solicitar intervención de TO. Al intentar mencionarlos, solían realizarlo de un modo ambiguo, pero demostrando que detectan necesidad de TO en una gran cantidad de pacientes en frases como “nosotros derivamos muchos pacientes” (MR1), “de los pacientes que están internados, a casi todos” (MP2), “no creo que hay alguien que diga no, este no voy a derivarlo” (MR3). Incluso, en ocasiones, y a modo de broma, algunos profesionales mencionaban “derivamos a todos” (risas)(MR4).

De todos modos, lograron identificar algunos criterios generales de derivación: la mayoría de los y las profesionales refirieron que suelen derivar a TO los y las pacientes que transcurren *largos períodos de internación, sin o con escasa red de apoyo y de mayor edad*. De este modo, puede verse reflejado como las personas entrevistadas, relacionan el rol del terapeuta ocupacional con el trabajo con pacientes que posean una limitación funcional y/o complicación establecida. Este aspecto pudo apreciarse en frases como: “en pacientes que vienen de una internación prolongada y quiero que se vayan a casa, los

necesito, porque esa persona perdió orientación en tiempo y espacio, perdió capacidades habituales” (MP2).

Una vez más, se observa la asociación que realizan los y las profesionales en relación al trabajo de los y las terapeutas ocupacionales con pacientes que atraviesan situaciones de vulnerabilidad social: “derivo pacientes sociales, pacientes que no tienen familia” (MR1), “aquellos pacientes que están solos, en su mayoría de más edad, que no puedan moverse, o se puedan mover pero estén solos”(MR2), “aquellos pacientes solos que nadie los pueda ayudar a movilizarse”(MP2).

Retomando el apartado anterior, el hecho de derivar pacientes que posean una limitación funcional, es adecuado, teniendo en cuenta que según lo referido por la bibliografía, uno de los principales objetivos de TO en salas de Clínica Médica es promover la autonomía de las personas (Pérez, 2013). Sin embargo, no debe perderse de vista que el terapeuta ocupacional en agudos trabaja para garantizar una rehabilitación precoz, focalizando en la intervención temprana para *prevenir el desacondicionamiento* y evitar que surjan complicaciones secundarias a la hospitalización. Esto no quiere decir que también se trabaje con pacientes con complicaciones establecidas previamente. Se señala lo siguiente porque se observó mayor dificultad por parte de los y las profesionales en reconocer el papel que la profesión cumple en acciones preventivas. Sólo en una oportunidad una médica de planta de escasa antigüedad en el cargo, mencionó que el terapeuta ocupacional procura “que el paciente que se interna tenga las herramientas para poder evitar enfermedades”.

El hecho de que los y las profesionales refieran derivar pacientes con complicaciones establecidas, puede guardar relación con varios aspectos.

La mayoría de los y las profesionales recibieron formación de grado en el marco del modelo imperante de atención en salud (médico hegemónico), el cual se centra en la enfermedad y su curación, dejando en un segundo plano la promoción y prevención de la salud. Sumado a esto, la demanda que se recibe diariamente en el hospital, puede influenciar en que los y las profesionales prioricen derivar aquellos/as pacientes que ya posean una complicación, antes de los que no la hayan adquirido aún. En la actualidad, se ha evidenciado un aumento de la demanda de pacientes que no poseen, o disponen de escasa red social de apoyo. Y, por último, la derivación de pacientes con patologías ya establecidas, puede deberse a la inserción histórica de la TO en dispositivos de tercer nivel de atención. Desde sus orígenes, la profesión trabajó con pacientes que presentaban patologías crónicas, que ocasionaran severas limitaciones en la funcionalidad. Con lo cual, el imaginario social de la misma puede asociarse con mayor facilidad a este tipo de abordaje.

### *Rol de Terapia Ocupacional en el equipo*

Un aspecto muy destacado por los y las profesionales, fue el rol de comunicador que el terapeuta ocupacional cumple en el equipo. En numerosas ocasiones, las personas entrevistadas representaron al terapeuta ocupacional como nexo entre pacientes y profesionales “es un eslabón de un montón de cosas que normalmente están desconectadas” (K2). Refirieron la utilidad del intercambio de información con dicho profesional: “las veo como intermediario entre la parte médica y pacientes” (MP2), “hablar con ustedes me da buena información, que la necesito” (K1), “Para mí hoy es ir a la sala y preguntar, ¿qué opinas de este paciente?”(P1). De esta manera, puede verse reflejado el esfuerzo diario de las terapeutas ocupacionales de entablar comunicación fluida con el equipo, un pilar importante de intervención en el área. Además, se mencionó el trabajo interdisciplinario, y la importancia del mismo. “un trabajo interdisciplinario es mucho más productivo que una sola disciplina que quiera abarcar todo, me parece mucho más óptimo y que resulta” (K3). Sin embargo, en lo cotidiano, el estilo de trabajo que se observa en la sala de Clínica Médica, se asemeja más a la *multidisciplina*, donde cada profesional realiza intervenciones separadamente, con sus propios objetivos, existiendo pocos espacios de reunión, intercambio, o de planificación en conjunto. Los momentos en los que se entrecruza información quedan reducidos a esfuerzos individuales de aquellos y aquellas profesionales que deseen realizarlo. Es decir, el intercambio de información sucede, pero luego, cada cual trabaja con su propio abordaje de modo paralelo, sin establecer metas ni objetivos en común.

### **Actitudes**

En líneas generales, los y las profesionales mencionaron cualidades positivas del rol de Terapia Ocupacional en salas de Clínica Médica. Se mencionó en muchas oportunidades la utilidad del trabajo en conjunto con las terapeutas ocupacionales en la sala: “me sirve mucho TO para el abordaje” (K1).

También se destacó la buena predisposición para trabajar, compromiso y compañerismo: “muy buena predisposición para trabajar y muy buena respuesta de los pacientes” (MP2). “el trato siempre fue excelente con ustedes, siempre buena predisposición, nunca me rechazaron nada, la verdad, muy agradecido a su servicio” (MR2).

Se resaltó también la cantidad de tiempo dedicada a los y las pacientes como algo positivo “tienen más tiempo con ese paciente, y eso me sirve, para ver cómo avanzar” (K1).

En relación a la efectividad de las intervenciones de TO en la sala, todas las personas entrevistadas mencionaron efectos positivos: “muy buena, y muy valorada además” (TS1), “yo creo que ayudan mucho, yo las veo que se preocupan por un montón de cosas” (K2), “efectos totalmente positivos, lo que es Terapia Ocupacional acá es excelente” (MP2), “hemos visto

cambios enormes” (MP3). En algunas oportunidades, se mencionó el aprendizaje vivenciado junto a las terapistas ocupacionales: “el abordaje me parece excelente, aprendí mucho de ustedes” (MP2), “me parece un trabajo sumamente valorable, he aprendido un montón de cosas, siempre que busco alguna sugerencia me interesa la opinión del terapeuta ocupacional, porque a veces tienen una visión que yo no la tengo”(TS1).

Solamente en dos ocasiones, se comentaron algunas *resistencias* existentes con el servicio: Kinesiología, mencionó la presencia de cierto “resquemor” por la similitud que existe entre ambas profesiones. Sin embargo, él y ellas no comparten esa actitud, de acuerdo con la experiencia del trabajo diario. Un médico de 40 años de antigüedad en el puesto, mencionó la resistencia existente entre los médicos y las médicas de mayor antigüedad ante la inclusión de la TO en el equipo de Clínica Médica. Atribuyó este hecho al desconocimiento que existe sobre la utilidad y el objetivo de dicha profesión. De todos modos, continuó refiriéndose a la profesión (y a las otras profesiones no-médicas) como “co-adyuvante” de la medicina, manteniendo una actitud centrada en lo médico hegemónico. Lo cual atribuye un carácter subalterno de la profesión respecto de la medicina. Por más que estas últimas dos opiniones hayan referido cierta incomodidad con la profesión, ambas terminaron virando hacia una actitud positiva con la misma. Al ser una terapeuta ocupacional perteneciente al servicio la que realizaba las entrevistas (yo misma), es probable que los y las profesionales presentaran comentarios negativos que hayan decidido omitir a la hora de realizar la entrevista.

### **Representaciones Sociales según profesión**

La mayoría de los y las profesionales (Kinesiología, Medicina, Psicología y Enfermería), detectaron similitudes entre la TO con otras profesiones, principalmente con Kinesiología.

Es llamativo el hecho de que los y las profesionales constantemente asemejen el rol del terapeuta ocupacional con el de otras profesiones. Esto puede guardar relación a la formación de grado amplia que recibe el terapeuta ocupacional, en donde se toman conocimientos de diversas ciencias (biomédicas, salud mental, etc.), lo que puede favorecer que muchas veces, sea difícil para “la lente” de otros y otras profesionales, discernir las incumbencias específicas de los y las terapeutas ocupacionales.

Profesionales de Kinesiología, Medicina y Enfermería, comentaron que generalmente presentan dificultades para discernir el criterio de derivación entre TO y Kinesiología “para mí, Kinesiología y TO van a la par, a veces es muy difícil disociar cuando uno necesita uno, o cuando necesita el otro (...)” (MP2). Sin embargo, un kinesiólogo mencionó una diferencia: “ustedes se ocupan de lo funcional y nosotros de lo selectivo” (K1), aquí se denota que se registra el trabajo que el terapeuta ocupacional realiza con las ocupaciones y la capacidad fun-

cional de las personas. Sin embargo, esta apreciación no surgió con mucha frecuencia. Los y las profesionales que detectaron esta diferencia, fueron el kinesiólogo y las kinesiólogas, quienes poseen profundo conocimiento de su propio quehacer profesional, y pueden conseguir identificar diferencias entre ambas disciplinas. Describieron ambas profesiones como complementarias: “a veces nosotros para cumplir determinados objetivos necesitamos a TO, y TO, para cumplir determinados objetivos, necesita de Kinesiología” (K3). La complementariedad entre ambas profesiones, también fue detectada por profesionales de Medicina y Enfermería, aunque con mayor dificultad de delimitar las incumbencias de cada una.

Más allá de la confusión con el quehacer de otras profesiones, la mayoría de las personas entrevistadas relacionó el abordaje del terapeuta ocupacional con las AVD. Sin embargo, los y las residentes de medicina de menor antigüedad, tuvieron mayor dificultad en detectar este aspecto: una residente de medicina de 4to año mencionó que “los R1 confunden TO con Kinesiología”. Sumado a esto, 3 residentes de medicina, mencionaron lo novedoso de la profesión “había escuchado, pero no sabía específicamente lo que hacían” (MR1). Una residente de 4to.año, atribuyó este hecho a que hace algunos años que no se realiza la clase introductoria al rol del terapeuta ocupacional en la sala de Clínica Médica, que solía llevarse a cabo anualmente para los y las residentes ingresantes de medicina.

Si bien los y las profesionales asemejaron la mayoría de las veces el quehacer profesional de TO con el de Kinesiología, también se mencionaron, (aunque con menor frecuencia), similitudes con otras disciplinas. En una oportunidad, una médica relacionó a la profesión con Trabajo Social, por trabajar con aquellos pacientes que se encuentran *solos*, pero esta no fue una concepción que surgiera con mucha frecuencia. En cambio, Psicología y Enfermería, entablaron similitudes de la TO con cada una de las disciplinas referidas, respectivamente. La psicóloga refirió que, en ocasiones, el trabajo del terapeuta ocupacional se asemeja al del psicólogo, como interlocutor en el equipo, Enfermería, detectó similitud entre ambas profesiones, en relación a las AVD de baño y aseo. A modo de diferenciación de las incumbencias, destacaron que el terapeuta ocupacional realiza dichas intervenciones con el fin de garantizar la calidad de vida a los pacientes.

Por otro lado, los y las profesionales de Kinesiología, Medicina y Enfermería destacaron la cantidad de tiempo que las terapeutas ocupacionales dedican a los y las pacientes. Esto puede estar relacionado a que estas son profesiones con orientación biomédica, en la que mayoritariamente se abordan problemáticas reducidas a determinada área física, y por lo general no abordan problemáticas sociales, emocionales, o de otra índole, que pueden requerir mayor dedicación de tiempo en la sesión. En relación con esto, se mencionó en reiteradas oportunidades el espacio de escucha que las terapeutas ocu-

pacionales brindan a los y las pacientes (Medicina, Psicología, Trabajo Social). Llama la atención que solamente Psicología y Trabajo Social, destacaron en varias oportunidades el trabajo del terapeuta ocupacional con pacientes que se encuentren atravesando dolor. Seguramente se relacione, con que ambas profesionales forman parte del equipo de Cuidados Paliativos y están más habituadas a observar o escuchar las incumbencias de Terapia Ocupacional en esta área. Ocurrió en una oportunidad, que un médico residente de 1er. Año, registró la intervención del TO con actividades de relajación, pero sin conseguir vincularlo a algún objetivo específico (por ej. alivio del dolor).

### Conclusiones

A lo largo del escrito, se han encontrado representaciones sociales diversas en los distintos profesionales de la salud, respecto al rol de TO en la sala de Clínica Médica. Esto era esperable, teniendo en cuenta la subjetividad que las representaciones sociales implican. Sin embargo, más allá de las diferencias, se han visto coincidencias en varios puntos: por ejemplo, la incumbencia del terapeuta ocupacional en la realización de las AVD, el trabajo con el equipo, mirada “integral” en el abordaje, etc. Por otro lado, se puede afirmar que las intervenciones que se detectaron con mayor frecuencia fueron aquellas observadas empíricamente, y con cierta dificultad para identificar el uso terapéutico de las ocupaciones (noción de la intervención del terapeuta ocupacional para “ocupar el tiempo” o “entretenimiento” de los pacientes).

Se han encontrado diferencias en las representaciones sociales según la profesión, evidenciando cierta tendencia a identificar aquellas cuestiones más ligadas a las incumbencias de cada disciplina. Se observaron más similitudes entre las representaciones sociales de aquellas profesiones ligadas al campo físico de la salud (Medicina, Enfermería y Kinesiología). Sin embargo, hay representaciones sociales que surgieron en todas las profesiones por igual. Por ejemplo, la relación del trabajo del terapeuta ocupacional con las AVD, la función de comunicador entre pacientes y profesionales, y abordaje con los y las pacientes que presenten mayor vulnerabilidad social.

Respecto a la antigüedad en el cargo, la mayor discrepancia que se ha encontrado en los discursos, fue lo referido por el médico de 40 años de antigüedad en el puesto, quien ubicó a la profesión (junto con las otras profesiones no médicas) como co-adyuvantes de la medicina, con un tinte subalterno.

Por lo visto hasta aquí, se puede apreciar que en líneas generales, las representaciones sociales de los y las profesionales de la salud que trabajan en la sala de Clínica Médica del Hospital sobre el rol del terapeuta ocupacional en la misma, han sido positivas, transmitiendo una actitud a favor de la profesión.

Se ha demostrado conocimiento sobre la función del terapeuta ocupacional en esta área, en mayor medida de lo esperado. Esto puede estar relacionado a los años de trayectoria y trabajo que las terapeutas ocupacionales vienen realizando en el hospital desde el año 2002. Sin embargo, los discursos analizados denotaron que fue complejo para los y las profesionales distinguir entre los abordajes de kinesiología y TO, presentando dificultad para discernir criterios de derivación entre ambas. También se observó que fue difícil identificar algunas intervenciones que realiza el terapeuta ocupacional en relación a la prevención de complicaciones y abordaje familiar.

### Discusión

Estos conocimientos socialmente construidos, tienen consecuencias sobre la práctica profesional diaria y los procesos de formación (residentes ingresantes). Por lo tanto, se considera necesario continuar elaborando estrategias para una adecuada difusión del rol. Principalmente, haciendo foco en comunicar los diversos criterios de derivación existentes, ya que se ha relacionado en muchas oportunidades la intervención del terapeuta ocupacional, con aquellas personas que posean complicaciones tardías, y que no tienen, o tienen escasa red social de sostén. Al tratarse de un segundo nivel de atención, es importante poner énfasis en intervenciones que favorezcan la *rehabilitación precoz*, para evitar el surgimiento de complicaciones secundarias a la hospitalización.

Dadas las dificultades sociales y económicas que existen en la actualidad, es de esperar que se incremente la demanda para trabajar con personas que atraviesan situaciones sociales complejas, y este es un aspecto que debe ser abordado interdisciplinaria e intersectorialmente. Sin embargo, no se deben perder de vista, aquellos casos que pueden experimentar complicaciones secundarias a la hospitalización, posibles de ser atenuadas o evitadas con una intervención temprana, aún contando con red social de apoyo, y/o una mejor situación económica.

Se considera que concientizar a los y las profesionales sobre el “por qué” o “para qué” el terapeuta ocupacional trabaja con las actividades que realizan las personas, puede colaborar a que más adelante puedan aunarse los criterios de derivación a dicha profesión.

El proceso realizado a partir de este trabajo, permite repensar y reorientar las prácticas llevadas a cabo habitualmente en la sala de Clínica Médica, para una mejora en el trabajo diario. El presente escrito pretende haber sido de utilidad, para poder colaborar en brindar pautas para redireccionar los esfuerzos para dicho fin. ■

[Recibido: 01/10/18 - Aprobado: 22/06/2019]

## Referencias bibliográficas

- Aisenson, D. B. (2011). Representaciones sociales y construcción de proyectos e identidad de jóvenes escolarizados. *Espacios en Blanco*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=384539803007>
- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., Talavera Valverde, M.A., et al. (2010) *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso*. 2da. Edición (traducción). Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Bottinelli, M., (2003). *La producción de conocimientos y las publicaciones científicas en la práctica profesional: reflexiones metodológicas sobre la producción de artículos científicos*. Universidad de Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Kottke, J., Lehmann, J. (1997) *Krusen, medicina física y rehabilitación*. 4º edición. Madrid, España, Ed. Médica Panamericana.
- Ley N° 1.845/05 de Protección de Datos Personales. (2005, 24 de noviembre). Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires 2691, Mayo 2005.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*. Recuperado de <https://atheneadigital.net/article/view/n2-mora>
- Pérez Riffo, M. (2006). Terapia Ocupacional en un Hospital General de Agudos. Manuscrito no publicado. Buenos Aires.
- Pérez Riffo, M. (2013). Terapia Ocupacional en un Hospital General de Agudos. Autónoma de Buenos Aires. Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (2), 99-112. doi:10.5354/0719-5346.2014.30220
- Torrance, M. (1998). Terapia Ocupacional en pacientes agudos. En Spackman, W., Hopkins H., Smith H. (Ed.), *Terapia Ocupacional*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

---

### Cómo citar este artículo:

Spikermann, C. (2019). Representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional en salas de Clínica Médica. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 20-28.



# Prácticas inclusivas con niñas, niños y adolescentes de los Centros de Acción Familiar de la ciudad de Rosario

Inclusive Practices with children and adolescents that attend to Family Action Centre in Rosario

Liliana Betina Lares | Pamela Maribel Piana

## Liliana Betina Lares

Terapeuta Ocupacional (Universidad Nacional del Litoral). Trabaja en Centro Residencial Dr. Lanfranco Ciampi (Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia de la ciudad de Rosario).

Docente de Práctica Pre Profesional de Terapia Ocupacional en Salud Comunitaria de la Universidad del Gran Rosario. Supervisora de Terapistas Ocupacionales del Programa de Intervención de Terapia Ocupacional en Centros Residenciales de la ciudad de Rosario, directora de tesinas de grado de la Universidad del Gran Rosario. Coordinadora del Curso de Posgrado "Herramientas para la Inserción Laboral en Discapacidad. Escenario actual".

lilianalares@hotmail.com

## Pamela Maribel Piana

Licenciada en Terapia Ocupacional Universidad del Gran Rosario

Maestranda en la Maestría y Especialización en Docencia Universitaria de la Universidad Tecnológica Nacional, regional Rosario.

Asistente de Gestión de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad del Gran Rosario.

Docente de Práctica Pre Profesional de Terapia Ocupacional en Salud Comunitaria de la Universidad del Gran Rosario.

Terapeuta Ocupacional en clínica de Neurorehabilitación e Integración Sensorial pediátrica.

pamelapiana22@gmail.com

## Resumen

El presente trabajo constituye el resultado de una investigación sobre Prácticas Inclusivas con niñas, niños y adolescentes de los trabajadores de los Centros de Acción Familiar (CAF) de la ciudad de Rosario, los cuales dependen de la Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Santa Fe. El trabajo permitió, a través del análisis cualitativo, poner en discusión los ejes temáticos referidos a niñez, prácticas, prácticas inclusivas y política pública, enmarcados en el sistema de protección integral de niñas, niños y adolescentes. Nos ocupa pensar la temática en relación con las situaciones complejas que niñas, niños y adolescentes en riesgo de vulneración de derechos vivencian a diario y, dentro de este marco, de qué manera los trabajadores a cargo del cuidado responden, en relación a las herramientas simbólicas y/o recursos que poseen para abordar dichas problemáticas. Nuestra profesión y posicionamiento teórico en este contexto, nos permite pensarnos desde la mirada del paradigma social de la Terapia Ocupacional.

**Palabras clave:** Niñas, niños y adolescentes, prácticas, inclusión, políticas públicas.

## Abstract

*The present is a research made on Inclusive Practices with children and adolescents who attend the Centros de Acción Familiar (CAF) in Rosario. These centers depend on the Subsecretaria de Niñez, Adolescencia y Familia of Santa Fe province. After a qualitative analysis, this work allowed us discuss thematic axes related to childhood, practices, inclusive practices and public policies framed inside the system of Integral Protection of Children and Adolescents. We analyze the complex situations children and adolescents at risk of rights violation have to face every day, and within this framework, we are concerned about how people in charge of these children and adolescents react or respond to the different problems presented by and what symbolic tools and resources they have available to deal with these types of issues. Our profession and theoretical position in this context enable us to think from the point of view of the Social Paradigm of Occupation Therapy.*

**Key words:** Children and adolescents, practices, inclusion, public policies.

## Introducción

El presente artículo relata un proyecto del área de investigación de la Universidad del Gran Rosario, basado en el trabajo conjunto de profesionales, docentes, y alumnos que realizaron sus proyectos de tesis de grado, durante el período de mayo de 2016 a mayo del 2018. Los ejes que hacen a las prácticas, la inclusión y la infancia, constituyen el punto de partida para dar lugar al presente estudio, problematizar, indagar, reflexionar y realizar un aporte de conocimiento. Las autoras de este artículo realizaron sus aportes desde una mirada integral de la Terapia Ocupacional, en base a la experiencia laboral en el área de análisis de este estudio, como así también al sustento teórico desde el paradigma Social de la Ocupación, el cual “considera a la ocupación como un fenómeno sistémico, complejo, económico, político, sanitario, cultural, social y coherente con la justicia y el bienestar de las comunidades e inserto dentro de un nivel de abstracción mayor: el paradigma de la complejidad” (Morrison, Olivares & Vidal, 2011, p.9).

Se realizaron entrevistas a los trabajadores de los Centros de Acción Familiar con el objetivo de analizar las prácticas inclusivas con niños, niñas y adolescentes de los Centros de acción familiar de la ciudad de Rosario de la Provincia de Santa Fe, con los siguientes propósitos: describir y analizar los Centros de Acción Familiar (CAF) en el sistema de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes y su implicancia en la inclusión; describir los supuestos y concepciones de las prácticas sociales con niñas, niños y adolescentes y su relación con la inclusión; identificar y analizar aspectos de las prácticas inclusivas en cuanto al área de trabajo, a la formación profesional, a la disponibilidad de recursos y a los apoyos necesarios para la misma.

## Metodología

Se utilizó una metodología de tipo cualitativa que consistió en utilizar un cuestionario guía, implementado en seis entrevistas semi estructuradas a trabajadores de los CAF que cumplen con diversas funciones: directores, integrantes del equipo psicosocial y coordinadores de sala. Los equipos psicosociales de los CAF y la mayoría de los cargos de director/a están integrados por profesionales, mientras que los coordinadores de sala no son profesionales necesariamente ya que el único requisito para desempeñarse en dicha función es tener el secundario completo. Las entrevistas se efectuaron en dependencias de la Coordinación de CAF, organizadas por la coordinadora, en un clima ameno y tranquilo, lo que permitió que se realizaran sin dificultades. De los cinco CAF que se encuentran en la ciudad de Rosario, participaron trabajadores de tres instituciones, por haberse obtenido la saturación teórica de los datos. El análisis de dichas entrevistas llevó a la articulación de los conceptos referidos, considerando los as-

pectos que se pretenden poner en reflexión en términos de los objetivos perseguidos.

## Análisis de los resultados y discusión teórica

Para iniciar la discusión teórica y comprender la trama histórica y social en la cual se encuentra inmersa la institución *Centro de Acción Familiar (CAF)* es importante conocer el sistema de protección y las políticas públicas actuales.

El proyecto institucional CAF tiene como marco normativo la Ley Nacional N° 26.061 Protección Integral de los Derechos del Niño, la Ley Nacional N° 26.233 Regulación de los Centros de Desarrollo Infantil, la Ley Provincial N° 12.967 Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas y los lineamientos generales de la Secretaría de Coordinación de Políticas Públicas y de la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia.

En la Resolución N° 86/2013 del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe, que aprueba el marco institucional del CAF, se contemplan objetivos generales y específicos como así también los ejes de trabajo donde se incluye una descripción de cómo debe ser la institución en términos de su funcionamiento y de los paradigmas que guían la práctica. Además, hace referencia a la conceptualización de familia y como se debe trabajar con ella; a las infancias, adolescencia y juventudes, como así también al trabajo en red y los aspectos que hacen a la planificación. Los CAF de la ciudad de Rosario, están enmarcados como instituciones dependientes de la Subsecretaría de los Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia y se constituyen como lugares de promoción, protección y restitución integral de derechos de las niñas, niños y adolescentes. La acción de los mismos se ubica en el paradigma de la Protección Integral y debe orientarse a fortalecer, junto con las familias, otros organismos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, el desarrollo integral de cada niño; focalizando el trabajo en la construcción de su identidad en el barrio y/o comunidad donde vive, como así también profundizar el trabajo en el abordaje de las singularidades para responder de manera efectiva y eficiente a la construcción de ciudadanía. Se entiende por protección integral, el reconocimiento de las niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derechos proporcionando así, un nuevo marco conceptual y operativo en las políticas públicas. Esto implica un abordaje integral de las complejidades sociales, teniendo en cuenta a cada niña/o en su contexto, con sus familias y como ciudadanos portadores de derechos y por lo tanto, protagonistas de un proyecto común (Res. 86/2013). Considerar estas funciones, invita a pensar acerca de cómo se ponen de manifiesto en la práctica, los aspectos que plantea el marco legal y la estructura en clave de derechos; considerándolas en un

entramado, como parte de un sistema, en donde la inclusión se ve atravesando la estructura de los CAF, la práctica de los trabajadores y las políticas públicas destinadas a la niñez.

En el presente estudio analizamos teóricamente el concepto de prácticas desde una mirada social (en tanto se hacen con otros) y contextual (se dan en un determinado momento, espacio, tiempo, cultura), considerando que por su complejidad plantean diversos interrogantes para conformar una definición integral de las mismas.

Así, se piensa: ¿La práctica se transmite a través de una acción? ¿Se incrementan los conceptos teóricos través de un hacer? ¿De qué manera se resuelven las situaciones complejas y las incertidumbres? ¿La teoría, contribuye a la ejecución de acciones adecuadas para la resolución de problemas o para las situaciones singulares? ¿Hay espacios y lugares que posibiliten la reflexión de las prácticas?

Las prácticas están atravesadas por cuestiones ideológicas y los problemas que se presentan son siempre complejos, diversos e inciertos, por lo que requieren de soluciones singulares y creativas, además de fundamentadas. Es necesario reflexionar sobre las prácticas en todas sus dimensiones, es decir, sobre supuestos y creencias, sobre las concepciones internalizadas, sobre las problemáticas institucionales donde se llevan a cabo las mismas, sobre el contexto sociopolítico y cultural que las condicionan, entre otras cuestiones. Parafraseando a Sanjurjo (2012), reflexionar sobre prácticas permite no sólo comprender e interpretar, sino que supone un grado importante de conciencia profesional y conciencia político-social. Trata de mejorar los aspectos técnicos de nuestra tarea a la vez que asume una responsabilidad política y ética ante una práctica social y facilita la permanente confrontación y análisis entre una práctica impuesta, una práctica deseada y la práctica asumida.

Otro aporte es que la reflexión no sea esporádica o de carácter espontáneo, sino que la misma forme parte de un hábito profesional. Se hace referencia a la posibilidad de instaurar dispositivos para la reflexión. Se considera importante la discusión planteada por Schön (1992) en relación al profesional reflexivo, aunque el desarrollo teórico está relacionado especialmente con la práctica docente. En el artículo de Roget Angels (2014):

Schön concibe la reflexión - entendida como una forma de conocimiento- como un análisis y propuesta global que orienta la acción. Así mismo el conocimiento teórico o académico pasa a ser considerado instrumento de los procesos de reflexión, teniendo además en cuenta, que este carácter instrumental solo se produce cuando la teoría se integra de forma significativa, imbricándose en los esquemas de pensamiento más genéricos. (Domingo Roget y Gómez Sereis, 2014, p.66)

En cuanto al trabajo de los CAF, debe pensarse a través de políticas concretas, planificación y acciones junto a diversos actores sociales, es decir, constituirse como instituciones responsables de promover la gestión asociada y el trabajo en red, según se considera en la Resolución Ministerial (2013) ya mencionada. Asimismo, los CAF deben constituirse como espacios articuladores de las partes integrantes del primer nivel de intervención del Sistema de Protección de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia en las comunidades donde se insertan. Corresponde a este nivel intervenir en situaciones de urgencia, de amenaza o vulneración de los derechos de niñas, niños y adolescentes, así como también desarrollar programas y actividades de promoción de derechos. Para una mayor comprensión de esto, es importante desarrollar los aspectos teóricos que dan cuenta de cómo se constituye el sistema de protección y en qué consiste el mismo.

El documento del Comité Argentino de Seguimiento y Aplicación de la Convención Internacional de los derechos del niño (2008), expresa que:

El paradigma de la protección integral se organiza y funciona con la lógica de un sistema. En este caso se trata de un sistema de naturaleza política y social que bien puede definirse como un conjunto de interacciones que se estructuran y fluyen en torno a corresponsabilidades que tienen todos los actores. (Comité Argentino de Seguimiento y Aplicación de la Convención Internacional de los derechos del niño, 2008, p. 6).

Es decir, que todos los actores que integran este sistema realizan acciones articuladas y cada uno cuenta con competencias específicas, las cuales deben ser conocidas y respetadas, siendo corresponsables del funcionamiento del sistema.

La Ley Provincial N°12.967, en el artículo 7 denominado Principio de igualdad y no discriminación expresa:

Todas las disposiciones de esta ley se aplican por igual a todas las niñas, niños y adolescentes sin discriminación alguna fundada en motivos raciales, de género, orientación sexual, edad, idioma, religión, creencias, opinión política, cultura, posición económica, origen social o étnico, capacidades especiales, apariencia física o impedimento físico, de salud. El cumplimiento de las políticas públicas que garantizan el ejercicio efectivo de los derechos de niñas, niños y adolescentes tendrá carácter prioritario. (Ley Provincial N°12.967, 2009)

Es decir que al hablar de niñas, niños y adolescentes se está referenciando a "todos", poniéndose en juego el análisis de lo que ello significa, es necesario empezar a problematizar, es decir, introducir y desarrollar el concepto de inclusión.

La inclusión entendida como un derecho humano puede verse obstaculizada y/o restringida por determinantes sociales,

políticos, económicos, entre otros. En este contexto surgen interrogantes tales como: ¿qué lugar tiene la inclusión en las prácticas sociales en el marco de los CAF? ¿Qué supuestos y concepciones guían las prácticas sociales con niños, niñas y adolescentes? ¿Cómo éstas se vinculan con la inclusión? ¿Cuáles son los aspectos o dimensiones que componen las prácticas inclusivas en las organizaciones de los CAF?

Teniendo en cuenta las ideas expresadas por Carlos Skliar (2015) podemos definir a la inclusión como aquello que intenta remediar o paliar la inequidad existente en la sociedad. Surge necesariamente de la concepción de grupos vulnerables y excluidos pero sus efectos no van sólo dirigidos a éstos, sino que se trata de una construcción social, de una forma de ser de la sociedad, de una forma de convivir. Este concepto de inclusión se funda en la idea de considerar a todas las personas diferentes entre sí e iguales en oportunidades y derechos. Analizándolo en el lenguaje de la ética, convivir es afirmar la vida de otro. Por tanto, pensando en la labor de las instituciones, su ética debería hospedar a todo otro, a cualquier otro, a otro cualquiera, más allá de sus características; siendo esto más importante que el lenguaje jurídico. Ya que cuando la inclusión se lleva a cabo sólo por el poder coactivo de la ley toma la forma de esfuerzo y obligatoriedad. La descripción teórica acerca del marco legal regulatorio de los CAF en el sistema de protección permite conocer el contexto de funcionamiento y posibilita abordar el primer objetivo, referido a la descripción de los mismos por parte de sus trabajadores y la implicancia de estos con la inclusión.

### **Descripción y análisis de los CAF en el Sistema de Protección**

Los CAF se encuentran en distintos barrios de la ciudad de Rosario. Su distribución se ve enmarcada en la zona Norte (CAF 2), Noroeste (CAF 16), Centro (CAF 15), Sur (CAF 1) y Zona Oeste (CAF 20). La población de niños y sus familias con las cuales trabajan en algunos de ellos no son los de la zona cercana al CAF, tal es el caso del CAF 1 y CAF 15 que están insertos en barrios de clase media, con lo cual el acceso de las familias y los niños tiene características particulares. La población de niños y sus familias, con las cuales trabajan en algunos de ellos, no son los de la zona cercana al CAF. Tal es el caso del CAF 1 y CAF 15 que están insertos en barrios de clases media, con lo cual el acceso de las familias y los niños tiene características particulares que, según los trabajadores entrevistados, dificultan el acceso, la oportunidad y la continuidad de las intervenciones.

Otra realidad es la del CAF que se inserta en el corazón de barrio Ludueña, definido por un entrevistado como un barrio “complejo”: el CAF “está a una cuadra de una zona roja, donde está la villa y hay muchos pasillos, asentamientos”. Este CAF se inserta en un contexto comunitario de bajos recursos. Las familias viven situaciones de exclusión relacionadas con la falta

de trabajo. Este CAF, según refieren, posee escasa capacidad edilicia para recibir a la cantidad de familias que hay en el barrio: “tenemos capacidad para diecisiete chicos por sala (...), el barrio Ludueña tiene muchas familias, siempre decimos que los niños que deberían estar en el CAF, son los niños que no llegan”. (C.M.).

Respecto a los criterios de ingreso de los niños a los centros, en cada CAF es diferente, no hay un criterio común, y en algunos casos, no hay un criterio establecido, sistematizado, sino que depende de lo que cada equipo considere. Algunos de los relatos dan cuenta de esto:

Las familias llegan a la institución a anotarse, o derivados de niñez, o de centros de salud, o de hospitales, o de la escuela (...) el criterio de ingreso depende de los años y de la situación social de las familias (C.L.).

Para ingresar un niño al CAF, primeramente, tiene que llegar, por lo tanto, el primer criterio a tener en cuenta es cómo llega. Si llega por una derivación, si llega porque se lo dijo una vecina, y en ese cómo llega ya tenés un panorama muy amplio de la situación (M.M.).

Los criterios de admisión son cuestionados por el equipo, va cambiando a medida que se complejiza la situación social (...), el año pasado hacíamos entrevistas teniendo en cuenta los derechos del niño, entonces viene una mamá porque quiere que su hijo juegue y esté con otros niños, viene otra mamá y dice que quiere que entre porque necesita trabajar y no tiene para comer. Estos derechos todos son importantes y es complejo. Es CAF, no es guardería, no es comedor (...) Inicialmente fue guardería, así que la gente a veces lo sigue llamando así (C.C.).

Estos y otros decires permiten entender que los criterios de admisión son variados y no siempre compartidos, que no están sistematizados respondiendo al paradigma actual y quedan a criterio de sus trabajadores y equipos. Sí puede considerarse que la mayoría de los CAF acuerdan en realizar admisiones de niños en los que se evidencian situaciones de riesgo.

Los CAF funcionan por la mañana, en horarios que van de siete a trece horas aproximadamente, si bien esto puede variar en cada uno, la mayoría no abren por la tarde. Algunos de ellos han realizado tareas por la tarde en determinados períodos, algunos días de la semana, con lo cual los servicios que se prestan quedan supeditados al turno mañana. Este aspecto está asociado a los recursos humanos con los que cuenta cada CAF y enmarcado en las tareas que los trabajadores en sus distintas funciones desarrollan. Esto muestra que una franja importante de niños y familias queda por fuera de la atención. Las funciones que desarrollan son reflejadas por sus trabajadores, que los consideran “nexos con otras instituciones, la participación del equipo en la red sur, a veces recibimos u organizamos eventos con otra institución, reuniones

con escuelas, intervenciones o estrategias con alguna familia, con otros organismos del estado” (C.C.).

En otro CAF se cubren necesidades básicas tal como la comida:

Entonces evaluamos que la familia no está pudiendo ir pero necesita la comida, es una discusión interna con el equipo y trabajadores que el CAF no es un comedor, pero la cuestión de la comida se hace necesaria en este momento. Donde la mayoría está pasando por una situación complicada laboral, donde los hombres que eran sostén de familia ya no tienen trabajo, entonces las mujeres tienen que buscar trabajo y tampoco hay tanto (...) entonces tenemos la mayoría de las familias que retiraron. Debati-mos esto, pero la mayoría retira, aunque no vayan (C.M.).

En los CAF se desarrollan actividades lúdicas, las cuales están organizadas por salas, también hay talleres llevados a cabo por trabajadores que rotan, además hay prácticas pre-profesionales de distintas universidades y carreras, públicas y privadas, que intervienen con los niños. Cada CAF tiene actividades diferentes, hay talleres que se realizan con las familias, de acuerdo con las necesidades que se detectan y al nivel de participación de esas familias. La mayoría de los entrevistados refiere que trabajan con otras instituciones del sistema de protección, los circuitos que se recorren y las redes que se establecen dependen en gran medida del recorrido profesional y de la formación de quienes lo llevan adelante. Se identifica una vez más la necesidad de sistematización de la práctica, también así la formación. La mayoría de los entrevistados han expresado que la formación profesional o la actualización no son un criterio indispensable para ingresar a la institución.

### Supuestos y concepciones de las prácticas sociales:

Respecto al segundo objetivo se analizan los supuestos y concepciones que guían las prácticas con niñas, niños y adolescentes y su implicancia con la inclusión. Aquí se reflexiona desde qué lugar se posiciona cada trabajador para llevar adelante su función. Surgen en este eje diferentes miradas respecto del accionar, el cual está ligado al lugar de trabajo que ocupa cada persona en el CAF (director, profesional del equipo psicosocial, coordinador de sala), y al recorrido profesional, a la experiencia en el campo y a la formación adquirida. Cada trabajador expresa de manera diferente los puntos antes mencionados; uno considera que “es necesario y parte del compromiso de cada uno la formación permanente” (C.C.). Refiere también que desde el ámbito público no se dan espacios de formación que acompañen las intervenciones y que son escasos los cursos acordes a la temática de la niñez:

No se da desde el Estado como espacio nuestro, la obligación de hacerlo o la posibilidad de que nos salga menos, pero bueno, con los compañeros nos compartimos: -che,

vamos al foro? Desde la Dirección éramos seis compañeros, nos llamó la atención que éramos pocos (C.C.).

La trabajadora C.M., manifiesta que el equipo de trabajo responde mediante sus funciones a las demandas sociales de las familias, más allá de los niños que atiende el CAF. Destaca los aspectos positivos para realizar las prácticas, manifestando que hay voluntad de trabajo pero que a dicha práctica le falta planificación. Respecto a la formación, considera que es una decisión personal, para ampliar los recursos teóricos y ponerlos en práctica. Desde la práctica, pensar la teoría y formarse. Considera de suma importancia el trabajo en interdisciplina y la importancia de las distintas miradas. Para otro, es importante la trayectoria y la experiencia personal; en su relato se ve claridad conceptual respecto de lo que implican los distintos niveles de intervención y las acciones que se deben llevar a cabo. En la entrevista cuenta cómo se desarrollan los dispositivos para pensar la práctica: reuniones por sectores y en conjunto, intercambio de información, distintas miradas de acuerdo a la función. Considera la formación sistemática, pero a la vez reflexiva. La interrelación posibilita pensar estrategias de intervención; coincidiendo ambos trabajadores en esta concepción. Por otro lado, otra entrevistada hace referencia al compromiso de sus compañeros con el trabajo, pero también expresa que les falta capacitación. Que hay resistencia a distintas miradas, a tomar otros saberes, a intercambiar saberes para una mejor atención de los niños. Observa que se llevan al trabajo los aspectos personales, que falta profesionalismo. Considera que hay trabajadores que “hacen que hacen”. Acota: “nadie quiere discutir lo que nos pasa” (M.D.). Considera que su práctica es creativa, que se reinventa un rol que la hace feliz y le permite lograr cosas. Aparece la posibilidad de repensar y reflexionar sobre la propia práctica para modificar e instaurar cambios. Se evidencia la falta de coordinación, lo que lleva a poner en juego criterios personales para la resolución de problemas concretos. Hay falta de consenso, tal como expresa un trabajador: “Esta diferencia hace que los niños no permanezcan, que se los excluya”. Para otro trabajador la formación es importante, pero le da más valor a las vivencias y aportes que le da el campo. Expresa tener “más práctica que teoría” y reconoce los límites de la escasa formación.

### Miradas sobre la inclusión de los trabajadores de los CAF

Habiendo puesto en consideración los supuestos que guían las prácticas con niños, niñas y adolescentes, veremos la implicancia con la inclusión, en el decir de los trabajadores:

Si hay inclusión, hay exclusión primero. (...) la inclusión es un proceso que para mí no se da en una sola dirección, generalmente si alguna persona está excluida de algún lado, o no está incluida en salud, es porque tampoco transita otros espacios (...) entonces el trabajo debería ser más integral (...) empoderar a las personas para que sepan cuáles

son sus derechos, en general, no solo con los niños, y poder reclamar esa inclusión (C.C.).

La inclusión, incluir, trabajar desde la empatía, de que todos somos iguales, afrontar la problemática social, que tiene que ser incluida en las instituciones. Que las familias se afilien a las instituciones y que las instituciones podamos garantizar los derechos de los niños y de las familias en general, mujeres, madres adolescentes que dejan las escuelas, que dejan de hacer cosas... Incluir es vivir una vida digna, todos, trabajamos para esto (C.M.).

Como defino la inclusión, y no sé, yo me planteo, me surgen muchas preguntas con la palabra inclusión, inclusión habla de la exclusión digamos, para empezar, inclusión no sé yo lo pondría como, lo definiría como una palabra, como un objetivo de poder generar igualdad de posibilidades, no igualdad de cosas, digamos, sí de posibilidades, la palabra inclusión la veo como desafío porque reconozco en lo concreto que hay exclusión y bueno digamos (...) inclusión lo podría definir como poder incluir lo que está o quién está excluido, pero en realidad lo que tenemos que hacer es trabajar con la exclusión, no con la inclusión (C.C.).

Bueno creo que, fundamentalmente tiene que ver con la igualdad de posibilidades, para todos y tiene que ver fundamentalmente con la tolerancia, las dos miradas son como cruzadas (...) cuando digo tolerancia pienso en la cuestión de la diversidad; o sea, incluir es que estemos todos dentro y que estemos los normales y los anormales; me acuerdo el tema que hizo Residente ahora que dice que somos todos distintos, o sea incluir sería aceptar al diferente, pero eso queda en una cuestión más voluntaria, de cada uno, después a nivel estatal es la igualdad de posibilidades (...) (M.M.).

No hay realmente un trabajo profundo para que este espacio sea inclusivo (se refiere al CAF), no sé si porque no hay información, porque no hay estructura económica, eso es real, se sobrevive con muchas limitaciones, con el presupuesto real y concreto, no tenemos materiales para los talleres, los talleres son a pulmón. (M.D.).

Distintas miradas que ponen de manifiesto las prácticas y su relación con lo que cada trabajador considera que es la inclusión. Miradas que abren la perspectiva, que consideran múltiples aspectos al momento de definir qué es la inclusión, que van desde lo social, desde las políticas públicas, desde la formación necesaria para incluir, desde la tolerancia. Miradas distintas, particulares, que poco se amalgaman.

¿Qué puede significar la expresión “estar preparados” o “no estar preparados”? ¿Qué puede entenderse de esa afirmación a propósito de un supuesto ‘saber que hacer’ ante cada niño, ante cada cuerpo, ante cada lengua, ante cada aprendizaje, ¿ante cada forma de estar en el mundo?

Personalmente creo que es imposible saber, sentir y estar preparado para aquello que pudiera venir. Hay que enfatizar la idea de que más que estar preparados, anticipados a lo que vendrá, que nunca sabemos qué es, de lo que se trata es de estar disponibles y de ser responsables. La idea de disponibilidad y responsabilidad sin duda es una idea claramente ética. Estoy disponible para recibir a quien sea, a cualquiera, a todos, a cada uno. ¿Estar preparado quiere decir anticipar lo que vendrá y trabajar de antemano en lo que se hará pedagógicamente? En todo caso habría que hablar de estar disponible; sobre todo en el sentido de poner bajo sospecha, la arquetípica idea basada en la creencia del niño común o normal. Más que estar preparado, en el sentido de anticipado a alguna situación educativa particular, lo que cuenta, lo que vale la pena, es estar disponible, estar abierto a la existencia de los demás. En todo caso, toda pre-preparación, toda anticipación, configura un dispositivo técnico, una cierta racionalidad, pero no funciona necesariamente como posicionamiento ético en relación con otros. (Skliar, 2008, p.10)

Más que interesante y claros resultan los conceptos teóricos planteados. Principalmente en lo que refiere a considerar a la inclusión como un compromiso y una disposición de alojar al otro, que va más allá de la formación técnica, aunque, en este estudio no se la descarta. Articular el saber, reflexionar sobre la propia práctica de manera consciente y sistemática y estar dispuestos a alojar a niños, niñas y adolescentes, es quizás unos de los desafíos más grandes en el contexto donde los recursos económicos y humanos son escasos.

### **Análisis en torno a las prácticas inclusivas**

El último objetivo, abre aún más la perspectiva e invita a los trabajadores a identificar, analizar, y reflexionar los aspectos de las prácticas inclusivas en cuanto a las variables que se entrelazan y se conjugan para dar lugar a la inclusión.

Al hacer referencia un trabajador, si el CAF cuenta con recursos y herramientas para facilitar la inclusión, reflexiona: “yo creo que si miramos muy finito nunca es suficiente, ni humano, ni económico, ni material (...) que parte del compromiso también es personal, de cómo llevo a cabo mi trabajo. Esto, igual, es una hipótesis mía, cada uno ocupa un lugar dentro del Estado. El Estado somos todos ocupando un espacio”. En este punto es donde se ve inmerso como trabajador de una institución del Estado, se refiere a inclusión como un compromiso, una conciencia personal para posibilitar la inclusión. Destaca aspectos personales necesarios buscando las opciones para favorecer la inclusión más allá de las dificultades económicas y de la falta de recursos. Es una posición.

En otro de los CAF se evidencian escasos recursos económicos por parte del Estado, al punto tal, que mediante la unión

y presión de los trabajadores se iniciaron obras para arreglos edilicios. Un trabajador da cuenta de una práctica adaptada a las condiciones en las que se encuentra la institución, sin dejar de brindar el servicio; constituyéndose como una práctica flexible. También refiere precarización, hacinamiento: “siempre se han hecho parches, pero ahora están rompiendo todo (...) nosotros adultos podemos circular, pero los más chiquitos, no. Armamos una sala en una escuela, estamos todos los coordinadores juntos, desde bebés hasta los más grandes”.

Desde uno de los CAF se analiza la red de instituciones con las cuales articula, las limitaciones de esta y el contexto de la política pública en términos de cantidad de profesionales para la atención de la demanda existente, especialmente en el ámbito de la salud. A partir de un ejemplo que trae el entrevistado, da cuenta de que la interrelación entre los efectores públicos tiene tiempos diferentes a los requeridos por el niño y la familia. Y, además, que depende de la gestión pública que establecerá quién va a estar en ese lugar para coordinar o no. Expresa que:

Para que haya inclusión tiene que haber decisión política (en relación a los recursos humanos y económicos para la inclusión) y la decisión política en este sistema se toma desde arriba”.

En otro se hace referencia que “falta infraestructura. Falta seguimiento, atención especializada para niños que lo requieren”. “Faltan recursos subjetivos por parte de la familia y eso hace que acompañen poco”. “Esto hace que los niños no permanezcan en el CAF por ser diferentes”.

Respecto a los recursos disponibles para la inclusión, considera que el dispositivo de los talleres es importante: “si todos vieran...pero no ven”. Expresa que hay soledad en el trabajo, y que el trabajador muchas veces tiene multitareas, por la falta de personal se cubren los distintos lugares y esa situación lleva al desgaste del trabajador.

## Conclusión

Como se ha podido describir, en cada CAF la modalidad de funcionamiento es particular, atendiendo a los aspectos que hacen a la localización, a los recursos con los que cuenta, a la calidad profesional y a la experticia de sus trabajadores, a la política pública que los atraviesa. La compleja trama de las prácticas inclusivas se ha puesto de manifiesto en cada concepción que los trabajadores pudieron aportar al presente estudio. Se ha evidenciado, además, que los entrevistados de los equipos psicosociales tienen, prioritariamente, la mirada puesta en las familias y en lo comunitario; y que los coordinadores de sala intervienen directamente con los niñas y niños, en sus respectivos espacios: salas o talleres y su intervención está puesta en ello, teniendo una visión parcial y hacia el interior del CAF respecto a cada niño. Pareciera que por momen-

tos esto podría ser una dificultad, por no conocer el contexto familiar del niño, previa a una situación problemática. Cabe aclarar que cuando se identifica una vulneración de derechos y los coordinadores de salas comienzan a trabajar con el equipo técnico, recién allí la mirada hacia el niño se amplía.

Considerando los contextos en los cuales se llevan a cabo las prácticas y teniendo en cuenta los conceptos que definen la política pública como una instancia donde se deben pensar las acciones en base a objetivos y recursos en función de las demandas y de necesidades de la sociedad, y articulando con los aspectos que incluyen pensar la inclusión es pertinente reflexionar sobre la integralidad de ambos conceptos y su interrelación. Si la política pública contempla las necesidades tendientes a la posibilidad de acceso de las niñas, niños y adolescentes a los diferentes servicios que la comunidad brinda, independientemente de las características de ese/a niño/a (con retrasos en el desarrollo, con carencias de recursos, entre otros) con una mirada inclusiva, todas/os las/os niñas/os podrían participar de los diferentes espacios sin distinción o clasificación estigmatizante.

La política pública debería contemplar todos aquellos aspectos necesarios para una posible inclusión, desde los referidos a los recursos económicos y financieros a los de formación de conocimiento, a los de infraestructura de las instituciones que brindan los servicios, a los materiales y/o herramientas con los que se cuenta para el trabajo cotidiano, entre otros. Es decir, es importante que al planificar políticas públicas se consideren los aspectos antes mencionados para lograr una inclusión.

En el presente estudio se observa que la falta de recursos económicos y humanos para llevar adelante las prácticas, son un común denominador expresado por los trabajadores. En cuanto al suministro de materiales, como así también la infraestructura acorde a un servicio para niñas, niños y adolescente no son los adecuados. La falta de recursos humanos se debe a razones que atañen al uso de licencias médicas, que hace que los trabajadores se vean sobrecargados y que no puedan cumplir un solo rol, sino varios a la vez, tal como fue manifestado por los entrevistados.

De todas maneras, conviene subrayar que en el presente estudio se analizaron los aspectos teóricos en relación a la inclusión que dan cuenta de un posicionamiento subjetivo para la práctica, o al menos para pensar y reflexionar sobre esta.

Es compleja la trama que se elabora en relación al trabajo con niñas, niños y adolescentes, en donde se evidencian los aspectos que hacen a los recursos económicos y materiales, como así también los humanos, a la formación para atender a las necesidades y a la disposición con la cual se presentan los trabajadores al momento de pensar la inclusión. En este trabajo se han expuesto teóricamente los aportes de las prácticas reflexivas en términos de destinar un tiempo y recursos

creativos para pensar los modos con los que se interviene y las maneras de pensarla. Se cree que reflexionar y analizar el propio accionar tanto como articularla con otros es relevante para poder introducir acciones para la inclusión. Se rescatan los ejes principales respecto a la categoría inclusión, en términos de disposición, responsabilidad y compromiso hacia los demás, en este caso hacia las niñas, niños y adolescentes con los que se lleva adelante dicha práctica. Es importante contar con los recursos y con un marco normativo que delimite el hacer pero la falta de ello no debe ser un condicionante para desarrollar una práctica inclusiva. ■

[Recibido: 28/09/18 - Aprobado: 29/04/19]

### Referencias bibliográficas

- Domingo Roget, A. y Goimez Sereis, M. (2014). *La práctica reflexiva. Bases, modelos e instrumentos*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Ley Nacional 26.061/2005 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. (2005, 21 de Octubre). Boletín Oficial 30767, Octubre 26, 2005.
- Ley Provincial 12.967 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. (2009, 17 de Abril) Boletín Oficial Abril 22, 2009.
- Morrison, R., Olivares, D. y Vidal, D. (2011). La Filosofía de la Ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación. Algunas Reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 102-119. doi: 10.5354/0719-5346.2011.17785
- Resolución N° 86 de Marco Institucional de Centros de Acción Familiar. (2013, 27 de febrero) Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe.
- Sanjurjo, L., Caporosi, A., España, A.E., Hernández, E., Alfonso, I. y Forcetti, M. (2012). *Los dispositivos para la formación en las prácticas profesionales*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona, España: Paidós.
- Skliar, C. (2015). Preguntar la diferencia: cuestiones sobre la inclusión. *Sophia*, 11(1), 33-43.

### Cómo citar este artículo:

Lares L. B. y Piana P. M. (2018). Prácticas inclusivas con niñas, niños y adolescentes de los Centros de Acción Familiar de la ciudad de Rosario. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 29-36.



# Perspectivas de cultura e cidadania cultural na comunidade acadêmica: leituras estudiantis sobre o tema

Perspectivas de cultura y ciudadanía cultural en la comunidad académica: lecturas de estudiantes sobre el tema

Perspectives of culture and cultural citizenship in the academic community: student readings about the theme

## Monica Villaça Gonçalves

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional/PPGTO – Universidade Federal de São Carlos. Professora do Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

movillaca@hotmail.com

## Samira Lima da Costa

Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professora do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

biasam2000@gmail.com

## Beatriz Akemi Takeiti

Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, São Paulo. Professora do Departamento de Terapia Ocupacional do Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

biatakeiti@gmail.com

Monica Villaça Gonçalves | Samira Lima da Costa | Beatriz Akemi Takeiti

## Resumo

No Brasil, a discussão da cidadania cultural enquanto norteador das formulações de políticas públicas de cultura inicia-se com a filósofa Marilena Chauí que, nos idos dos anos 1980, coloca em debate o direito à cidadania cultural enquanto política pública de Estado. Este artigo procura investigar o entendimento de estudantes do curso de graduação em terapia ocupacional de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública a respeito dos conceitos de cultura e de cidadania cultural. Para tal, utilizou-se da análise documental, isto é, de documentos produzidos a partir dos diários de aulas do ano de 2015, na disciplina “Terapia Ocupacional Social”. Apesar das dificuldades iniciais dos estudantes, apontamos que as colocações dos mesmos se mostram pertinentes e coerentes com as concepções atuais e políticas relacionadas a este tema. Os estudantes também fazem relações dos conceitos de cultura com os de territórios e destacam as práticas de proteção e promoção da diversidade cultural enquanto elementos-chave para as políticas culturais. A inserção do terapeuta ocupacional nas práticas do campo da cultura mostra-se potente para a efetivação da garantia da cidadania e da proteção à diversidade cultural, sendo este um profissional que historicamente tem trabalhado na luta pela promoção e garantia de direitos à população.

**Palavras chave:** Terapia Ocupacional, cultura, cidadania, capacitação profissional

## Abstract

*In Brazil, this discussion of cultural citizenship as the guiding principle of the formulation of public policies of culture begins with the philosopher Marilena Chauí, who in the 1980s argues for the right to cultural citizenship as a state public policy. This article aims to investigate the understanding of undergraduate students in occupational therapy at a public higher education institution (IES) regarding the concepts of culture and cultural citizenship. For this, we used documentary analysis, that is, documents produced from the yearbook of the year 2015 in the discipline “Occupational Social Therapy”. In spite of the initial difficulties of the students, we point out that their positions are pertinent and coherent with the current and political conceptions related to this theme. The students also make relationships between the concepts of culture and those of territories and highlight the practices of protection and promotion of cultural diversity as important for cultural policies. The insertion of the occupational therapist in the practices of the field of culture proves to be potent in guaranteeing citizenship and protecting cultural diversity, being a professional who has historically been working in the struggle for the promotion and guarantee of rights to the population.*

**Keywords:** Occupational Therapy, culture, citizenship, professional training.

## **Resumen**

*En Brasil, la discusión de la ciudadanía cultural como guía de las formulaciones de políticas públicas de cultura se inicia con la filósofa Marilena Chauí que, en los años 1980, pone en debate el derecho a la ciudadanía cultural como política pública de Estado. Este artículo busca investigar la comprensión de estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional de una Institución de Enseñanza Superior (IES) pública, respecto de los conceptos de cultura y de ciudadanía cultural. Para ello, se utilizó el análisis documental de documentos producidos a partir de registros de clases del año 2015, en la asignatura "Terapia Ocupacional Social". A pesar de las dificultades iniciales de los estudiantes, señalamos que sus posiciones se muestran pertinentes y coherentes con las concepciones actuales y con las políticas relacionadas con este tema. Los estudiantes también hacen relaciones de los conceptos de cultura con los de territorio, y destacan las prácticas de protección y promoción de la diversidad cultural como elementos clave para las políticas culturales. La inserción del Terapeuta Ocupacional en las prácticas del campo de la cultura, se muestra potente para garantizar los derechos de ciudadanía y para la protección a la diversidad cultural, siendo éste un profesional que históricamente ha trabajado en la lucha por la promoción y garantía de derechos de la población.*

**Palabras clave:** *Terapia Ocupacional, cultura, ciudadanía, capacitación profesional.*

## Introdução

As políticas públicas brasileiras atuais entendem a cultura enquanto um direito básico do cidadão, uma vez que está incluída entre os direitos sociais pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2012). Cultura, nesse caso, não apenas entendida como manifestações artísticas e estéticas, mas enquanto uma questão de identidade, protegendo, assim, também a sua diversidade. Assim sendo, é dever do Estado garantir a cidadania cultural a toda a população do país.

Essa discussão iniciou-se entre os anos de 1989 e 1992, com a filósofa Marilena Chauí, que era na época Secretária de Cultura da cidade de São Paulo. Até então o papel do Estado no âmbito federal caracterizava-se pela centralidade nas Leis de Incentivo à Cultura (Dorneles, 2011):

Essas concepções influenciaram a gestão federal, e a partir de 2003 há uma mudança no modelo de gestão do Ministério da Cultura, que passou a defender a ideia de que “não cabe ao Estado fazer cultura, mas sim formular Políticas de Cultura” (Dorneles, 2011, p. 110).

Para a garantia do direito à cultura, o Plano Nacional de Cultura (PNC), aprovado em 2010 através da lei no. 12.343 propõe que:

[...] os direitos culturais devem ser garantidos com políticas que ampliem o acesso aos meios de produção, difusão e fruição dos bens e serviços de cultura. Também devem ser ampliados os mecanismos de participação social, formação, relação da cultura com a educação e promoção da livre expressão e salvaguarda do patrimônio e da memória cultural. (Brasil, 2012, p. 17)

Destacamos que, na discussão sobre a garantia do direito cultural, é importante refletir que cultura enquanto um direito do cidadão significa entender o cidadão mais do que apenas um consumidor de cultura, mas alguém que deve ter participação direta nos diferentes aspectos relacionados às políticas culturais.

A partir desse entendimento da Cidadania Cultural enquanto direito e da necessidade de se trabalhar para a efetivação deste, os profissionais que atuam nessa área são convocados a pensar novas práticas e políticas que sejam realmente acessíveis. Para tanto, esses profissionais devem ter uma formação para o trabalho com diferentes grupos sociais, para a promoção de participação política de forma que as relações sejam horizontalizadas e para a promoção e garantia de direitos sociais e exercício da cidadania.

Assim, ao se refletir sobre a formação para o trabalho voltado à promoção de Cidadania Cultural, há que se pensar, antes de tudo, sobre as competências e habilidades profissionais necessárias para o desempenho de tais papéis. Trata-se de um campo de estudo multidisciplinar, no qual o terapeuta ocupacional tem sido convocado a se engajar com o objetivo de promover cidadania, de um modo geral (não só a cidadania

cultural) para aumentar a participação social dos sujeitos envolvidos na intervenção. Historicamente, desde a década de 90, as discussões no campo da cidadania foram marcadas pelo campo social da terapia ocupacional, iniciadas ainda nos idos dos anos de 1970, período em que o Brasil passava por um regime ditatorial. Quando são retomadas as discussões sobre o trabalho da terapia ocupacional social (iniciadas nos anos 70). Neste momento, terapeutas ocupacionais se debruçam sobre uma fundamentação teórica que coloca a cidadania como o eixo articulador das ações nesse campo. Tal conceito, considerado pedra angular da Constituição Federal de 1998, a “Constituição cidadã”, passa a ser o eixo norteador na formulação de políticas sociais, que, segundo Galheigo (2003), para a cidadania ser efetivada enquanto direito, necessitava-se que fosse “fruto de uma ação coletiva organizada” e, portanto, sendo papel do terapeuta ocupacional “favorecer, em termos gerais, a organização do coletivo e assim possibilitar a construção da cidadania plena” (p.33). Os recursos e fundamentos para a efetivação de práticas de promoção e garantia da cidadania cultural já fazem parte do arcabouço teórico e prática da formação de terapeutas ocupacionais, pois segundo o Grupo de Pesquisa Terapia Ocupacional e Cultura da Universidade Federal do Rio de Janeiro vinculada ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil:

O novo paradigma da diversidade cultural nas políticas culturais amplia e convoca os gestores de cultura a aplicar políticas culturais onde a pauta da democratização e da cidadania cultural seja inclusiva. Isto significa acolher e potencializar as populações que se encontram no “grupo dos diversos”, tanto para a produção. É neste sentido que entendemos que a terapia ocupacional tem muito a contribuir para a construção de ações e políticas nessa área, já que nossa formação se volta aos direitos humanos e às áreas do social, da saúde mental e das pessoas com deficiências. Temos conhecimento em tecnologias assistivas e estudamos e desenvolvemos atividades que envolvemos processos criativos e de expressão<sup>1</sup>.

Este artigo tem como objetivo apresentar os resultados de uma investigação sobre a compreensão que estudantes do curso de graduação em terapia ocupacional de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública fazem a respeito dos conceitos de cultura e de cidadania cultural. A temática se mostra relevante a partir do entendimento de Cultura como um campo de saber e de práticas que convoca terapeutas ocupacionais a se qualificarem para desempenharem suas ações na perspectiva de garantir cidadania cultural e proteção e promoção à diversidade, em conformidade às políticas educacionais e culturais vigentes.

<sup>1</sup> <https://sites.google.com/site/terapiaocupacionalecultura/do-projeto>

## Materiais e métodos

Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou como técnica de pesquisa a análise documental, a partir dos diários de aulas do ano de 2015 (que correspondem a dois diferentes diários, um referente a cada semestre do ano) da disciplina “Terapia Ocupacional Social” de IES pública. Estes diários que contêm informações a respeito do número de alunos matriculados, frequência, cronograma proposto da disciplina, avaliações e anotações feitas pelos docentes a cada aula ministrada. É entregue a coordenação de curso todo final de semestre e ficam disponíveis para consulta.

Essa disciplina é obrigatória e faz parte da matriz curricular do curso, sendo ofertada para estudantes que estão no 6to. período (semestre) do curso de graduação, que tem um total de 8 períodos (semestres) para sua integralização. É composto por 15 aulas práticas e teóricas semanais, o que corresponde a um total de 60 horas semestrais.

Nos documentos analisados, tem-se a informação de que no ano de 2015 a disciplina foi ministrada por 3 docentes e teve 39 estudantes matriculados, sendo 22 no primeiro semestre e 17 no segundo. A ementa da disciplina compreende conteúdo que aborde temáticas tanto do campo social da terapia ocupacional (referenciais teóricos, abordagens, recursos e ferramentas, público-alvo das intervenções) na interface com o campo da cultura.

Esses materiais foram lidos e analisados pelo método de análise de conteúdo, utilizando as técnicas propostas Bardin (2011). A autora define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p.42)

Bardin (1997) afirma que o tratamento do conteúdo do documento busca apresentá-lo de maneira diferente a original, facilitando sua consulta e a apresentação de suas informações. O objetivo dessa técnica é assinalar e classificar de maneira objetiva e exaustiva todas as unidades de registro existentes no texto, obtendo indicadores úteis ao objetivo da pesquisa (Bardin, 2011). Para atingir esse objetivo, são realizadas as seguintes etapas: (1) Organização do material, de modo a facilitar a realização das etapas posteriores; (2) Leitura flutuante, por meio do qual o pesquisador, num trabalho gradual de apropriação do texto, estabelece várias idas e vindas, entre o documento analisado e suas próprias anotações, até emergir contornos de suas primeiras unidades de registro; (3) Definição das unidades de registro: podem ser palavras, conjunto de palavras, pronomes, locuções verbais, locuções adverbiais ou temas; (4) Definição e delimitação do

tema: o tema, segundo Bardin (2011), é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura” (p.135); e (5) Definição de categorias: é uma etapa muito importante, pois a qualidade de uma análise de conteúdo depende de suas categorias. Para localizar os trechos referentes ao tema da pesquisa e agrupá-los em categorias, os objetivos foram revisitados e utilizados como balizadores da análise.

Como a pesquisa não utiliza metodologia que envolva seres humanos, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa foi interrompida pelo próprio sistema Plataforma Brasil<sup>2</sup>. Dados dos estudantes matriculados na disciplina e dos docentes responsáveis pela mesma, conforme contam os documentos, foram protegidos, não sendo identificados no texto. Cabe ressaltar que as falas dos estudantes correspondem na verdade às anotações dos docentes, podendo, portanto, não serem transcrições literais dos debates em sala de aula.

## Resultados e discussão

Existem algumas diferenças entre a disposição das aulas da disciplina nos dois semestres, entretanto, identifica-se a mesma organização dos conteúdos através de “módulos” temáticos, sendo estes: (1) Apresentação do Campo da Terapia Ocupacional Social; (2) Ferramentas teórico-conceituais; (3) Políticas de Assistência Social; (4) Aproximação com o campo prático: Visitas à espaço de atuação; (5) Arte, Cultura e Terapia Ocupacional Social.

A organização em módulos da disciplina constitui em uma estratégia didática, sendo que ao longo das aulas, as temáticas se atravessam em diversos momentos. Ao se estudar, logo no início da disciplina, os fundamentos da prática da Terapia Ocupacional Social, as anotações apresentam referências bibliográficas que consideram as relações com a cultural enquanto um elemento primordial de trabalho neste campo. Nas atividades de aproximação com o campo prático, no ano analisado os estudantes visitaram um Quilombo, e após a realização ocorreram discussões teóricas a respeito de povos e comunidades tradicionais, saberes tradicionais, que suscitaram reflexões sobre temas como cultura negra, identidade cultural, defesa e promoção da diversidade cultural.

Já o módulo “Arte, Cultura e Terapia Ocupacional Social”, traz discussões mais específicas voltadas a temática dessa investigação. Foram realizados debates sobre Diversidade Cultural, sobre o PNC e a definição de cidadania cultural, subsidiados por recursos como leitura prévia de textos (como o livro “Direitos Humanos para a diversidade: construindo espaços de

<sup>2</sup> A Plataforma Brasil é um sistema eletrônico criado pelo Governo Federal para sistematizar o recebimento dos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos nos Comitês de Ética em todo o país.

arte, cultura e educação” de Silva, 2014) e recursos audiovisuais (exibição do filme “Lixo Extraordinário”<sup>3</sup>).

A análise de conteúdo dos resultados levou a definição de três categorias temáticas de análise: (1) o entendimento de cultura e cidadania cultural; (2) cultura e território e (3) promoção e proteção da diversidade cultural.

### O entendimento de cultura e cidadania cultural

Em algumas falas de estudantes registradas nos diários de classe foi possível identificar que, a primeira vista, os estudantes tendem a afirmar seu desconhecimento sobre Cultura: “Eu nem sei te dizer o que é cultura” (Nota do Diário de Aula). Dizem que acreditam “faltar” o tema na formação, pelo pouco conhecimento que têm acerca da discussão desse conceito.

Com relação ao entendimento do conceito de Cultura, uma das primeiras associações que fazem de Cultura é enquanto uma identidade, como se percebe nas seguintes anotações dos diários: “A cultura faz parte da minha identidade”, e “(...) pessoas que buscam a afirmação de sua identidade através da cultura” (Notas do Diário de Aula).

Na tentativa de definir Cultura, apontam características importantes como o fato da cultura não ser estável, ser algo que se transforma ao longo do tempo e não tem uma delimitação clara. Destacamos as seguintes notas do diário de aula sobre essa questão: “Cultura é um valor histórico e produtivo, que é transmitido por gerações e tem um sentido. Você cria e você transforma (...) A Cultura vai se transformando porque ela tem que ter sentido”; ainda “A cultura se transforma”, e “vai se misturando” (Notas do Diário de Aula).

O conceito de cultura vem sendo discutido desde o século XVIII, passando por diversos momentos diferentes. No iluminismo, entende-se cultura como civilização, e passa a ser um critério para medir o “grau de civilização” de uma sociedade. Na França, o termo foi muitas vezes utilizado enquanto sinônimo de nação (Cucho, 1999 apud D. D. Barros, Almeida, & Vecchia, 2007). Serve, portanto, nesse momento, para hierarquizar e avaliar os regimes políticos. Cultura era pensada como a distinção da humanidade, ligada a idéia de progressos coletivos.

Esse conceito reaparece no século XIX, com o surgimento da antropologia, que utiliza o padrão Europeu capitalista para uma classificação da cultura (no sentido de ser sinônimo de progresso) e utilizam para tal alguns elementos próprios do ocidente capitalista para essa avaliação: a presença ou não de um Estado, de um mercado e da escrita. Inicia-se nesse mo-

mento histórico um processo de hierarquização da cultura, com conseqüente valorização daquela que segue padrões das classes dominantes (Chauí, 2008).

Na Alemanha, no século XIX, ocorre uma mudança no seu entendimento, pois passa a ser vista como a diferença entre a natureza e a humanidade. Na filosofia alemã desse século, entende-se que a ordem humana da vida é uma ordem simbólica, ou seja, a “capacidade humana para relacionar-se com o ausente e com o possível por meio da linguagem e do trabalho” (Chauí, 2008, p. 56). Vem dessa concepção o sentido cultura que aparece na segunda metade do século XX:

É essa concepção ampliada da cultura que, finalmente, será incorporada a partir da segunda metade do século XX, pelos antropólogos europeus. Seja por terem uma formação marxista, seja por terem um profundo sentimento de culpa, buscarão desfazer a ideologia etnocêntrica e imperialista da cultura, inaugurando a antropologia social e a antropologia política, nas quais cada cultura exprime, de maneira historicamente determinada e materialmente determinada, a ordem humana simbólica com uma individualidade própria ou uma estrutura própria. (Chauí, 2008, p. 57)

Hoje, assim como colocado pelos estudantes, entende-se cultura como um processo, não uma condição estática no tempo e no espaço (Macedo, Neve, Bardi, Monzeli, & Mota, 2016). Assim, ela não é fixa, nem imutável. Muda conforme situações históricas, políticas e econômicas. Não é hereditária, e sim aprendida, e é essa experiência apreendida, compartilhada, que proporciona ao indivíduo e ao grupo mecanismos eficazes para interagir com pessoas e com o ambiente. Por ser uma profissão cheia de conteúdos técnicos, ao se depararem com a fluidez do conceito de cultura, os estudantes identificam-no como impalpável, incapturável, concluindo, com isso, que não conhecem suficientemente.

### Cultura e Território

Os estudantes falam ainda de uma relação direta entre cultura e território, a partir do momento que trabalham os conceitos de território existencial, território usado e território geográfico. Partimos das ideias de Almeida e Oliver (2001) e Costa e Mendes (2014) para debater sobre os conceitos de território. Para elas, o território se refere à um conceito que ultrapassa o da superfície geográfica, mas inclui em seu conceito “elementos que o qualificam como espaço demográfico, epidemiológico, tecnológico, econômico, social e político, inserido numa totalidade histórica na qual diferentes sujeitos se articulam em torno de suas necessidades e interesses” (Almeida & Oliver, 2001, p. 88).

Os estudantes ainda afirmam que “Cultura tem a ver com o território interno e o território existencial” (nota do diário de aula). Por território interno entendemos neste contexto que se

3 Lixo Extraordinário é um documentário anglo-brasileiro lançado em 2010, que relata o trabalho do artista plástico brasileiro Vik Muniz com catadores de material reciclável no aterro sanitário do Jardim Gramacho. Para mais informações sobre o documentário ver: <http://lixoextraordinario.net/>

refere à identidade individual. Já o território existencial pode ser percebido como aquele “que envolve espaços construídos com elementos materiais e afetivos do meio, que, apropriados e agenciados de forma expressiva, findam por constituir lugares para viver” (Lima & Yasui, 2014, p. 599).

Essa relação entre cultura e território é consonante com as colocações das Políticas Públicas de Cultura no Brasil, que afirmam que na elaboração de planos e ações é preciso “pensar a política cultural em torno de seu território e de suas relações com as manifestações e produções culturais” (Brasil, 2013, p. 7). O território deve ser entendido como apenas o espaço geográfico nos estudos e práticas das políticas culturais, mas sim como um espaço que produz o sentimento de pertencimento à população, sendo assim “o ponto de partida e não os alvos das políticas culturais” (Albinati, 2009, p. 73).

Dessa forma, algumas estratégias são pensadas pelas Políticas Culturais brasileiras, como a implantação e consolidação de estratégias de participação social na estruturação, implementação e avaliação de ações e políticas culturais (realizada desde o começo da elaboração do PNC por exemplo). Essa participação acontece através de Conselhos e Conferências, que vão desde as locais/municipais até as nacionais. Também existe uma descentralização da atuação, deixando a cargo de estados e municípios a elaboração de ações mais contextualizadas para o seu território.

### **Promoção e Proteção da Diversidade Cultural**

Surge ainda nos documentos, em meio as discussões sobre cidadania cultural, uma relação entre a promoção da cidadania e a proteção da diversidade cultural. A noção de diversidade cultural aparece a Diferença, Desigualdade, Igualdade e Equidade. Barros(2008) conceitua Diversidade Cultural como “a expressão de opostos. O singular, o intraduzível, a capacidade e o direito de diferir, bem como a expressão do universal, de uma ética e de um conjunto de direitos humanos” (p.18).

Ainda sob este tema, o debate se foca na importância da promoção e proteção da diversidade cultural enquanto uma forma de dar visibilidade às classes e povos historicamente oprimidos e excluídos. Sobre a realidade brasileira, afirmam que: “Vivemos num território muito grande, com uma grande diversidade cultural” (Nota do Diário de Aula).

E, portanto, é preciso proteger essa cultura. Ao mesmo tempo, discutem como dar essa visibilidade sem que a promoção da diversidade se transforme em uma prática pautada na lógica da cultura enquanto produto para consumo: “Temos que tomar cuidado ao falar que cultura tá virando moda. Embora ela seja usada pelo capitalismo, não é moda, é ocupação do espaço. É importante para dar visibilidade” (Nota do Diário de Aula).

Chauí (1992) já apontava para essa discussão, desde a década de 90, ao refletir sobre o conceito de Cidadania Cultural e afirmar a importância da “cultura como direito dos cidadãos, sem confundir estes últimos com as figuras do consumidor e do contribuinte” (p. 14). Exemplificam com a situação de povos e comunidades tradicionais (indígenas e quilombolas no caso) e afirmam que “Proteger a cultura é permitir que ela se atualize, mas guarde a sua memória” (Nota do Diário de Aula).

Costa (2012) coloca que a proteção dessa cultura pode muitas vezes levar ao risco de que se mantenha uma desigualdade social com “a justificativa de ser uma cultura regional que deve ser preservada, como se a miséria e a falta de oportunidades pudessem ser consideradas ‘patrimônio cultural’” (p. 50). Proteger a diversidade cultural não significa isolar determinadas culturas e conseqüentemente privá-las de seus direitos (sociais, culturais, civis). Culturas mudam no espaço e no tempo, são flexíveis e dinâmicas. Transformam-se no contato com as outras culturas, o que não significa que deixem de existir.

O Brasil participou em 2007 da Convenção da Unesco sobre a Proteção e a Promoção da Diversidade das Expressões Culturais<sup>4</sup>, junto com outros 29 países. Essa convenção entende que os países são soberanos para propor e implementar políticas de proteção e promoção da diversidade (Machado, 2008). Neste sentido, um dos objetivos do PNC é “revelar a rica diversidade cultural do país e sua extraordinária criatividade, além de buscar a realização das potencialidades da sociedade brasileira por meio de processos criativos” (Brasil, 2012, p. 10). O governo brasileiro conta com a Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural, criada em 2003. Kauark (2008) destaca que “Em um país de território tão vasto e identidade tão diversa, esta Secretaria responde a uma demanda pela inclusão de setores da sociedade brasileira que, até então, nunca tinham sido incorporados às políticas de cultura” (p.9).

A Secretaria de Diversidade Cultural tem como atribuição subsidiar a Secretaria de Políticas Culturais no processo de formulação de políticas públicas na área cultural relacionada à diversidade e ao intercâmbio cultural. Na prática, isso significa todo um trabalho de inclusão de segmentos da sociedade brasileira nas políticas públicas da área da cultura. Isso porque esses segmentos – que muitas vezes correspondem a minorias étnicas, minorias etárias, minorias de gênero, por exemplo – não conseguem ter acesso aos mecanismos de financiamento e de fomento às atividades culturais, tais como a Lei de Incentivo, conheci-

4 Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais foi adotada, em 20 de outubro de 2005, na 33ª reunião Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura, celebrada em Paris, de 03 a 21 de outubro de 2005. Em 2007, o Brasil ratificou a Convenção e passou a ser seu signatário.

da como Lei Rouanet. Então, neste momento o papel da Secretaria tem sido justamente democratizar esse acesso. (Dupin, 2008, p. 41)

Acreditamos ser relevante a associação dos estudantes entre a proteção e promoção da diversidade cultural enquanto uma forma de efetivação de cidadania cultural, uma vez que esse conceito implica o direito de produzir cultura, de inventar novos significados, de ter acesso à informações e nossas formas de experimentações e vivências culturais.

### Considerações finais

Apesar das limitações desse estudo, devido a sua restrição à apenas uma IES brasileira, consideramos importante apontar alguns desdobramentos pertinentes sobre o tema.

O direito à cidadania e à diversidade cultural ainda constitui e se faz presente nos debates no Brasil e, infelizmente, apesar de todo o aparato legal, ainda requer aprofundamentos para que se operacionalize nas políticas públicas culturais e se efetive enquanto exercício pleno de direito frente as questões de ordem social, econômica, física ou de identificação.

Embora consolidada enquanto política pública e direito de todo cidadão, a cultura ainda é tratada através da lógica do consumo, sendo em grande parte financiada, pela iniciativa privada e colocada em segundo plano no que se refere aos direitos sociais, sendo preterida pelas questões de saúde e educação por exemplo.

A inserção do terapeuta ocupacional nas práticas do campo da cultura mostra-se potente para a efetivação da garantia da cidadania e da proteção à diversidade cultural, sendo este um profissional que historicamente tem trabalhado na luta pela promoção e garantia de direitos à população. Para tal, é preciso pensá-la a partir da formação de terapeutas ocupacionais desde a graduação, sendo este, portanto, um objeto de estudo no qual é preciso debruçar-se.

Apesar das dificuldades iniciais dos estudantes percebidas neste estudo, apontamos que as colocações dos mesmos se mostram pertinentes e coerentes com as concepções atuais e políticas relacionadas a este tema. Entretanto, vemos que a formação para o trabalho específico no campo da cultura, de forma estruturada e sistematizada ainda é incipiente. Desta forma, pensa-se que um dos caminhos possíveis para essa formação é a estruturação deste conhecimento, talvez ainda passado de uma maneira difusa aos estudantes, pois ainda entendemos a cultura como um elemento teórico-prático atravessador das intervenções do terapeuta ocupacional e não como um arcabouço epistemológico específico, requerendo teorias, abordagens e ferramentas próprias deste campo do saber.

Pautar a discussão de políticas, direitos, diversidade e acessibilidade cultural de forma mais sistemática, a partir da cria-

ção de disciplinas na graduação parece ser um dispositivo importante para qualificar o campo da cultura na formação profissional de terapeutas ocupacionais. Para além das disciplinas, oferecer práticas de campos, através de estágios e projetos de extensão são estratégias essenciais também para que o conteúdo teórico se aproxime da realidade da atuação e como forma de consolidar, inclusive, a inserção dessa categoria profissional nos espaços de atuação. Uma revisão nas diretrizes curriculares nacionais, já discutidas atualmente no Brasil, pode apontar caminhos a serem seguidos, cuja pauta da cultura deve ser apontada como um dos campos de atuação do terapeuta ocupacional implicado com a cidadania e a diversidade cultural. ■

[Recibido: 03/12/18 - Aprobado: 30/05/19]

### Referencias bibliográficas

- Albinati, M. (2009). O território nas políticas culturais para as cidades. *Políticas Culturais Em Revista*, 2(2), 72–83. 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Almeida, M. C. y Oliver, F. C. (2001). Abordagem comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiência: fundamentos para a Terapia Ocupacional. In M. M. R. De Carlo & C. C. Bartalotti (Eds.), *Terapia Ocupacional no Brasil* (pp. 81–98). Brasil, São Paulo: Plexus.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Portugal, Lisboa: Edições 70.
- Barros, D. D., Almeida, M. C. y Vecchia, T. C. (2007). Terapia ocupacional social: diversidade, cultura e saber técnico. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 18(3), 128–134. 10.11606/issn.2238-6149.v18i3p128-134.
- Barros, J. M. (2008). Diversidade cultural: da proteção à promoção. In J. M. Barros (Ed.), *Diversidade cultural: da proteção à promoção* (1st ed., pp. 15–2). Belo Horizonte.
- Brasil, M. da C. (2012). As Metas do Plano Nacional de Cultura. Brasília: MinC. Retrieved from <http://www.fundacaocultural.ba.gov.br/colegiadosssetoriais/As-Metas-do-Plano-Nacional-de-Cultura.pdf>.
- Brasil, M. da C. (2013). *Como fazer um plano de Cultura*. (M. da C. Brasil, Ed.) (1st ed.). Brasília: MinC.
- Chauí, M. (1992). Política cultural, cultura política e patrimônio histórico. In *Direito à memória: patrimônio histórico e cidadania em São Paulo* (pp. 37–46). São Paulo: Departamento de Patrimônio Cultural.
- Chauí, M. (2008). Cultura e Democracia. In *Crítica y emancipación: Revista Latinoamericanas de Ciencias Sociales* (CLACSO, Vol. 1). Buenos Aires: Año 1, nº 1, CLACSO, 2008. Retrieved from <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/CyE/cye3S2a.pdf>
- Costa, S. L. Da. (2012). Terapia Ocupacional Social: dilemas e possibilidades da atuação junto a Povos e Comunidades Tradicionais. *Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar*, 20, 43–54. 10.4322/cto.2012.005.
- Costa, S. L. da, y Mendes, R. (2014). Redes Sociais Territoriais: primeiras palavras. In S. L. Da Costa & R. Mendes (Eds.), *Redes Sociais Territoriais* (pp. 17–32). São Paulo: Fap-Unifesp.

- Dorneles, P. (2011). *Identidades Inventivas: territorialidades na rede Cultura Viva na região sul. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Programa de Pós Graduação em Geografia*. Retrieved from <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/36050>.
- Dupin, G. (2008). O governo brasileiro e a diversidade cultural. In J. M. Barros (Ed.), *Diversidade Cultural: da proteção a promoção* (pp. 36-44). Brasil, Belo Horizonte: Autêntica.
- Galheigo, S. M. (2003). *O Social: idas e vindas de um campo de ação em Terapia Ocupacional*. In E. M. M. Pádua & L. V. Magalhães (Eds.), *Terapia Ocupacional: teoria e prática* (pp. 29-45). Brasil, Campinas: Papyrus.
- Kauark, G. (2008). Contribuições da Convenção para a Diversidade Cultural para a política cultural brasileira. In IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura.
- Lima, E. M. F. de, y Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debae*, 38(102), 593-606. 10.5935/0103-1104.20140055.
- Macedo, M. D. C. de, Neve, A. T. de L., Bardi, G., Monzeli, G. A., y Mota, V. V. (2016). Olhares em formação: refletindo a prática da terapia ocupacional em um contexto cultural a partir de experiências com povos indígenas. *Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFS-Car*, 24(1), 77-89. 10.4322/0104-4931.ctoAO0665.
- Machado, J. (2008). Promoção e Proteção da Diversidade Cultural: o seu atual estágio. In J. M. Barros (Ed.), *Diversidade cultural: da proteção à promoção* (pp. 27-35). Belo Horizonte: Autentica. Retrieved from [http://semanaculturaviva.cultura.gov.br/linhadotempo/pdf/publicacoes/SID/Diversidade\\_Cultural\\_Protecao\\_Promocao\\_2008.pdf](http://semanaculturaviva.cultura.gov.br/linhadotempo/pdf/publicacoes/SID/Diversidade_Cultural_Protecao_Promocao_2008.pdf).
- Silva, C. R. (2014). *Direitos Humanos para a diversidade: construindo espaços de arte, cultura e educação* (1ª ed). Brasil, Brasília: São Jorge.

---

**Cómo citar este artículo:**

Gonçalves, M. V., Costa, S. L. y Takeiti, B. A. (2019). Perspectivas de cultura e cidadania cultural na comunidade acadêmica: leituras estudantis sobre o tema. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 37-44.



# Encuesta a Terapistas Ocupacionales Mujeres sobre Violencia en el Ámbito Laboral en la Argentina. Resultados Preliminares

Survey about work place violence in argentinian women occupational therapists

Andrea Portela | Florencia Rosemblat | Julieta Briglia | Rocío Rey Ferraro | Nora Noelia Vázquez

## Andrea Portela

Licenciada en Terapia Ocupacional. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Terapeuta Ocupacional de planta del Hospital P. Piñero del GCBA. Integrante de la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres - ATL.

andreaportelato@gmail.com

## Florencia Rosemblat

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional de planta del Hospital de Emergencias Psiquiátricas M. T. de Alvear del GCBA. Integrante de la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres - ATL.

florblat7@gmail.com

## Julieta Briglia

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional de planta del Centro de Salud y Acción Comunitaria Nro.9 del GCBA. Integrante de la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres - ATL.

juliet\_173@yahoo.com.ar

## Rocío Rey Ferraro

Estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín. Integrante de la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres - ATL.

rocio.rey.fe@gmail.com

## Nora Noelia Vázquez

Estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes. Integrante de la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres - ATL.

noranoeliavazquez@gmail.com

## Resumen

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2018, la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres - ATL, realizó la primera "Encuesta a Terapistas Ocupacionales Mujeres sobre Violencia en el Ámbito Laboral en la Argentina". La misma se propone explorar y describir las formas en que las situaciones de violencia ocurren durante el ejercicio de la Terapia Ocupacional en nuestro país. En este primer informe se exponen los resultados preliminares de dicha investigación sobre una muestra de 330 terapistas ocupacionales mujeres. El 73,3% (IC 95% 0,6831 - 0,7782) de la muestra refirió haber experimentado al menos un tipo de violencia durante el ejercicio de la profesión, describiendo un total de 480 situaciones de violencia en sus lugares de trabajo. El 56,7% (187 terapistas ocupacionales) afirmaron haber sufrido violencia psicológica; el 36,1% (119) refirieron haber experimentado violencia económica y patrimonial; el 31,8% (105), violencia simbólica; el 11,8% (39), violencia física y el 9% (30) afirmó haber sufrido violencia sexual. El 57,9% (278) de las situaciones relatadas fueron consideradas al momento de la encuesta como situaciones de violencia basadas en el género. Las terapistas ocupacionales con formación en perspectiva de género clasificaron a las situaciones de violencia como basadas en género en mayor proporción que el grupo de terapistas ocupacionales que no habían recibido este tipo de capacitación. Consideramos que la visibilización de este problema contribuye a su desnaturalización y también a la construcción de mecanismos y herramientas de respuesta para su abordaje desde el colectivo profesional.

**Palabras clave:** violencia de género, violencia laboral, terapia ocupacional, mujeres trabajadoras, condiciones de trabajo, trabajo.

## Abstract

*During the months of November and December of 2018, the Agrupación Terapistas Ocupacionales Libre - ATL, carried out the first "Survey of Women Occupational Therapists about Violence in the Workplace in Argentina". The purpose of the inquiry is to describe and explore the ways in which situations of violence take place during the exercise of Occupational Therapy in our country. In this first report the preliminary results of this research on a sample of 330 women occupational therapists are posted. 73,3% (CI 95% 0,6831 - 0,7782) of the sample reported having experienced at least one type of violence during the exercise of the profession, exposing a total of 480 situations of violence at their workplaces. 56,7% (187 occupational therapists) claimed to have sustained psychological violence; 36,1% (119) reported having experienced economic and patrimonial violence; 31,8% (105), symbolic violence; 11,8% (39), physical violence and 9% (30) reported having suffered sexual violence. 57,9% (278) of the reported situations were considered at the time of the survey as violence based on gender. Women occupational therapists with gender perspective training identified situations of violence as gender-based in greater proportion than the group of women occupational therapists who had not received this type of training. We believe that visibility of this problem contributes to the denaturalization and also to the construction of mechanisms and helping tools for its approach from the professional collective.*

**Key words:** gender-based violence, workplace violence, occupational therapy, working - women, work conditions, work representations.

## Introducción

En este artículo se presenta un informe de los resultados preliminares obtenidos en la “Encuesta a Terapistas Ocupacionales Mujeres sobre Violencia en el ámbito Laboral en la Argentina” desarrollada por la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres – ATL, difundida a través de redes sociales durante los meses de noviembre y diciembre de 2018. La Terapia Ocupacional, tanto en Argentina como en otros países, se caracteriza por ser una profesión feminizada desde su creación. Las presuntas virtudes atribuidas e inmutables por el sólo hecho de ser mujeres (simpatía, amor, bondad, sensibilidad, intuición) nos convirtió en ideales para ejercer las tareas de rehabilitación de la época. De ese modo, se construyó una identidad profesional sexuada en la que las representaciones y modelos culturales la conciben como una profesión naturalmente destinada a las mujeres (Testa, 2013). La hipótesis de este trabajo es que las mujeres terapistas ocupacionales estamos expuestas, a lo largo de nuestro recorrido laboral, a múltiples situaciones de violencia que se basan en una relación desigual de poder y que afectan nuestra vida, libertad y dignidad. Llamativamente, al ser una disciplina con una contundente mayoría de mujeres, no hemos encontrado antecedentes de trabajos en nuestro país que aborden el tema de la violencia hacia la mujer en el ejercicio de nuestra profesión. Por este motivo, el objetivo general de esta investigación fue explorar y describir las formas en que las situaciones de violencia hacia la mujer en el ámbito laboral ocurren durante el ejercicio de la Terapia Ocupacional. Es uno de nuestros supuestos que la formación en perspectiva de género favorecería la identificación y el afrontamiento de las situaciones de violencia basadas en el género, mientras que la falta de este tipo de formación contribuiría a la naturalización, continuidad y repetición de las mismas, a la vez que condicionaría negativamente las posibilidades de respuesta.

En este primer informe se exponen los resultados preliminares de la investigación realizada, a partir de variables seleccionadas. Los mismos permiten una aproximación y caracterización de la situación en el país y sus distintas regiones, al tiempo que hacen posible la identificación de aspectos que favorecen la exposición a situaciones de violencia durante el ejercicio de nuestra profesión. Se analizan también las hipótesis planteadas anteriormente.

## Definiciones conceptuales

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, promulgada en 1994 en Belén do Pará (Brasil), define a ésta como “*cualquier acción o conducta basada en género, que cause*

*muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado*”. La República Argentina aprobó esta Convención en 1996 (Ley 24.632) y, junto a la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1981) y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer de las Naciones Unidas (ONU, 1993), constituyen la base del marco legislativo actual, reflejado en la Ley Nacional N° 26.485 *Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales* (2009). Esta ley, entiende a la violencia contra la mujer como toda conducta, acción u omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecta su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Define, además, tanto los tipos de violencia (física, psicológica, sexual, económica y patrimonial y simbólica) como las modalidades que adopta en función de los ámbitos en los que ocurre (doméstica, institucional, laboral, reproductiva, obstétrica y mediática). En el presente trabajo, se considera a la perspectiva de género como una categoría analítica que mira las relaciones sociales y la realidad económica, social y cultural desde la concepción de los géneros y sus relaciones de poder<sup>1</sup>. Se entiende a la formación en perspectiva de género como un proceso de transformación que tiene como objetivo proporcionar conocimientos, técnicas y herramientas para desarrollar habilidades, nuevos modos de organización, de afrontamiento, cambios de actitudes y comportamientos (ONU Mujeres, 2019).

## Metodología

La investigación se inició en octubre de 2018 con el diseño de un protocolo de investigación que utilizó herramientas cuantitativas y cualitativas. La recolección de la información se realizó a partir de una encuesta autoadministrada y voluntaria, realizada en un formulario Google digital, que se difundió entre los meses de noviembre a diciembre de 2018 a través de las vías de comunicación electrónicas de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (AATO) y de distintas asociaciones disciplinares de las provincias del país. También, se subió a redes sociales, páginas de internet locales y se difundió por listas de correo electrónico, en los tres casos dirigidos a terapistas ocupacionales. En el formulario de la encuesta se informó tanto los objetivos del relevamiento

<sup>1</sup> Este artículo contiene un lenguaje inclusivo, no sexista y no binario, el cual promueve la libertad y el respeto a las diversidades de géneros. No queremos reproducir estereotipos impuestos y discriminatorios.

como la intención de las autoras de difundir sus resultados. La participación en la investigación fue anónima y voluntaria.

La población objetivo fueron terapistas ocupacionales mujeres que ejercen profesionalmente en la República Argentina. El cálculo del muestreo se realizó en base a información proporcionada por la AATO, que arroja, en el año 2018, la cifra de 12.000 terapistas ocupacionales matriculados en el país. Para la distribución geográfica de la muestra se tomó como referencia al número de terapistas ocupacionales matriculadas en las distintas jurisdicciones (dato también aportado por la AATO). El muestreo fue no probabilístico y el método de selección, casual o accidental. El tamaño muestral se estableció en 330 terapistas ocupacionales. Los resultados que se presentarán en este informe corresponden a las siguientes variables, subvariables y cruces; en función de los objetivos ya mencionados:

- Variables de caracterización de la muestra: edad, nacionalidad, universidad en la que realizó estudios de grado y provincia de residencia de las terapistas ocupacionales encuestadas.
- Frecuencia y tipo de violencia experimentada durante el ejercicio de la Terapia Ocupacional (psicológica; física; sexual; económica y patrimonial; y simbólica).
- Análisis estratificado por regiones del país de la frecuencia de situaciones de violencia según su tipo.
- Subvariables de caracterización de la situación de violencia vivida en cada uno de los tipos relevados:
  - Aspectos vinculados a las condiciones de trabajo de la terapeuta ocupacional que vivió la situación de violencia: áreas de trabajo, dispositivo, tipo de gerenciamiento, relación laboral, estatus jerárquico/antigüedad y lugar donde ocurrió.
  - Rol/estatus jerárquico, género y número de la/las persona/s que ejercieron la violencia.
  - Percepción de la situación identificada como violencia basada en género en el momento que ocurrió y en la actualidad.
  - Formación en perspectiva de género de la terapeuta ocupacional que experimentó la violencia.
  - Asociación entre la identificación de distintos tipos de violencias y la formación en perspectiva de género.
  - Características o situaciones que se asocian a una mayor prevalencia de situaciones de violencia en el ámbito laboral.

### **Sobre el instrumento de recolección de datos**

Previo al trabajo de campo se realizó una prueba piloto del instrumento: veinte terapistas ocupacionales voluntarias completaron la encuesta. Se le pidió a cada una de estas voluntarias una devolución sobre la claridad de los ítems y las escalas de valoración utilizadas para su medición. A partir de los resultados obtenidos en esta prueba se realizaron ajustes y modificaciones en el instrumento con el objetivo de mejorar su validez y confiabilidad. Finalmente, el formulario quedó compuesto por trece secciones. La primera, recogía información general para la caracterización de la muestra: edad, nacionalidad, lugar de formación (estudios de grado) y provincia de la Argentina en la que desarrolla la profesión. Las siguientes cinco secciones relevaron información sobre situaciones de violencia de tipo física, psicológica, simbólica, económica y/o patrimonial y sexual y/o reproductiva. Cada una de estas secciones incluyó la definición y ejemplos de los modos de expresión que pueden tener los distintos tipos de violencias en el ámbito laboral. Cada vez que se contestó afirmativamente acerca de haber vivido alguno de los tipos de violencia durante el desarrollo de las tareas como terapeuta ocupacional, se habilitaba una serie de quince ítems que debían responderse enfocándose en la situación de violencia más significativa vivida dentro de ese tipo. Los ítems para la caracterización de las situaciones de violencia fueron: la frecuencia de las situaciones de violencia, rol desempeñado por la terapeuta ocupacional y antigüedad en el puesto, relación laboral, área de trabajo, lugar/es en el que aconteció la situación de violencia, tipo de dispositivo y gerenciamiento, rol, género y cantidad de personas que ejercieron la violencia, descripción en forma de breve relato de la situación a la que hace referencia (ítem de llenado opcional), acciones llevadas adelante luego de la situación de violencia. Luego, se preguntó si se consideraba la situación de violencia descrita como violencia basada en género y los motivos; tanto en el momento en que ocurrió, como en la actualidad. En el caso que la persona contestara no haber vivido ninguna situación de violencia de determinado tipo durante el desarrollo de las tareas como terapeuta ocupacional, se pasaba a la siguiente sección, hasta finalizar las preguntas sobre todos los tipos de violencia relevados. Para concluir la encuesta se incluyeron dos secciones. Una, sobre la formación en perspectiva de género de las encuestadas y el grado de importancia que se le otorgaba a ello. La otra, de llenado opcional, destinada a la recolección de comentarios de las entrevistadas sobre la encuesta.

### **Plan de análisis de los datos**

Se cuantificaron los resultados de las variables principales (violencias de tipo psicológico, simbólico, físico,

económico y/o patrimonial y sexual en el ámbito laboral), y se estimaron sus intervalos de confianza con una precisión del 95%. Luego, tomando como unidad de análisis a las situaciones de violencias identificadas, se cuantificaron los resultados de las subvariables relacionadas a éstas (variables de caracterización de las situaciones de violencia vividas en los diferentes tipos relevados). Se realizaron los cruces de acuerdo a los objetivos específicos planteados y demás funciones estadísticas descriptivas utilizando para esto el paquete estadístico de Excel y las herramientas de cálculo y gráficas del formulario Google.

### Resultados

La “Encuesta a Terapistas Ocupacionales Mujeres sobre violencia en el ámbito laboral en la Argentina” fue respondida por 330 terapistas ocupacionales mujeres entre el 12 de noviembre y el 6 de diciembre de 2018.

*Caracterización de la muestra:* la edad promedio de las mujeres que contestaron la encuesta fue de 36 años, con un rango de 22 a 71 años.

El 97,8% (323 terapistas ocupacionales) era de nacionalidad argentina, el 1% chilena, el 0,6% uruguaya, el 0,3% ecuatoriana e igual porcentaje peruana.

En cuanto al lugar de formación, la Universidad de Buenos Aires (32%) fue la más indicada como lugar de estudio, seguida por la Universidad Nacional de San Martín (23%), la Universidad Nacional de Quilmes (14,8%) y la Universidad Nacional de Mar del Plata (9%). Las restantes casas de estudio de la carrera en el país estuvieron representadas en porcentajes menores. (Gráfico 1)

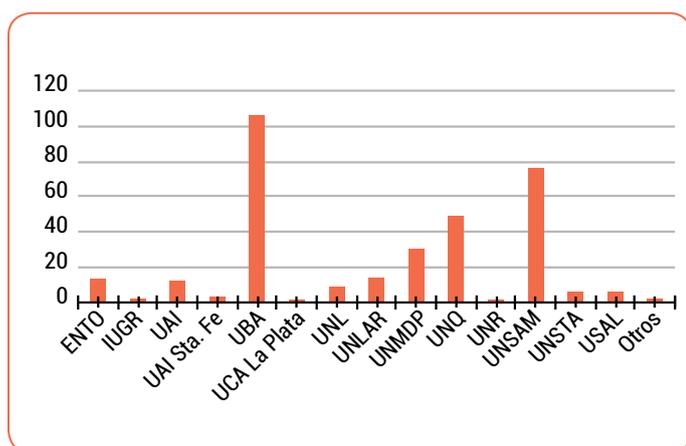


Gráfico 1. Lugares de estudio de la carrera. (N=330)

La muestra obtenida presenta una distribución geográfica similar a la del total de terapistas ocupacionales matriculados en el país. (Imagen 1)

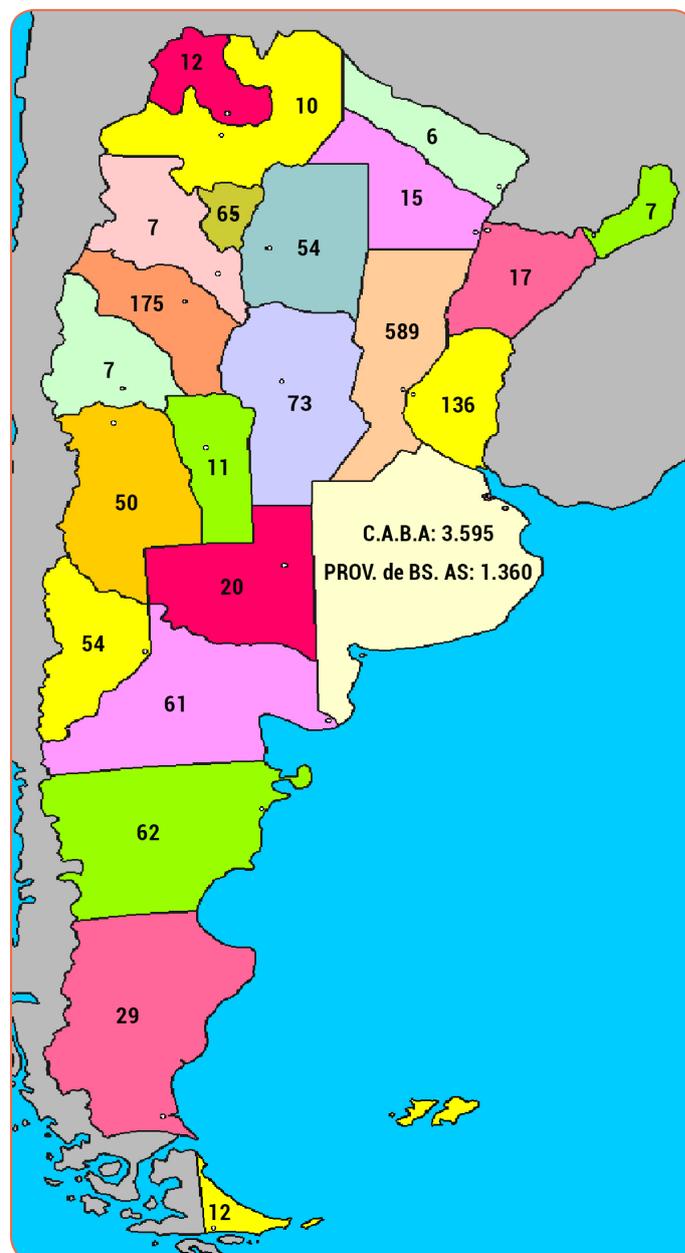


Imagen 1. Distribución de terapistas ocupacionales matriculadas en territorio argentino. (Fuente: AATO)

El 47% (155 terapistas ocupacionales) residía en la Provincia de Buenos Aires, y el 36% en la Ciudad de Buenos Aires. Así mismo, respondieron la encuesta, 10 colegas de las provincias de Chubut y Santa Fe (representado el 3% de la muestra cada una de estas provincias), 7 terapistas ocupacionales de Córdoba y la Rioja (2,1%), 4 terapistas ocupacionales de Tucumán y Santiago del Estero (1,2%), 3 terapistas ocupacionales de Río Negro (1%), 2 terapistas ocupacionales de Neuquén, Catamarca, La Pampa y Entre Ríos (0,6%), y 1 terapeuta ocupacional en las Provincias de Tierra del Fuego, Mendoza y Jujuy (0,3%).

## VARIABLES PRINCIPALES

Resultados a nivel nacional: de las 330 terapistas ocupacionales que completaron la encuesta 242 experimentaron al menos una situación de alguno de los tipos de violencia relevados, esto representa al 73,3% (IC 95% 0,6831 - 0,7782) del total de la muestra. (Gráfico 2)

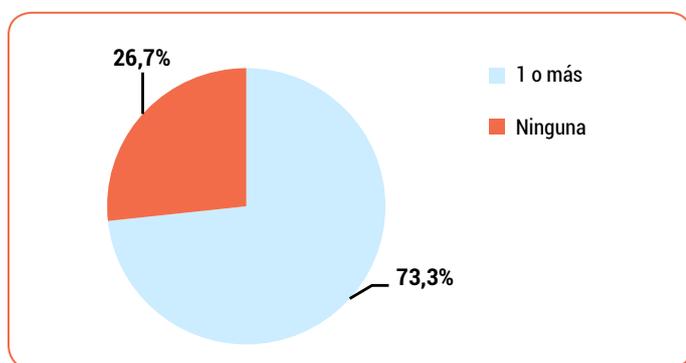


Gráfico 2. Porcentaje de terapistas ocupacionales que experimentaron o no situaciones de violencia. (N=330)

De este grupo, 100 experimentaron 1 de los 5 tipos de violencia, 74 experimentaron 2 de los 5 tipos, 44 experimentaron 3 de los 5 tipos, 20 experimentaron 4 de los 5 tipos y 4 experimentaron 5 de los 5 tipos. (Gráfico 2')

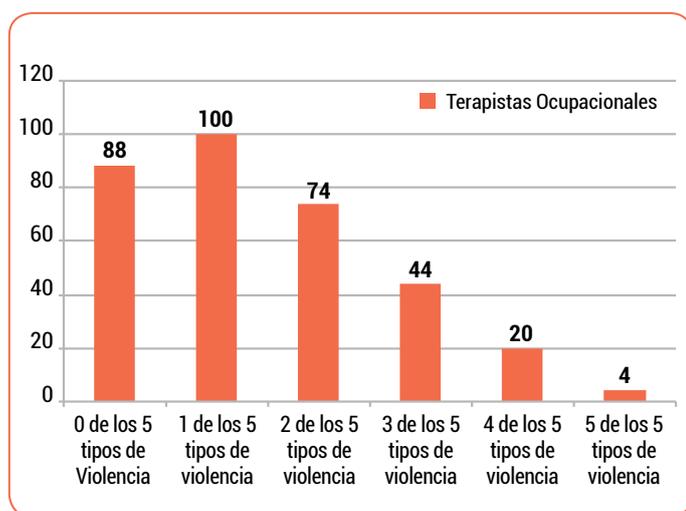


Gráfico 2'. Cantidad de tipos de violencia experimentados en el ámbito laboral por cada terapeuta ocupacional encuestada. (N=330)

La *violencia psicológica*<sup>2</sup> fue experimentada por el 56,7% (IC 95% 0,5127 - 0,6191) de la muestra, esto es, 187. De ellas, el 73,8%

2 Violencia psicológica es aquella que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación. (Ley 26.485, 2009).

(138)), refirieron haber sufrido este tipo de violencia en más de una oportunidad.

La *violencia económica y patrimonial*<sup>3</sup> fue experimentada por el 36,1%, (119) (IC 95% 0,3107 - 0,4137) durante el ejercicio profesional. De ellas, el 63%, (74), refirieron que este tipo de violencia lo han sufrido en más de una oportunidad. Y si bien el 27% refirió que la situación se dio sólo una vez, en la descripción que estas mujeres hacen de la situación de violencia referida, se evidencia que la misma se sostuvo durante periodos de tiempo considerables.

La *violencia simbólica*<sup>4</sup> fue experimentada por el 31,8% (IC 95% 0,2703 - 0,3703), esto es 105 en números absolutos durante el ejercicio de la profesión. De ellas, el 69,5% (73) afirmaron haber sufrido este tipo de violencia en el ámbito laboral en más de una oportunidad.

La *violencia física*<sup>5</sup> fue experimentada por el 11,8 % (IC 95% 0,0877 - 0,1575), 39, durante el ejercicio profesional. El 61,5% (24 terapistas ocupacionales) de ellas refirieron haber sufrido este tipo de violencia en más de una oportunidad.

La *violencia sexual*<sup>6</sup> fue experimentada por el 9% (IC 95% 0,0644 - 0,1268), 30, durante el ejercicio profesional. El 43,3% de ellas (13) refirieron haber sufrido este tipo de violencia en más de una oportunidad. (Gráfico 3)

Resultados por regiones: Se agruparon los resultados de las variables principales de acuerdo al lugar de residencia y ejercicio profesional de cada encuestada, considerando las siguientes regiones del país: Patagónica (Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur), Cuyo (San Luis, Mendoza y San Juan), Centro/Pampeana (Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba, La Pampa y Buenos Aires), NOA

3 La violencia económica y patrimonial es aquella que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de, por ejemplo: la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes; la sustracción o destrucción de instrumentos de trabajo o documentos personales; la limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades; la limitación o control de sus ingresos, la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo, etc (Ley 26.485, 2009)

4 La violencia simbólica es aquella que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmite y reproduce dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad. (Ley 26485, 2009)

5 La violencia física es aquella que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física. (Ley 26.485, 2009)

6 La *violencia sexual* es cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres. (Ley 26.485, 2009)

(Salta, Jujuy, Tucumán, La Rioja, Santiago del Estero y Catamarca) y .NEA (Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa).

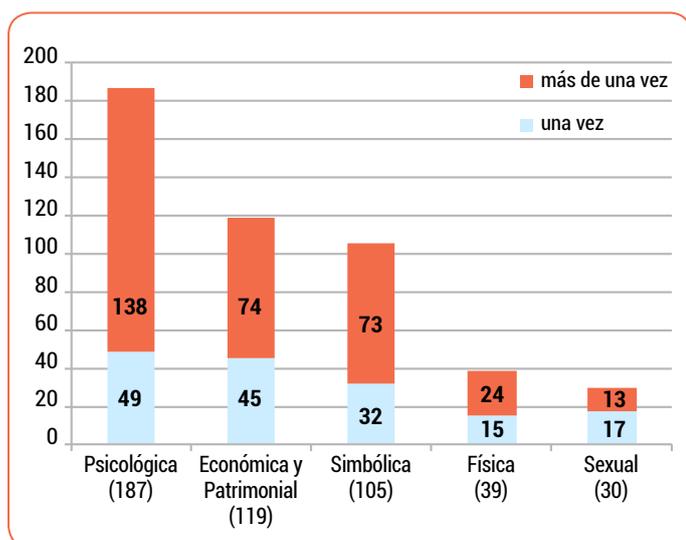


Gráfico 3. Cantidad total de terapeutas ocupacionales que vivieron situaciones de violencia según tipo de violencia y según si se experimentó en una o más oportunidades. (N=330)

No se observan diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de los distintos tipos de violencia por regiones del país en función de la distribución de las terapeutas ocupacionales de la muestra. (Cuadro 1)

REGIÓN	V. Psicológica	V. Económica y Patrimonial	V. Simbólica	V. Física	V. Sexual	TOTAL
Patagónica	11	3	8	2	1	25
Cuyo	1	1	1	-	-	3
Centro	164	107	88	32	28	419
NOA	11	8	8	5	1	33
NEA	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>119</b>	<b>105</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>480</b>

Cuadro 1. Distribución por regiones del país de las situaciones de violencia experimentadas en sus diferentes tipos. (N=330)

### Situaciones de violencia hacia terapeutas ocupacionales mujeres en el ámbito laboral. Características y factores asociados a las situaciones de violencia.

Las 330 terapeutas ocupacionales encuestadas identificaron un total de 480 situaciones de violencia en el ámbito laboral. Cabe destacar que si bien la encuesta indagaba sobre situaciones de violencia sufridas durante el ejercicio profesional, 5 de las encuestadas describieron eventos de violencia física y de violencia sexual (1) sucedidos durante las prácticas pre-profesionales, en condición de estudiantes.

A continuación, se describen los resultados de las variables vinculadas a las condiciones de trabajo y al status profesional/antigüedad de las que vivieron situaciones de violencia durante su práctica

profesional y las características de la/s persona/s que ejercieron la violencia, en cada una de las 480 situaciones descritas.

El 61,5% de las instituciones u organizaciones donde ocurrieron las situaciones de violencia fueron de gestión privada, el 32% de gestión pública, el 2,7% de la obra social y el 3,7% de Organizaciones No Gubernamentales. (Gráfico 4)

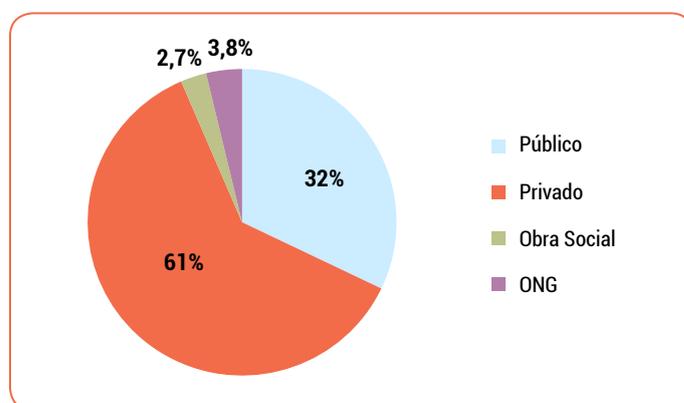


Gráfico 4. Tipo de gerenciamiento de la institución u organización donde ocurrieron las situaciones de violencia.

Actualmente, la AATO no cuenta con datos precisos sobre la cantidad de profesionales que ejercen en los subsectores público, privado y de la seguridad social (obras sociales). Por tal motivo, no es posible discriminar si la alta prevalencia de situaciones de violencia en el ámbito privado obedece a una característica del tipo de gestión, que favorece hechos de abuso de poder o, si se debe a la mayor inserción laboral de las terapeutas ocupacionales en este tipo de institución. Así mismo, cabe destacar el alto porcentaje de situaciones de violencia económica acontecidos en instituciones de gestión privada, donde se sextuplican las chances de sufrir este tipo de violencia en comparación al ámbito público. En cuanto a la violencia sexual, en instituciones privadas, las referencias se duplican en comparación a las instituciones públicas. (Cuadro 2)

TIPO DE VIOLENCIA	TIPO DE GERENCIAMIENTO				TOTAL
	PÚBLICO	PRIVADO	OBRA SOCIAL	ONG	
V. PSICOLÓGICA	75 40,1%	102 54%	4 2,1%	6 3,2%	187
V. ECONÓMICA Y PATRIMONIAL	14 11,7%	95 79,8%	3 2,5%	7 5,9%	119
V. SIMBÓLICA	44 41,9%	53 50,5%	3 2,9%	5 4,8%	105
V. FÍSICA	11 28,2%	26 66,6%	2 5,1%	-	39
V. SEXUAL	10 33,3%	19 63,3%	1 3,3%	-	30
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>	<b>295</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>480</b>

Cuadro 2. Tipo de gerenciamiento de la institución donde ocurrió la situación según tipo de violencia.

\*Porcentajes calculados sobre el total de situaciones de violencia de cada tipo.

### Áreas de trabajo

Los resultados muestran una gran diversidad de áreas de inserción profesional en las cuales, las encuestadas, refirieron haber vivido situaciones de violencia. Se destacan por su frecuencia, el área de rehabilitación física (35% de las situaciones de violencia descritas) y el área de salud mental (34%). Estos son campos tradicionales de inserción de nuestro colectivo profesional, que concentran a una mayor cantidad de terapeutas ocupacionales en comparación con otras áreas de reciente desarrollo como cuidados paliativos, el trabajo con personas privadas de la libertad, gestión de políticas sociales, etc. En todas estas áreas de trabajo se han identificado situaciones de violencia.

En cuanto a los tipos de violencia prevalente según el área, cabe destacar que es llamativo el alto porcentaje de situaciones de violencia física en los campos de la salud mental y de la discapacidad intelectual que, sumadas, alcanzan el 64% de las situaciones de violencia de este tipo. En muchos de estos casos se identifica al agresor/a como la persona usuaria del servicio y la situación acontece durante episodios de descompensación y/o excitación psicomotriz, o se adjudica a las características personales del/a usuario/a producto de su condición de salud. La violencia sexual, también aparece con mayor frecuencia en el área de salud mental (40% de las situaciones). (Cuadro 3)

ÁREA DE TRABAJO	SITUACIONES SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA					Total
	V. Psicológica	V. Económica y patrimonial	V. Simbólica	V. Física	V. Sexual	
Rehabilitación Física	66	52	32	7	7	166
	35,2%	43,7%	30,5%	17,94%	23,3%	
Salud mental	63	37	38	13	12	163
	33,7%	31%	36,2%	33,3%	40%	
Discapacidad intelectual	16	14	11	12	5	58
	8,6%	11,7%	10,5%	30,7%	16,6%	
Educación	15	3	6	4	1	29
	8%	2,5%	5,7%	10,2%	3,3%	
Geriatría	6	5	7	-	1	19
	3,2%	4,2%	6,7%	-	3,3%	
Pediatria	3	-	1	-	1	5
	1,6%	-	0,9%	-	3,3%	
Docencia e investigación	3	-	2	1	-	-
	1,6%	-	1,9%	2,5%	-	
Discapacidad sensorial	2	-	-	-	-	-
	1%	-	-	-	-	
Personas privadas de la libertad	1	-	-	-	-	-
	0,5%	-	-	-	-	
Integración sensorial	1	-	-	-	-	1
	0,5%	-	-	-	-	
Campo comunitario	6	-	3	-	-	10
	3,2%	-	2,8%	-	-	
Laboral/ART	2	2	-	-	1	5
	1%	1,7%	-	-	3,3%	
Gestión de políticas sociales y género	1	-	2	-	-	3
	0,5%	-	1,9%	-	-	
Cuidados paliativos	2	-	1	-	1	4
	1%	-	0,9%	-	3,3%	
Otras	-	6	2	2	-	8
	-	5%	1,9%	5,12%	-	
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>119</b>	<b>105</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>480</b>

Cuadro 3. Áreas de trabajo donde ocurrieron las situaciones según tipo de violencia.

\*Porcentajes calculados sobre el total de situaciones de violencia de cada tipo.

**Tipo de dispositivo donde ocurrió la situación de violencia**

Se relevaron situaciones de violencia en una variedad muy amplia de instituciones y dispositivos. En el 48% de los casos las situaciones de violencia ocurrieron en instituciones del segundo y tercer nivel de atención

del área de salud, le siguen en frecuencia los centros y hospitales de día (13,6%), las instituciones y dispositivos del área de la educación (13,6%) y dispositivos habitacionales (7,3%). (Cuadro 4)

TIPO DE DISPOSITIVO	V. Psicológica		V. Económica y Patrimonial		V. Simbólica		V. Física		V. Sexual		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
Hospital, Clínica, Sanatorio, Ctro. / Inst. de Rehab.	95	50,8%	59	49,5%	57	54,3%	12	31%	11	36,6%	234	48,9%
Centro de Día / Hospital de Día	21	11,2%	18	15,1%	13	12,4%	8	21%	5	16,6%	65	13,6%
Escuela, Gabinete, Centro Educativo Terapéutico	27	14,4%	13	10,9%	12	11,4%	11	28,2%	2	6,6%	65	13,6%
Consultorio particular	9	4,8%	8	6,8%	3	2,8%	2	5,1%	1	3,3%	23	4,8%
Dispositivo habitacional	14	7,5%	7	5,8%	6	5,7%	3	8%	5	16,6%	35	7,30%
Dispositivo de inclusión sociolaboral	5	2,7%	5	4,2%	2	1,9%	1	2,6%	2	6,6%	15	3,1%
Domicilio del paciente	1	0,5%	3	2,5%	3	2,8%	1	2,6%	1	3,3%	9	1,8%
Centro de Salud	8	4,3%			5	4,8%			1	3,3%	14	2,9%
Dispositivo jurídicosocial	1	0,5%									1	0,2%
Universidad	3	1,6%			4	3,8%			1	3,3%	8	1,6%
Laboral - ART	2	1,0%	6	5,0%							7	1,4%
Otros	1	0,5%					1	2,6%	1	3,3%	1	0,2%
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>		<b>119</b>		<b>105</b>		<b>39</b>		<b>30</b>		<b>480</b>	

Cuadro 4. Dispositivos donde ocurrieron las situaciones según el tipo de violencia.

\*FA= Frecuencia Absoluta / Porcentajes calculados sobre el total de situaciones de violencia de cada tipo.

Estos datos muestran los tipos de dispositivos en los cuales las encuestadas vivieron situaciones de violencia. Sin embargo, es necesario contar con datos sobre la distribución del total de las terapeutas ocupacionales que ejercemos en el país en los distintos dispositivos, niveles de atención y áreas de trabajo para esbozar conclusiones sobre la asociación de los mismos con la prevalencia de las situaciones de violencia.

**Lugar donde ocurrió la situación de violencia**

El 95,8% (460) de todas las situaciones de violencia mencionadas por las encuestadas sucedieron en el espacio físico de una institución u organización. Cabe destacar que 10 de estos eventos ocurrieron en el domicilio de la persona usuaria, 2 en redes sociales (una situación de violencia psicológica y una de violencia sexual) y 8 a través de otros medios. (Gráfico 5)

**Relación laboral de la terapeuta ocupacional que vivió la situación de violencia**

En el 47,5% de las situaciones de violencia que se describen, las terapeutas ocupacionales se encontraban en relación de dependencia, seguidas por un 45,4% que eran "monotributistas"<sup>7</sup>. También, aunque en bajos porcentajes, se refirió trabajo "en negro", como becarias, pasantes o ad honorem.

Cabe destacar que en la comparación entre los distintos tipos de violencia y la modalidad de contratación de las terapeutas ocupacionales, resalta el hecho de que en el caso de la violen-

<sup>7</sup> El monotributo es un régimen de pequeños contribuyentes que unifica el componente impositivo -IVA y Ganancias- y el componente previsional -aportes jubilatorios y obra social- en una única cuota mensual. Existen varias categorías dependiendo de valores como facturación anual, entre otros (Administración Federal de Ingresos Públicos-AFIP Argentina). A pesar de ser un régimen para trabajadores autónomos, muchas instituciones suelen solicitar a los profesionales que cuenten con este sistema tributario y previsional.

cia económica, el 63,9% de las terapistas ocupacionales eran monotributistas y sólo el 31% se encontraba en relación de dependencia. En los restantes tipos de violencia, el porcentaje de monotributistas oscila entre un 43,3% y 38%, y el de

terapistas ocupacionales en relación de dependencia, va del 54,4% al 40%. Por estos motivos, podríamos inferir que las condiciones de empleo se encuentran relacionadas con la prevalencia de violencia económica. (Cuadro 5)

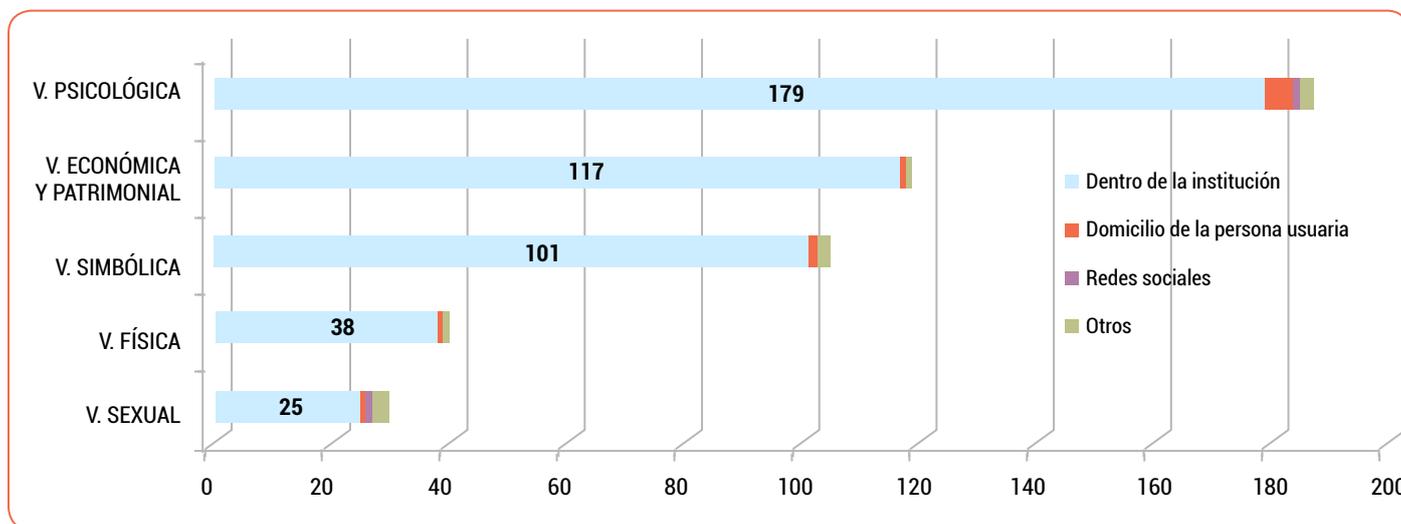


Gráfico 5. Lugar donde ocurrió la situación según tipo de violencia.

TIPOS DE VIOLENCIA	RELACIÓN LABORAL			TOTAL
	RELACIÓN DE DEPENDENCIA	MONOTRIBUTO	OTROS	
V. PSICOLÓGICA	102	71	14	187
	54,5%	38%	7,5%	
V. ECONÓMICA Y PATRIMONIAL	37	76	6	119
	31%	63,9%	5%	
V. SIMBÓLICA	56	43	6	105
	53,3%	41%	5,7%	
V. FÍSICA	21	15	3	39
	53,8%	38,4%	7,6%	
V. SEXUAL	12	13	5	30
	40%	43,3%	16,7%	
TOTAL	228	218	34	480

Cuadro 5. Relación laboral de la terapeuta ocupacional según el tipo de violencia experimentada.

\*Porcentajes calculados sobre el total de situaciones de violencia de cada tipo.

**Estatus jerárquico/antigüedad de la terapeuta ocupacional durante la situación de violencia experimentada**

Se observa que las que sufrieron situaciones de violencia se encontraban en su mayoría en sus primeros años de ejercicio profesional (54,4%). Se puede observar que la probabilidad de sufrir situaciones de violencia disminuye a medida que aumenta la antigüedad en los cargos y, si bien no desaparece, es aún menos frecuente en aquellas terapeutas ocupacionales que ocupan cargos de conducción (jefas, coordinadoras, directoras). Esta tendencia es similar y se observa en todos los tipos de violencia estudiados. (Cuadro 6)

**Rol de la persona que ejerció la violencia**

En el 71,2% de las situaciones de violencia descritas, la persona que ejerció la violencia ocupaba un cargo de mayor jerarquía que la terapeuta ocupacional en cuestión. A excepción de las situaciones de violencia física, en todos los restantes tipos de violencia se puede observar claramente, en un rango que va del 56,7% en el caso de la violencia sexual, hasta el 93,2%, en el caso la violencia económica, que son las personas que ocupan cargos de mayor status jerárquico dentro de la institución las que ejercen violencia. El caso de excepción es el de la violencia física, aquí en el 84,6% de las situaciones el/la agresor/a era la persona usuaria. (Cuadro 7)

TIPOS DE VIOLENCIA	STATUS PROFESIONAL/ANTIGÜEDAD				TOTAL
	MENOS DE 3 AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	MÁS DE 3 AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL	CARGO DE CONDUCCIÓN	OTROS	
V. PSICOLÓGICA	99	66	16	6	187
	52,9%	35,3%	8,5%	3,3%	
V. ECONÓMICA Y PATRIMONIAL	62	38	12	7	119
	52,1%	31,9%	10%	5,8%	
V. SIMBÓLICA	58	32	9	6	105
	55,2%	30,5%	8,6%	5,7%	
V. FÍSICA	23	10	3	3	39
	60,6%	26,3%	7,9%	5,2%	
V. SEXUAL	19	7	2	2	30
	63,3%	23,3%	6,7%	6,7%	
TOTAL	261	153	42	24	480
	54,4%	31,9%	8,7%	5%	

Cuadro 6. Status profesional/antigüedad de la terapeuta ocupacional durante la situación según tipo de violencia.

\*Porcentajes calculados sobre el total de situaciones de violencia de cada tipo.

TIPOS DE VIOLENCIA	ROL DE LA PERSONA QUE EJERCIÓ LA VIOLENCIA				TOTAL
	USUARIA/O	TRABAJADOR/A DE MENOR O IGUAL RANGO	TRABAJADOR/A DE MAYOR RANGO	FAMILIAR DE USUARIA/O	
V. PSICOLÓGICA	4	35	143	5	187
	2,1%	18,7%	76,4%	2,7%	
V. ECONÓMICA Y PATRIMONIAL	3	5	111	-	119
	2,5%	4,2%	93,2%		
V. SIMBÓLICA	3	33	68	1	105
	2,8%	31,4%	64,8%	0,95%	
V. FÍSICA	33	2	3	1	39
	84,6%	5,1%	7,7%	2,5%	
V. SEXUAL	4	8	17	1	30
	13,3%	26,7%	56,7%	3,3%	
TOTAL	47	83	342	8	480

Cuadro 7. Rol de la persona que ejerció la violencia según tipo de violencia.

\*Porcentajes calculados sobre el total de situaciones de violencia de cada tipo.

**Género y número de la/s persona/s que ejercieron la violencia**

En cuanto al género de la persona que ejerció la violencia, en el 45,8% (220 casos) se trató de uno o varios varones y en el 39,1% (188 casos) de una o varias mujeres. En el 12,3% (59 situaciones) la violencia provino tanto de varones como de mujeres y, en el 2,7% (13 situaciones), no se especificó género del agresor. El total de los casos donde no se especificó género del agresor referían a situaciones de violencia económica que no se encarnaban en personas sino en “la institución”, “la dirección”, “la oficina de personal”, “el Estado”.

Cabe destacar que, en cuanto a las situaciones de violencia sexual, en el 86,7% de los casos (26 de 30), los agresores fueron varones, contra un 13,3% de mujeres. En las situaciones de violencia simbó-

lica el 74,3% (78 de 105) los agresores fueron varones, superando significativamente al número de mujeres identificadas como agresoras. Por otro lado, en las situaciones de violencia psicológica es a la inversa, el 71,1% de las agresoras fueron mujeres. (Gráfico 6)

En cuanto al número de agresores identificado para cada situación de violencia relatada, en el 65,6% de los casos (315) la agresión provino de una sola persona y en el 31,7% (165) de un grupo de personas. En las agresiones grupales se mantienen las mismas tendencias que en las situaciones de agresores individuales en cuanto al género de los mismos según el tipo de violencia. Esto es, mayoría de agresoras mujeres en el tipo de violencia psicológica y mayoría de agresores varones en el tipo de violencia física, sexual y simbólica; mientras que no se observan diferencias significativas por género en el tipo de violencia económica. (Cuadro 8)

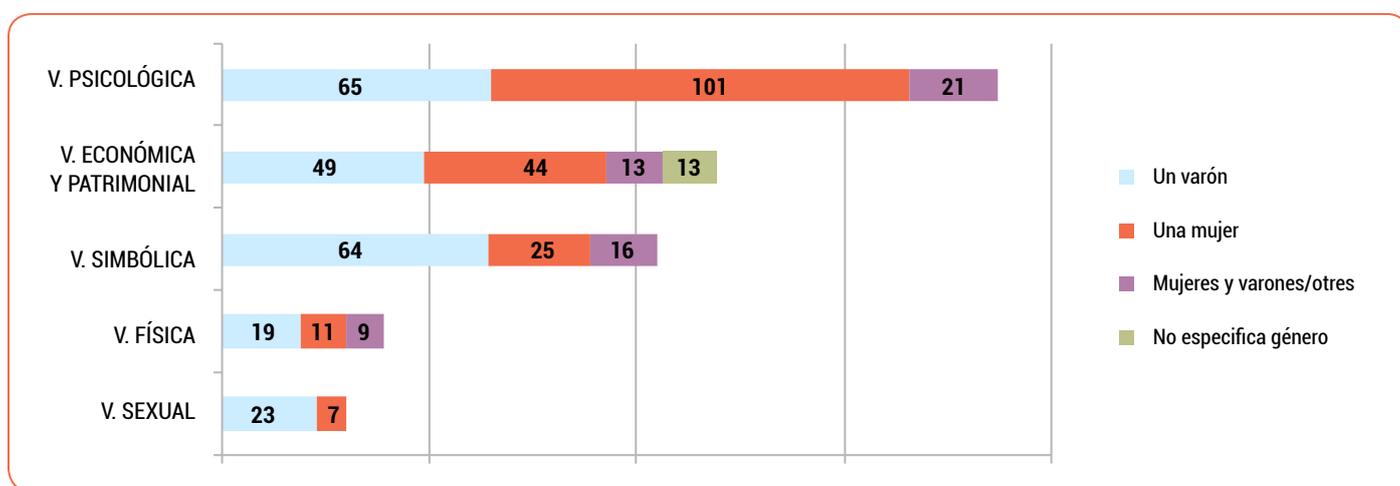


Gráfico 6. Género de la persona que ejerció la violencia según tipo de violencia.

TIPOS DE VIOLENCIA	UNA PERSONA	MÁS DE UNA PERSONA			OTROS	TOTAL
		GRUPO DE VARONES	GRUPO DE MUJERES	MUJERES Y VARONES		
V. PSICOLÓGICA	123	11	32	21	-	187
	65,8%	5,9%	17,1%	11,2%		
V. ECONÓMICA Y PATRIMONIAL	73	10	10	13	13	119
	61,30%	8,4%	8,4%	10,9%	10,9%	
V. SIMBÓLICA	64	18	7	16	-	105
	60,9%	17,1%	6,7%	15,2%		
V. FÍSICA	29	4	1	5	-	39
	74,35%	10,2%	2,6%	12,8%		
V. SEXUAL	26	3	1	-	-	30
	86,7%	10%	3,3%	-		
<b>TOTAL</b>	<b>315</b>	<b>46</b>	<b>51</b>	<b>55</b>	<b>13</b>	<b>480</b>

Cuadro 8. Número de agresores/as y género de quien/es ejercieron la violencia según tipo de violencia.

\*Porcentajes calculados sobre el total de situaciones de violencia de cada tipo.

### Violencia en el ámbito laboral y violencia basada en género

De las 480 situaciones de violencia descritas, 278 (57,9%) fueron consideradas, al momento de la encuesta, como situaciones de violencia basadas en género. Por otra parte, 109 refirieron haber recibido algún tipo de formación en perspectiva de género. Este grupo, clasificó a las situaciones de violencia como basadas en género en mayor proporción que el grupo que no había recibido este tipo de capacitación (221). Del total de las situaciones de violencia relatadas por las terapistas ocupacionales con formación en perspectiva de género (168), el 65,5% (110 situaciones), fueron percibidas como violencia basada en género, esto es un promedio de una situación por terapeuta ocupacional con formación en perspectiva de género encuestada. Por su parte, aquellas sin formación en perspectiva de género, identificaron un total de 312 situaciones de

violencia y, consideraron que 168 de ellas, consistían en violencias basadas en género. Lo cual representa un 53,8% de las situaciones descritas por este grupo y un promedio de 0,76 situaciones por encuestada. (Gráfico 7)

A partir de las preguntas sobre la consideración como violencia basada en género, en el momento en que ocurrió la situación y en el momento actual, se observa un cambio en la percepción con el paso del tiempo. Sólo 162 de las situaciones que refieren las encuestadas fueron consideradas por ellas mismas como violencia basada en género en el momento que sucedieron (33,75% del total de hechos de violencia). Sin embargo, en el momento de completar la encuesta consideraron como violencia basada en género a 278 de las situaciones relatadas (57,9%). Este número muestra un aumento de 24,15 puntos porcentuales en la percepción del hecho vivido como violencia basada en género. (Gráfico 8)

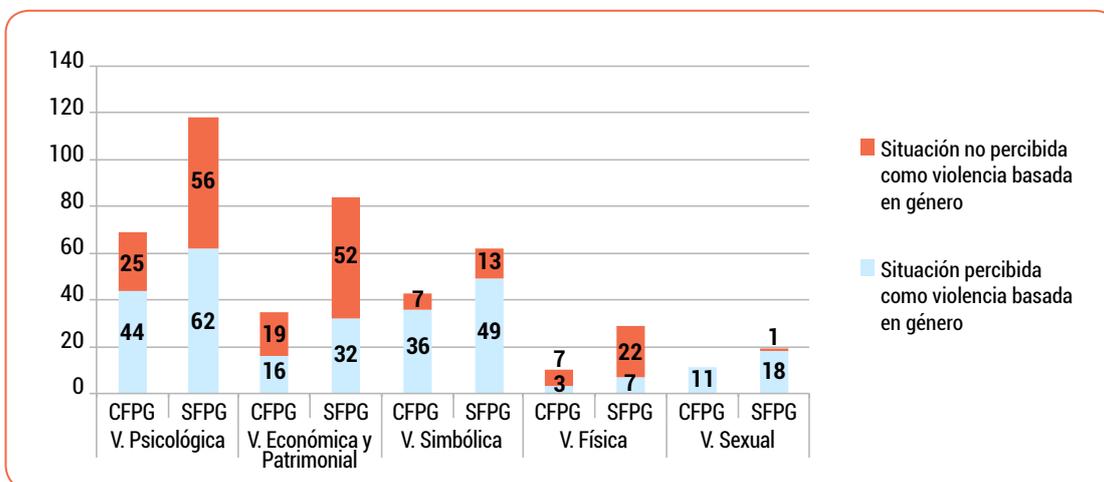


Gráfico 7. Influencia de la formación en perspectiva de género en la consideración de las situaciones como violencia basadas en género.

\*CFPG: con formación en perspectiva de género / SFPG: sin formación en perspectiva de género.

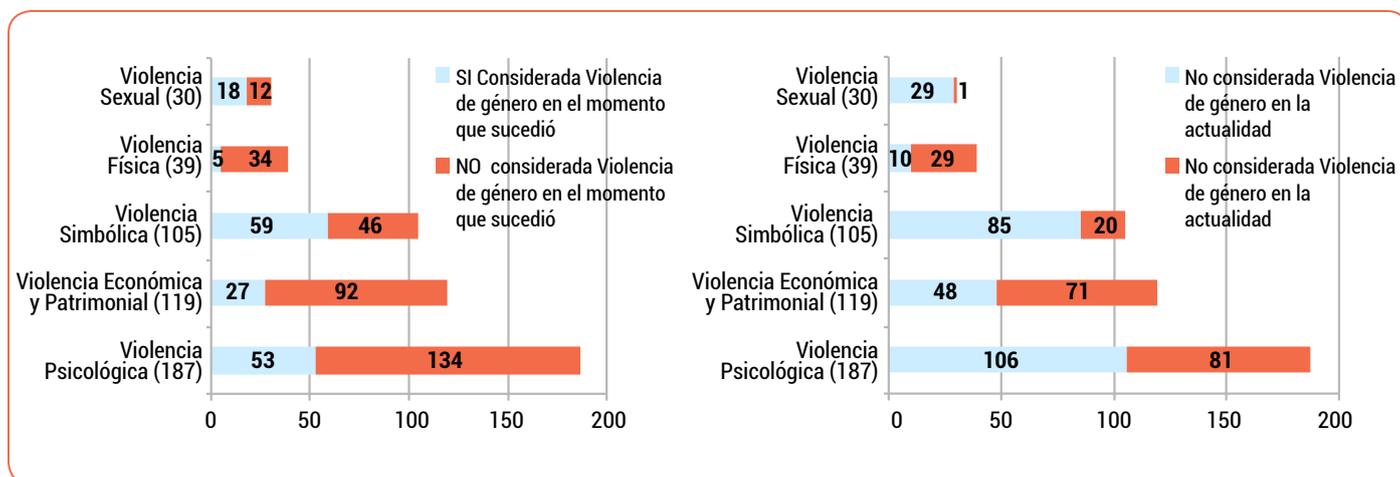


Gráfico 8. Percepción de la situación como violencia basada en género según el paso del tiempo.

### *Percepción de la situación como violencia basada en género. Particularidades según el tipo de violencia experimentada*

Al analizar los casos de violencia física en general, encontramos que sólo el 13% de las que sufrieron violencia física consideró lo sucedido como violencia basada en género en el momento del hecho. Porcentaje que se duplica y pasa a un 26% al momento de contestar la encuesta. Si analizamos estos datos, considerando por separado aquellos donde el agresor/a era un/a usuario/a del sistema de salud y aquellos donde la violencia provino de compañeros de trabajo, encontramos que de las 33 que informaron violencia física por parte de usuarios, sólo 2 (6%) la consideraron violencia basada en género al momento en que ocurrió. Mientras que de los 5 casos donde el agresor era una persona del trabajo, en más de la mitad, fue considerada como violencia basada en género al momento en que ocurrió. Por otro lado, en ambos grupos se evidencia el cambio de percepción. En el primero, la cantidad de profesionales que en la actualidad considera que el episodio de violencia estuvo basado en género, se triplicó. Las que cambiaron la percepción sobre la situación refieren lo atribuyen a que se encuentran más informadas sobre el tema y a que creen que los usuarios ejercen violencia sobre las mujeres y no sobre los hombres. En el segundo grupo, casi la totalidad de las que sufrieron violencia física por parte de compañeros de trabajo (4 de 5), considera que estuvo basada en género. Cabe destacar que el 69,2% que sufrieron violencia física en su trabajo, refirió no tener formación en perspectiva de género.

En el caso de la violencia psicológica, en el momento que ocurrió la situación de violencia, el 71,7% de las encuestadas no la consideró violencia basada en género. Sin embargo, al momento de contestar la encuesta el 56,7% creía que la situación de violencia estuvo basada en género. Cabe destacar que el 63,1% de que sufrieron violencia psicológica (118), refirieron no poseer formación en perspectiva de género.

En el caso de la violencia simbólica, el 45,7% de que relataron situaciones de este tipo en el ámbito laboral, refirieron tener formación en perspectiva de género. De las 105 encuestadas que sufrieron violencia simbólica, 59 la consideraron atribuible a violencia basada en género en el momento que sucedió. Esta cifra aumenta a 85 cuando se les preguntó si en la actualidad la consideraban como violencia basada en género.

En el caso de la violencia económica y patrimonial, cabe destacar, que sólo el 23% consideró al evento como violencia basada en género en el momento de los hechos, sin embargo en la actualidad el 40% de las terapeutas ocupacionales que sufrieron violencia económica, lo considera así. El 70% de las que identificaron haber sufrido este tipo de violencia durante el ejercicio de la profesión, refieren no tener formación en perspectiva de género.

De las encuestadas que relataron situaciones de violencia sexual durante el ejercicio profesional, el 56,7% (17) refirió no

contar con formación en perspectiva de género. Sin embargo, el 60% consideró a la situación como violencia basada en género en el momento en que ocurrió, porcentaje que se incrementa hasta alcanzar el 96,7% en la actualidad, donde 29 de las 30 que sufrieron este tipo de violencia, creen que la misma está basada en género.

### **Discusión**

Para identificar la violencia hacia la mujer en el ámbito laboral, es necesario diferenciarla de la "violencia laboral". Para contextualizar esta última, resultan útiles las definiciones de Miriam Wlosko<sup>8</sup> (2008), quien explica que debe ser pensada en el marco de las nuevas modalidades de explotación y gestión de la fuerza de trabajo en un contexto de economía globalizada y transnacionalizada. Según la autora, los modos de organización actuales del trabajo tienden a la ruptura de los lazos sociales y eliminan la solidaridad y la cooperación entre los grupos, pudiendo haber una violencia vertical pero también horizontal. Refiere que hay diversos modos de entender dicho fenómeno, y que varios organismos internacionales, como la Organización Internacional del Trabajo o la Organización Mundial de la Salud, adoptan definiciones amplias que incluyen la violencia física así como también diversos tipos de abuso emocional, verbal, amenazas, acoso sexual, etc.

En cuanto a los resultados observados, es muy preocupante el alto porcentaje de terapeutas ocupacionales que han experimentado situaciones de violencia en el ámbito laboral (242 de 330 - 73,3%). Comparando con el último Informe de la Línea Nacional 144<sup>9</sup> (2019), cuyos datos son sistematizados por el Observatorio de Violencia contra las Mujeres del Instituto Nacional de las Mujeres, surge que en el año 2018 sobre un total de 447.716 llamados, un escaso porcentaje, solo el 1,2%, correspondían a violencia laboral (5372 llamados)<sup>10</sup>. Parecería, entonces, presentarse una discordancia con la prevalencia encontrada de esta modalidad de violencia. Esto se relaciona con lo que explica la especialista en temas de la mujer Mabel Bianco (2017), quien refiere que no se cuenta con cifras precisas en la modalidad de violencia laboral porque es poco denunciada. Esto es a causa del temor a perder el trabajo, a que se vean afectados los ingresos económicos y a posibles represalias (cambios de funciones o lugares de trabajo, condiciones laborales arbitrarias, etc.); sumado a la vergüenza que sienten

8 Psicóloga, Docente e Investigadora en Salud, Subjetividad y Trabajo.

9 La Línea Nacional 144 se creó en el año 2013 para ofrecer información, asesorar y contener a las mujeres en situación de violencia acercándolas a los recursos institucionales disponibles en sus localidades. Es gratuita y funciona las 24 horas, los 365 días del año. (Informe Estadístico Línea 144, 2019)

10 En cuanto a las otras modalidades el 81,9% corresponde a la doméstica, el 1,5% a la institucional, el 0,4% a la obstétrica y el 0,1% a la mediática y reproductiva en la misma proporción. (Informe Estadístico Línea 144, 2019)

algunas mujeres y al miedo a ser desacreditadas. En el mismo sentido, la socióloga feminista Victoria Freire<sup>11</sup>, nos aclara en una entrevista telefónica que los datos se encuentran muy dispersos. Menciona que la Oficina de Violencia Laboral de la Secretaría de Trabajo, recopila denuncias del sector privado pero, en la búsqueda que realizamos, encontramos que los últimos datos de acceso público sobre la violencia aquí estudiada, son del 2008. En cambio, Freire menciona, que para el sector público no existe un lugar de denuncia específico, no se cuenta con una sistematización y centralización de las denuncias, así como tampoco están centralizados los datos en el sistema judicial. Por lo tanto, habría que hacer un trabajo artesanal para dar fehaciente cuenta de la dimensión del problema. En su opinión, los relevamientos y encuestas de la violencia hacia la mujer en el ámbito laboral también son escasos, y valora muy positivamente el proyecto de investigación que aquí hemos emprendido.

En lo que respecta a Terapia Ocupacional, no se han encontrado, en los buscadores de artículos académicos, trabajos científicos que aborden esta problemática en nuestra disciplina. Mansilla Rivera, Astete Valdebenito, Garrido Salazar y Maldonado Molina (2017), publicaron un artículo de investigación que analiza la influencia del género en el desempeño laboral de terapistas ocupacionales mujeres y hombres en Chile. Los tópicos abordados consideran la relación entre trabajo y género y hacen referencia a diferencias salariales, costos laborales, manejo de poder y estatus de minoría. Los resultados indican que existen diferencias respecto del género en todos los tópicos relevados. Por más que dichas desigualdades no se nombran en términos de violencia, estos indicadores se corresponderían a los siguientes tipos de violencia descriptos en este trabajo: económica patrimonial, simbólica y sexual-reproductiva.

En Argentina, es relevante destacar el momento actual social político y cultural<sup>12</sup> encarnado por los movimientos feministas, que lograron que gran parte de la sociedad cuestione fuertemente a las violencias y desigualdades basadas en géneros. Es en esta coyuntura donde surge en esta investigación que la mayoría de las situaciones vividas son consideradas actualmente como violencias basadas en el género (58%). Por tanto, este trabajo contribuye a visibilizar las violencias basadas en género en el ámbito laboral de este campo profesional y, a emprender acciones hacia su prevención y tratamiento, las cuales indefectiblemente deben ser apoyadas en la formación y en la perspectiva de géneros.

11 Coordinadora del Observatorio de Géneros y Políticas Públicas de la Ciudad de Buenos Aires (organización independiente).

12 Dan cuenta de esto los movimientos y consignas populares como "Ni Una Menos", "Yo Te creo Hermana", "No Nos Callamos Más" y la "Marea Verde", entre otros.

## Conclusión

A la luz de los resultados obtenidos, consideramos que es muy significativa la cantidad de terapistas ocupacionales mujeres que refieren haber sufrido situaciones de violencia durante el ejercicio de la profesión en la Argentina. En porcentaje, fue el 73,3% de la muestra, y se describieron un total de 480 situaciones de violencia. El análisis de las características de estas situaciones nos permitió delinear las particularidades con que cada tipo de violencia se expresa en la práctica y aquellas circunstancias que nos ponen en situaciones de mayor vulnerabilidad. Existen factores comunes a todos los tipos de violencia, como por ejemplo, suelen suceder dentro de la institución de trabajo y cuanto menos experiencia profesional tenemos, más propensas somos a sufrirlas.

En el caso de la violencia sexual, fue el único tipo de violencia que se dio en un 10% de las situaciones, por fuera del ámbito institucional. El tipo más frecuente de violencia fue la psicológica, mayoritariamente ejercida por mujeres y considerada por el 56,7% de las colegas que la sufrieron como violencia basada en el género. El 36,1% de las colegas sufrió violencia económica y patrimonial, vinculada a las condiciones de empleo (instituciones del ámbito privado que "contratan" monotributistas). En este caso, quienes ejercieron la violencia económica, en el 93,2% de los casos la persona empleadora, no se observan diferencias significativas en cuanto a su género, y, en el 40% de las situaciones, se la consideró como violencia basada en género.

En cuanto a la violencia simbólica (31,8% de las situaciones), en el 81% de los casos, se la consideró violencia basada en género y estuvo ejercida principalmente por varones. Las situaciones de violencia física (11,8%), se dieron en el campo de la salud mental y discapacidad intelectual, (64% de las situaciones relatadas) y, en el 84% provino de la persona usuaria; sólo en el 18% de estas situaciones se la consideró violencia basada en género. Sin embargo, en los casos (5) en los que la persona de la cual provino la violencia era compañera de trabajo, en el 80% de los casos se la consideró violencia basada en género. Por último, las situaciones de violencia sexual fueron las menos frecuentes. Con un 9% del total de las situaciones descriptas, sucedieron con más frecuencia en el ámbito privado y el 76,7% de los agresores eran varones. En el 96,7% de los casos se las consideró violencia basada en género.

Cabe destacar el cambio de perspectiva en las terapistas ocupacionales encuestadas en relación a la lectura de la situación como violencia basada en género. En el momento en que sucedió, sólo 162 de 480 situación es la consideraron de ese modo, mientras que en la actualidad 278. Las terapistas con formación en perspectiva de género identificaron las situacio-

nes como violencia basada en género en mayor proporción que quienes no contaban con esta formación. El 70% de las colegas que sufrieron violencia no cuenta con formación en perspectiva de género. Continuaremos analizando y compartiendo los resultados de esta encuesta en próximos informes con el objetivo de avanzar en la deconstrucción y desnaturalización de las formas de violencia y ejercicio del poder que limitan nuestras posibilidades de desarrollo como mujeres trabajadoras.

Finalmente, esperamos que esta investigación se torne relevante para futuros proyectos de investigación, guías de prácticas y creación de diversas instancias de formación en perspectiva de género. Dicha formación, tanto en grado como en posgrado, permitiría adecuar nuestras prácticas de atención y reconocer y actuar frente a los distintos tipos de violencia que afrontamos como trabajadoras. Tenemos el derecho a desempeñarnos profesionalmente en las mejores condiciones y medio ambiente de trabajo, libres de todo tipo de violencias. Los efectos sobre nuestros cuerpos y sobre nuestras subjetividades pueden ser sutiles y también devastadores. Dejar de invisibilizar las situaciones de violencia y desigualdad, construir otras relaciones sociales más justas y respetuosas es tarea cotidiana de todos.

### Agradecimientos

Agradecemos a las colegas que generosamente contestaron la encuesta y compartieron sus experiencias. A les compañeras de la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres - ATL con quienes compartimos y nos impulsamos colectivamente en la hermosa tarea militante por una Terapia Ocupacional social y feminista. A Julieta Jeroncich y a Sofía Tachella, compañeras de la Comisión de Acción Política de Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres-ATL, quienes acompañaron en la gestación de este proyecto. A Andrea Albino, (Presidenta de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales) y a Victoria Freire (dirigente política feminista), por la predisposición y colaboración. ●

[Recibido: 12/04/2019 – Aprobado: 26/06/2019]

### Referencias Bibliográficas

- Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) Qué es el monotributo. Argentina. Recuperado de: <https://monotributo.afip.gob.ar/Public/Ayuda/Index.aspx>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer. *Medidas del Plenario N° 85*. Ginebra, 20 de diciembre, 1993. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Bianco, M. (4 de noviembre de 2018). Violencia de Género en el ámbito laboral: mayor conciencia. Clarín. Recuperado de <http://www.clarin.com/>
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Belem do Pará, Brasil, 9 de junio de 1994. Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). Asamblea General de las Naciones Unidas, 3 de septiembre de 1981.
- Informe Estadístico Línea 144, Datos Dinámicos 2018 (2019). Instituto Nacional de las Mujeres: [www.argentina.gob.ar](http://www.argentina.gob.ar). Recuperado de: [www.argentina.gob.ar/observatorio-de-la-violencia-contra-las-mujeres/](http://www.argentina.gob.ar/observatorio-de-la-violencia-contra-las-mujeres/)
- Ley N° 24.632 Convención de Belem do Pará. Violencia contra la mujer, su erradicación. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 9 de abril de 1996.
- Ley N° 26.485 Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 14 de abril de 2009.
- Mansilla Rivera, M.I., Astete Valdebenito, N.C., Garrido Salazar, L.C. y Maldonado Molina, F.C. (2017) Terapeutas ocupacionales: Influencia del género en su Desempeño laboral. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 17 (1), 155 - 163. DOI:10.5354/0719-5346.2017.46388
- ONU Mujeres (2019). Formación y Desarrollo de capacidades en igualdad de género y empoderamiento de las mujeres: [Unwomen.org](http://www.unwomen.org). Recuperado de <http://www.unwomen.org>
- Testa, D. (2013). Curing by doing. La poliomielitis y el surgimiento de la Terapia Ocupacional en Argentina (1956-1959). *História Ciencia Saude de Manghinos*. Recuperado de <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/volume-20-%E2%80%A2-n-4-%E2%80%A2-out-dez-2013/>
- Wlosko, M. y Ros, C. B. (2008). Violencia laboral y organización del trabajo en personal de enfermería. Recuperado de <https://www.academica.org/000-032/256>.

### Cómo citar este artículo:

Portela, A., Rosemblat, F., Briaglia, J., Rey Ferraro, R. y Vázquez, N. N. (2019). Encuesta a Terapistas Ocupacionales Mujeres sobre Violencia en el Ámbito Laboral en la Argentina. Resultados Preliminares. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 45-59.



# Experiencia en el abordaje interdisciplinario para la detección de discapacidades menores en niños con antecedentes de prematurez y alto riesgo al nacer

Experience in the interdisciplinary approach for the detection of minor disabilities in children with a history of prematurity and high risk at birth

Silvina Valeria Andrés | María Florencia Gennaro

## Silvina Valeria Andrés

Licenciada en Psicopedagogía. Psicopedagoga en Servicio de Rehabilitación. Hospital Interzonal General de Agudos San José. Pergamino. Buenos Aires. Argentina.

silvinaandres@gmail.com

## María Florencia Gennaro

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional en Servicio de Rehabilitación. Hospital Interzonal General de Agudos San José. Pergamino. Buenos Aires. Argentina.

mflorenciagennaro@gmail.com

## Resumen

El presente trabajo relata la experiencia de abordaje interdisciplinario en el programa de seguimiento de recién nacidos con antecedentes de prematurez y alto riesgo en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) San José. Inicia con un recorrido teórico y bibliográfico acerca del concepto de prematurez y las consecuencias a largo plazo de la misma, continúa con la descripción del programa para finalmente describir y analizar la experiencia específica en este establecimiento. Se detalla el rol de los distintos integrantes del equipo interdisciplinario haciendo principal hincapié en las intervenciones del Terapeuta Ocupacional, el Psicopedagogo y el Fonoaudiólogo. Se registran los resultados de la implementación del programa en el año 2018. Las reflexiones finales dan cuenta de la necesidad de participación de profesionales de distintas disciplinas en los programas de seguimiento que posibiliten una mirada integral del niño. Esto favorecería la detección temprana y oportuna de las distintas dificultades pudiendo evidenciar de la especificidad de las mismas.

**Palabras Clave:** prematuridad, pretérmino, estudios de seguimiento.

## Abstract

*This paper describes the interdisciplinary approach in High Risks and preterm Newborns Monitoring Program in Hospital Interzonal General de Agudos San José (HIGA). It starts with a comprehensive research, both theoretical and bibliographical, of the concept of premature births and long-term consequences of preterm deliveries, followed by a description of the program and finally an analysis of the experience and the specific role of the members of an interdisciplinary team, mainly Occupational Therapist, Psycho Pedagogue and Speech Therapist. The research ends describing the outcomes of the program implemented in 2018. Final thoughts reflect the importance of the interdisciplinary and holistic approach of the child, which will allow an early and timely detection of thrive difficulties.*

**Key words:** prematurity, preterm, follow-up studies.

## Introducción

Los niños Recién Nacidos Pretérmino (RNPT) son aquellos que nacieron antes de cumplir 37 semanas de edad gestacional (Gómez, Espinosa, Galvis, Chaskel & Ruiz Moreno, 2014). Estos niños, al ser inmaduros, pueden presentar diferentes patologías que requieren internación y posteriormente un seguimiento especial.

En los últimos tiempos los avances tecnológicos y médicos han generado una disminución en la mortalidad infantil neonatal y la expectativa de vida de estos grupos más vulnerables e inmaduros ha aumentado.

Gómez et al. (2014) dan cuenta del aumento de la incidencia de la prematuridad y lo plantean como un importante problema de salud pública. Esto trae como consecuencia un aumento en la tasa de morbilidad y las secuelas a largo plazo van desde discapacidades severas, como parálisis cerebral, hidrocefalia, ceguera, hipoacusia o discapacidad intelectual, hasta otras denominadas discapacidades menores, que aunque de menor gravedad, tienen una mayor incidencia y resultan más difíciles de pesquisar y diagnosticar. Dentro de estas discapacidades menores aparecen los déficits cognitivos, dificultades de lenguaje, aprendizaje y conducta.

Aspres, Bouzas y Sepúlveda (2016) afirman que si bien la mayoría de los niños nacidos por año en Argentina crecen y se desarrollan normalmente, existe un grupo identificable, por factores de riesgo (prematuridad, bajo peso al nacer, enfermedad compleja en período neonatal), que tienen altas tasas de morbilidad en comparación con los niños nacidos a término y que, en consecuencia, pueden presentar alteraciones en su desarrollo a largo plazo.

Según UNICEF (2009) por cada recién nacido que muere, otros 20 padecen lesiones derivadas del parto, complicaciones resultantes del nacimiento prematuro u otras afecciones neonatales. Por ejemplo, más de un millón de niños y niñas que cada año sobreviven a la asfisia en el parto acaban con secuelas que generan discapacidades como la parálisis cerebral o dificultades de aprendizaje (p.14).

En el informe de acción global sobre nacimientos prematuros, Blencowe et. al. (2012) afirman que en el mundo nacen por año 15 millones de bebés prematuros, más de uno en diez nacimientos. Agregan que más de un millón de estos bebés mueren poco después del nacimiento y muchos otros sufren algún tipo de discapacidad física, neurológica, cognitiva o en los aprendizajes.

Según las estadísticas de hechos vitales en Argentina de La Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud (2014) la causa más importante de mortalidad neonatal e infantil en nuestro país, por su frecuencia e importancia, es el nacimiento prematuro (< 37 semanas de gestación)

o de bajo peso (<2.500 gramos), en especial los niños de muy bajo peso (<1.500 gramos). Dicho organismo a fines del año 2014 publicó el informe referente a las estadísticas vitales de toda la población en el año 2013, allí se estableció que de todos los nacidos vivos (754.603) un 8.55% nació pretérmino (64.540). (p.7)

La mayoría de los reportes e investigaciones refieren secuelas vinculadas al nacimiento pretérmino haciendo hincapié en discapacidades severas como parálisis cerebral, hidrocefalia, ceguera, hipoacusia. Sin embargo, en la actualidad, cada vez son más numerosos los estudios que refieren otro tipo de discapacidades menores como dificultades en el rendimiento escolar, aprendizajes, lenguaje y conducta.

Ríos Flórez y Cardona Agudelo (2016) encontraron diferencias significativas en habilidades de comprensión y discriminación fonológica que derivan en compromisos en la lectura y escritura y en el desarrollo de operaciones aritméticas escritas. En el mismo sentido, Araoz y Otero (2010) describen estudios realizados con adolescentes con antecedentes de prematuridad que hallan dificultades en habilidades de lectura, operaciones numéricas y razonamiento matemático. Abalde, Bin, Rodríguez, Novali y Contreras (2012), identificaron mayores dificultades en el procesamiento del cálculo en niños con antecedentes de prematuridad. Testa y Salamanco (2017) identifican la prematuridad y el bajo peso al nacer como uno de los precursores intrínsecos de los trastornos en los aprendizajes.

Otros estudios asocian la prematuridad a un menor rendimiento cognitivo y cociente intelectual en relación a niños nacidos a término. Rojas y Moore (2006) sostienen que los niños con antecedentes de prematuridad muestran habilidades cognitivas menores y un pobre funcionamiento ejecutivo. Araoz y Otero (2010) describieron evidencia que relaciona la prematuridad con déficit en el rendimiento cognitivo general y/o rendimiento académicos en diversos estudios con grupo control de niños nacidos a término. En el mismo concluyen que adolescentes con antecedentes de prematuridad reportan menor Coeficiente Intelectual (CI) que en grupo sin este antecedente. Gerometta, Aspres, Schapira, Granovsky y Vivas (2014) investigaron el desarrollo psicomotor e intelectual en niños de 4 y 5 años de edad nacidos con 1500 gr. o menos y que no presentan secuelas neurológicas y han obtenido una prevalencia del 52% de niños que no superaron la prueba de inteligencia.

Sansavini, Guarini y Savini (2011) estudiaron 150 niños prematuros sin lesión cerebral manifiesta y los compararon con 44 niños nacidos a término. Encontraron que los niños prematuros muestran habilidades menores en el léxico y la gramática y una mayor tasa de riesgo de retraso léxico y/o ausencia de combinación de palabras que los niños nacidos a término. El 18 % de los niños prematuros mostraron retraso generalizado en las competencias lingüísticas y cognitivas, 16 %, retraso es-

pecífico en el lenguaje, y 4 %, deficiencia cognitiva específica. Por su parte, Farías, Zunino, Baigorri y Blanco (2017) afirman que la prematuridad afecta el desempeño comunicativo de los niños.

Ríos Flórez, Álvarez Londoño, David Sierra y Zuleta Muñoz (2018) encontraron que la frecuencia de casos de inatención o impulsividad es mayor en niños prematuros que en nacidos a término. También refieren mayores conductas atípicas, síntomas de hiperactividad, episodios de aislamiento y sintomatología característica de depresión y cuadros de somatización.

Como resultado de lo expuesto con anterioridad nos planteamos el siguiente objetivo para nuestro artículo:

Dar cuenta de la importancia del abordaje interdisciplinario para la detección precoz de dificultades en el neurodesarrollo en el programa de recién nacido de alto riesgo del HIGA San José.

### **Relato de experiencia: Programa de seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo**

El programa de seguimiento de niños con antecedentes de prematuridad y alto riesgo al nacer busca garantizar la atención integral a estos niños. Aspres et. al. (2016) afirman que estos programas:

[...] se inscriben dentro del concepto de “enfoque de riesgo”. Se trata de un criterio de trabajo aplicado a la atención de la salud basado en la idea de que algunas personas, familias o comunidades presentan mayor riesgo de enfermar y morir que otras. Esto hace que sus necesidades de vigilancia y cuidado sean también mayores. (p. 8)

El Informe Mundial de Salud de la Organización Mundial de la Salud (2005) enfatiza la necesidad de focalizar la atención en el período neonatal, sobre todo en los neonatos de mayor riesgo, llevando adelante las acciones necesarias para sostener su salud, luego de su inserción en la familia y en la sociedad.

Aspres et. al. (2016) afirman que el programa de Recién Nacido de Alto Riesgo (RNAR) tiene como finalidad la atención global del paciente de riesgo a través no solo del seguimiento clínico sino también prestando una asistencia acorde a las necesidades de cada niño. Se deben establecer estrategias de prevención y atención a partir de un enfoque multidisciplinario que permita realizar intervenciones oportunas y adecuadas.

Los autores explican que la mayoría de los niños que estuvieron críticamente enfermos en el momento del nacimiento, si bien tienen pronóstico favorable en relación a su salud y calidad de vida; tienen mayores probabilidades de presentar secuelas o morbilidades en distintas áreas del desarrollo que requieran atención especializada e integrada. Es por esto que los objetivos principales del programa de seguimiento de

RNAR son: la detección temprana y oportuna de trastornos del desarrollo, neurosensoriales, del crecimiento, y alteraciones conductuales y del aprendizaje, con el fin de iniciar una atención oportuna y eficaz.

La importancia de la existencia de estos controles sistemáticos ha quedado documentada en diversas investigaciones. Pascucci et al. (2002) realizaron una investigación acerca de la cantidad de niños que eran aparentemente sanos, que no pasaban la Prueba Nacional De Pesquisa (PRUNAPE), identificando una prevalencia de fracaso del 20%. La identificación de esta población más vulnerable y su seguimiento organizado permite detectar en forma temprana los problemas y realizar sobre ellos intervenciones oportunas, eficaces y eficientes. Permite, además, ofrecer a los padres información en las distintas etapas del desarrollo de sus hijos (Aspres et. al. 2016; Ravalli y Ortiz, 2010).

### **Experiencia en el HIGA San José**

Según UNICEF y la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación (2018), en distintos hospitales y centros de atención de nuestro país se lleva a cabo el programa de seguimiento de recién nacidos prematuros y de alto riesgo con el objetivo principal de monitorear su neurodesarrollo e intervenir lo más tempranamente posible frente a cualquier desviación, detención o falta de adquisición de alguna pauta del desarrollo.

Generalmente el mismo es realizado por Pediatras del desarrollo o especializados en seguimiento de recién nacidos de alto riesgo, acompañados por un equipo multi o interdisciplinario y valiéndose de escalas estandarizadas para monitorear el desarrollo en las distintas áreas (Aspres et. al. 2016).

En el HIGA San José nacen al año aproximadamente 1100 bebés, de los cuales aproximadamente 140 son prematuros. En dicha institución se encuentra desarrollándose el programa desde Mayo del año 2013. Actualmente se lleva adelante de manera articulada entre los Servicios de Pediatría, a través de médicos pediatra y neonatólogos y el Servicio de Rehabilitación, conformado por un equipo interdisciplinario de Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos, Psicopedagogos y Trabajadores Sociales.

Esta instancia de seguimiento se inicia en la sala de internación de neonatología. Los Trabajadores Sociales intervienen junto a los pediatras explicando a las familias de los niños internados la importancia del mismo y otorgando el primer turno de control ambulatorio en el Servicio de Rehabilitación luego del alta.

Este control se repite de modo ambulatorio, lo realiza el médico Pediatra y/o neonatólogo conjuntamente con un Terapeuta Ocupacional especializado en infancia y desarrollo. Interviene también el Trabajador Social quien garantiza la asistencia

de los niños a sus controles arbitrando los medios que sean necesarios. También este se ocupa de orientar y asesorar a la familia en los trámites que sean necesarios como derivaciones a otros profesionales, obtención de pensiones, certificado único de discapacidad. Es entonces el equipo conformado por los profesionales quienes realizan el monitoreo del niño desde el alta neonatal hasta el egreso del programa a los 8 años de edad.

Para llevarlo a cabo, los Terapeutas Ocupacionales utilizan como herramienta de pesquisa la PRUNAPE. La misma es una prueba argentina aplicable en niños de 0 a 6 años de edad que consta de setenta y nueve pautas madurativas pertenecientes a las áreas motriz fina y gruesa, lenguaje y personal-social. Tiene una duración de aplicación aproximadamente de 15 minutos. En los niños menores de dos años que nacieron antes de las 37 semanas de edad gestacional se debe realizar un ajuste de la edad por la prematuridad. La PRUNAPE fue sometida a un proceso de validación, estimándose la sensibilidad y la especificidad y se trata de un test compatible con las costumbres culturales locales ya que fue diseñado y elaborado por el Dr. Lejarraga junto con el equipo que integra el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría Profesor Doctor Juan Pedro Garrahan en el año 2004.

La misma permite obtener un perfil de desarrollo a través de la pesquisa en las áreas personal social, motor fino, motor grueso y lenguaje. Los Terapeutas Ocupacionales administran esta escala y junto a su mirada clínica determinan si el desarrollo es acorde a la edad del niño. De ser así, este vuelve a ser citado para volver a realizar este screening según el calendario de seguimiento que se detalla en el siguiente apartado. Si, en cambio, se detecta alguna desviación, se orienta la opción terapéutica más conveniente, se continúa con los controles establecidos según calendario y se realiza un seguimiento desde Trabajo Social para garantizar la asistencia a las terapias indicadas.

A partir de los 2 años de edad, se suma al programa un profesional del área de Fonoaudiología, quién evalúa a los niños una vez al año hasta su egreso. De la misma manera, a partir de los 3 años, se incorporará un profesional del área de Psicopedagogía quien profundizará en los procesos de aprendizaje.

### Calendario de seguimiento

El seguimiento de estos niños se realiza de manera sistemática según el calendario sugerido por el Ministerio de Salud de la Nación en el documento Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo (Aspres, Bouzas & Sepúlveda, 2016) por lo que se realizan controles de la siguiente manera:

- Primera semana post alta: Análisis de epicrisis neonatal, entrevista familiar, control pediátrico, estudios auditivos, ecografía cerebral a las 40 semanas. Intervienen Pediatra,

Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE y los estudios auditivos Otoemisiones Acústicas (OEA) o Potenciales Evocados Auditivos de Tronco (PEAT).

- Entre 4 y 6 meses (edad corregida): entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control auditivo. Intervienen Pediatra, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE y estudios auditivos OEA o PEAT.
- Entre 6 y 9 meses (edad corregida): entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo. Intervienen Pediatra, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se utiliza como herramienta la escala PRUNAPE y estudios auditivos OEA o PEAT.
- Entre 9 y 12 meses (edad corregida): entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo. Intervienen Pediatra, Oftalmólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se gestiona turno para Oftalmólogo por fuera del programa. Se utiliza como herramienta la escala PRUNAPE.
- 18 meses (edad corregida): entrevista familiar, control pediátrico, neurológico, evaluación del neurodesarrollo. Intervienen Pediatra, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se utiliza como herramienta la escala PRUNAPE.
- 2 años (se deja de usar la edad corregida): entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control oftalmológico, odontológico y de lenguaje. Intervienen Pediatra, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se gestiona turno para Oftalmólogo y Odontólogo por fuera del programa. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE y Protocolos de Evaluación de Atención Temprana (Lizzi, Menna & Sirna, 2014).
- 3 años: entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control oftalmológico, test de función visual, control odontológico y de lenguaje, escolaridad. Intervienen Pediatra, Fonoaudiólogo, Psicopedagogo, Terapeuta ocupacional y Trabajador Social. Se gestiona turno para Oftalmólogo y Odontólogo por fuera del programa. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE y Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas ITPA (Kirk, McCarthy & Kirk, 2009).
- 4 años: entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control odontológico, valoración nivel intelectual, valoración habilidades pre lectoras y nociones pre numéricas. Intervienen Pediatra, Psicopedagogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se gestiona turno para odontólogo por fuera del programa. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE, Escala de Inteli-

gencia para pre escolares de Weschler WPPSI III (Wechsler, 2014) y Aptitudes en Educación Infantil – Revisado (Depto de I+D+i de TEA Ediciones, 2018).

- 5 años: entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control odontológico, valoración aprendizaje previo al ingreso a escolaridad primaria. Intervienen Pediatra, Psicopedagogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador social. Se gestiona turno para odontólogo por fuera del programa. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE y la Batería Evaluadora de las Habilidades Necesarias para el Aprendizaje de la Lectura y Escritura. BEHNALE (Mora, 1993).
- 6 años: entrevista familiar, control pediátrico, evaluación del neurodesarrollo, control odontológico, oftalmológico, valoración de nivel intelectual, escolaridad, habilidades de lecto escritura, numeración y cálculo. Intervienen pediatra, Psicopedagogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social. Se gestiona turno para Odontólogo y Oftalmólogo por fuera del programa. Se utilizan como herramientas la escala PRUNAPE, Escala de Inteligencia para niños de Wechsler WISC IV (Wechsler, 2010) y pruebas pedagógicas de la Evaluación Neuropsicológica Infantil ENI II (Matute, Rossetti, Ardila & Ostrosky, 2007).

### **Organización y funcionamiento del equipo interdisciplinario**

La atención de los niños en el programa es realizada una vez a la semana por todos los profesionales en el mismo día.

En esa jornada a primera hora de la mañana el equipo se reúne y conversa sobre los niños que asistirán, con los datos recopilados en las historias clínicas, estableciendo acuerdos, pensando estrategias e intercambiando información. Durante el resto del día los profesionales interactúan permanentemente según las actividades planteadas. Finalmente se acuerdan las derivaciones a terapias y otras acciones para los casos que así lo requieren. Los resultados, intervenciones y observaciones realizadas se registran en la historia clínica de cada niño. Las acciones que requieren seguimiento, por ejemplo interconsultas, articulaciones con otras instituciones, etc., se asientan en una planilla de Trabajo Social para el monitoreo de su evolución.

Bimensualmente se realiza una reunión para la que se dispone de más tiempo, y tiene como finalidad por un lado tratar las cuestiones de organización y metodológicas del programa y por otro es un espacio de encuentro, formación e investigación en que se presentan ateneos, estudios de casos, revisiones bibliográficas, etc.

El Terapeuta Ocupacional es quien coordina las distintas acciones que surgen a lo largo del seguimiento de cada niño.

Esto se debe a su posición estratégica ya que si bien forma parte del equipo Servicio de Rehabilitación, tiene también una presencia estable y cotidiana en el Servicio de Neonatología estando en contacto diario con todos los profesionales participantes del Programa facilitando de esta manera la circulación permanente de la información y la organización de las distintas acciones.

Es un profesional con conocimiento integral del neurodesarrollo y su mirada entrenada en todas las áreas del mismo le permite detectar desviaciones y dialogar fácilmente con las demás disciplinas. Además, es quien está presente desde el nacimiento del niño por su intervención en la UCIN y luego del alta en todos los controles, interactuando permanentemente con todos los profesionales y las familias.

### **Trabajo con las familias**

El programa de seguimiento implica también el trabajo con las familias para acompañar, orientar, apoyar y asesorar el desarrollo de los niños. En los encuentros individuales se trabaja con la familia orientando, dando pautas para apoyar el desarrollo y acompañando según las necesidades y características individuales de cada niño ya que son éstas las que conforman el contexto exclusivo en el que el niño se desenvuelve los primeros años de vida.

De manera bimensual o trimestral se llevan adelante talleres para padres sobre distintas temáticas que se van determinando en función de las necesidades que el equipo va detectando. Se citan al taller las familias específicas que el equipo considera que se beneficiarían con el mismo. A modo de ejemplo, se han realizado talleres sobre posicionamiento, higiene y alimentación, encuentros sobre crianza, escolaridad y juego. Los talleres son coordinados por profesionales de las disciplinas más vinculadas a la temática del mismo, siempre acompañados por un Psicólogo y un Terapeuta Ocupacional.

Además, desde el área de Trabajo Social, se realizan las conexiones y articulaciones con otros servicios del Hospital o instituciones por fuera del mismo en función de las demandas de cada caso (necesidades de equipamiento, acompañamiento emocional, cuestiones escolares, actividades de ocio, etc.).

### **Importancia del seguimiento interdisciplinario en la detección de discapacidades menores**

Según Aspres et. al. (2016):

Los Programas de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo tienen como metodología, en condiciones ideales, el trabajo interdisciplinario. Éste se basa en el hecho de que estos niños presentan múltiples problemas, todos ellos muy complejos y, por ello, inabarcables por un solo especialista. El abordaje integrado desde distintas disci-

plinas, con comunicación y respeto por el papel del otro, permite una interpretación más rica de cada caso y coherencia en las conductas. En el trabajo multidisciplinario, los profesionales intervinientes pueden no constituir un equipo; sin embargo, cada uno aporta desde su opinión su disciplina y existe alguien que desempeña la tarea de integrar esas opiniones. (p. 18)

Como ya se explicó anteriormente, dentro del Servicio de Rehabilitación del Hospital San José, el Terapeuta Ocupacional es quien acompaña al niño a lo largo de su asistencia al Programa. Su mirada integral sobre el desarrollo se complementa y enriquece con los aportes de cada uno de los profesionales de las restantes disciplinas, quienes aportan sus conocimientos específicos del desarrollo en cada área. Ni el Pediatra ni el Terapeuta por sí solos podrían pesquisar aquellas dificultades sutiles y específicas de cada una de las áreas que definen el resto de los profesionales. El diálogo de los distintos campos del saber es lo que permite una mirada más acabada que posibilita un seguimiento más detallado y profundo.

Lo mismo sucede con los instrumentos de screening. Ortiz Píñilla (1991) señala que ninguna prueba de este tipo contempla el desarrollo infantil en forma exhaustiva, dado que presupone la evaluación de ciertas áreas en detrimento de otras. Schapira (2007), por ejemplo, realizó una revisión de los test de evaluación del desarrollo psicomotor más empleados y luego de un análisis comparativo de los mismos, concluyó que ninguno incluye una valoración adecuada de los procesos cognitivos. Explica que no aparece una evaluación del desarrollo cognitivo en sí mismo, sino que se incluye en ítems correspondientes a las áreas: social, de lenguaje, motora fina y/o de coordinación.

La experiencia de trabajo en el programa de seguimiento en el HIGA San José ha mostrado que si bien la PRUNAPE brinda un perfil de desarrollo y permite pesquisar desviaciones en el desarrollo típico; a nivel cognitivo y de lenguaje es necesaria una evaluación más específica que permita determinar la presencia o riesgo de dificultades propias de estas áreas.

Por lo expuesto es que el Pediatra y el Terapeuta Ocupacional necesitan complementar su mirada con la de profesionales formados específicamente en las áreas cognitivas, de aprendizaje y lenguaje para poder realizar una pesquisa más detallada de las mismas y poder dar cuenta de indicadores de riesgo de las discapacidades menores.

Para ilustrar la importancia y necesidad del abordaje interdisciplinario se narrará a continuación tres viñetas clínicas:

1: Joaquín<sup>1</sup> RNPT de 31 semanas de edad gestacional con un peso de 1,640 gr. Asistió a todas las consultas de seguimiento sin encontrar particularidades en ninguna de las mismas.

1 Para protección de la identidad de las personas, en las viñetas se utilizaron nombres de fantasía.

En el control realizado a los 3 años de edad pasó con éxito la PRUNAPE. Sin embargo, la Terapeuta Ocupacional notó que si bien lograba combinar palabras y armar algunas frases completas, había algo en la estructuración de las mismas que le llamaba la atención. La evaluación por fonología resultó fundamental ya que luego de este control, el niño ingresó a tratamiento del lenguaje pudiéndose especificar y trabajar su dificultad. Este mismo niño volvió a pasar con éxito la PRUNAPE a los 5 años de edad pero aparecieron indicadores de riesgo de dificultades del aprendizaje en el control con psicopedagogía. Se observaron dificultades en conciencia fonológica que podrían conducir luego a dificultades en la adquisición de la lectura y escritura.

- 2: Mariana RNPT de 32 semanas de edad gestacional y un peso 1.900 gr, fue derivada a tratamiento de Terapia Ocupacional luego del control a los 4 años ya que presentaba dificultades en motricidad fina y coordinación viso-motora. La terapeuta solicitó además evaluación de Psicopedagogía para determinar el impacto de esto en los aprendizajes escolares. La interconsulta derivó en una co-terapia de ambas disciplinas.
- 3: Brian RNPT extremo de 26 semanas de edad gestacional y un peso de 720 gr. En la evaluación a los 5 años evidenció un buen nivel de lenguaje pero no logró los ítems que ponen en juego la función motora fina. El niño ya estaba realizando tratamiento de Kinesioterapia y Terapia Ocupacional, por lo que esta dificultad sería abordada en estas terapias. Sin embargo, la evaluación específica de Psicopedagogía mostró también dificultades en relaciones y posiciones espaciales, integración viso-motora y manejo del espacio gráfico. Fue así como inició esta nueva terapia con el fin de trabajar previo al ingreso a primer grado y establecer necesidades de adecuaciones y apoyos en el nuevo nivel de escolaridad.

Las tres viñetas clínicas descriptas muestran cómo se articulan, complementan y enriquecen las miradas de los profesionales de las distintas disciplinas mencionadas posibilitando la detección temprana y la intervención oportuna frente al riesgo de aparición de discapacidades menores.

El caso de Joaquín muestra cómo pueden aparecer dificultades específicas en lenguaje, aprendizaje o cognición que necesitan la mirada experta de profesionales de esas áreas para evitar el riesgo de que no sean detectadas en la pesquisa habitual. El caso de Mariana evidencia como una misma dificultad puede ser abordada desde dos disciplinas que resultan complementarias para el logro de un mismo objetivo. Brian plantea como una dificultad más vinculada a aspectos motores puede interferir en el rendimiento escolar y requerir la intervención del área de Psicopedagogía para dar cuenta de esto y reducir al mínimo posible el impacto sobre los aprendizajes.

Los tres casos ejemplifican el rol central del Terapeuta Ocupacional y su mirada clínica para monitorear el desarrollo integral del niño y detectar posibles desviaciones, y a su vez dan cuenta de la importancia del trabajo articulado e interdisciplinario para poder monitorear con mayor profundidad las especificidades de cada área del desarrollo.

Bernabeu et. al. (2009) sostiene que el equipo interdisciplinario está compuesto por profesionales de distintas especialidades que, aunque intervienen de forma independiente, trabajan de forma coordinada para alcanzar objetivos comunes tendientes a conseguir que las personas alcancen el máximo grado de bienestar posible. Los autores también exponen que esta forma de trabajo fomenta la complementariedad de los profesionales, permite compartir una metodología de intervención, facilita la coordinación de servicios y aumenta la fluidez en la comunicación entre profesionales y familiares, siempre con el objetivo de promover la máxima funcionalidad y autonomía del paciente.

La interdisciplina es una forma de cooperación entre disciplinas distintas, a partir de problemas cuya complejidad es tal, que solo pueden ser abordados mediante la convergencia y la combinación prudente de distintos puntos de vista. (D´Hainaut, 1986)

### Resultados del programa durante el año 2018

Los controles de seguimiento del año 2018 resultaron en 23 niños derivados a tratamiento de Kinesiología, 27 a Terapia Ocupacional, 24 a Fonoaudiología y 21 a Psicopedagogía (Ver Gráfico 1). Cabe destacar que la mayoría de los niños fueron derivados al menos a dos terapias que resultaron complementarias para la evolución del paciente. En algunos casos, los terapeutas trabajaron en co-terapias, en otros se realizó abordaje grupal de una o varias disciplinas, y en otros, tratamientos individuales. Así se fueron configurando modalidades de abordaje específicas según las necesidades de cada caso.

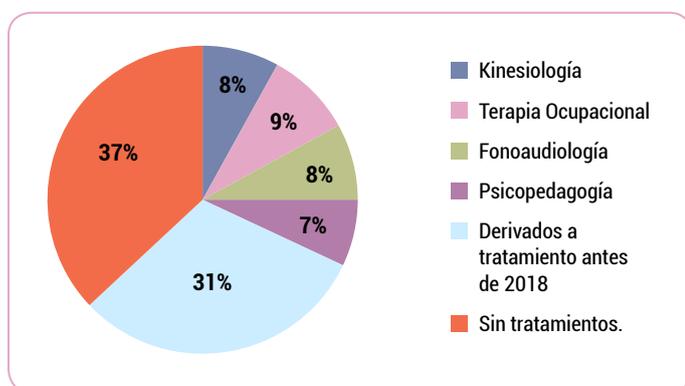


Gráfico 1: "Porcentaje de niños derivados a cada tratamiento."

Cabe destacar que las derivaciones a las distintas disciplinas surgieron, en algunos casos, desde el control de Pediatría y/o

Terapia Ocupacional con la Escala PRUNAPE, pero en otros casos, se trató de niños que pasaron la prueba y las dificultades fueron detectadas en la evaluación más profunda realizada con los especialistas en lenguaje y aprendizaje. Estas derivaciones surgieron en el control de Fonoaudiología y Psicopedagogía establecido por calendario, o bien en interconsultas extras solicitadas por la terapeuta ocupacional frente a sospechas de dificultad. El 47,6% de las derivaciones a Psicopedagogía y el 33,4% de las derivaciones a Fonoaudiología requirieron una mirada más integrada desde distintas disciplinas para poder detectar la dificultad (Ver Gráfico 2).

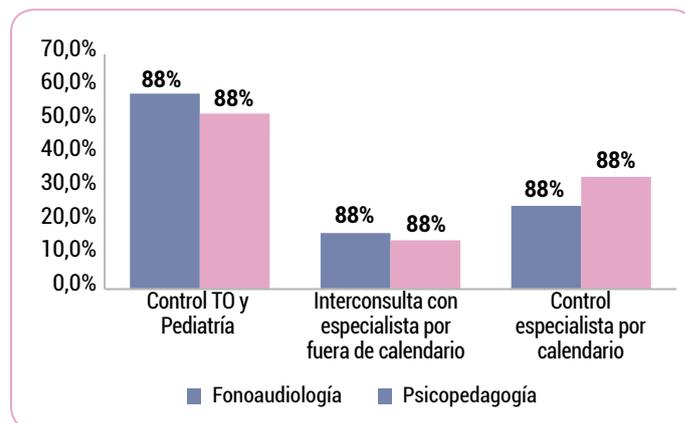


Gráfico 2: "Derivaciones a Psicopedagogía y Fonoaudiología según espacio donde se realiza la detección de la dificultad"

### Conclusiones

La experiencia de trabajo en el programa de seguimiento de niños con antecedente de alto riesgo al nacer en el HIGA San José sumado a las distintas investigaciones y bibliografía citada y consultada a lo largo de este trabajo, dan cuenta de la necesidad de un abordaje interdisciplinario en el seguimiento y atención de estos niños.

La mirada del equipo de terapeutas provenientes de distintas disciplinas permite el monitoreo del desarrollo de manera longitudinal con el fin de detectar de manera precoz la existencia de alteraciones en algunas de las áreas del neurodesarrollo y, en caso de existir, comenzar un plan de intervención de manera temprana para poder reducir el impacto que éstas puedan tener en la vida diaria del niño.

En los resultados descritos previamente, vemos como la mirada y evaluación conjunta de disciplinas como Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Psicopedagogía permite la detección de un mayor número de niños con dificultades sutiles que, con la sola evaluación por PRUNAPE, tal vez pasarían por alto. Vemos como el 47,6% de las derivaciones a psicopedagogía y el 33,4% de las derivaciones a fonoaudiología requirieron de la mirada conjunta de las distintas disciplinas para poder detectar las dificultades.

De esta manera, la incidencia de las denominadas discapacidades menores que ha sido documentada en numerosas investigaciones citadas en este artículo se hace evidente en el trabajo en el programa de seguimiento del Hospital San José, ya que es en este tipo de secuelas, en donde la mirada conjunta de profesionales especializados en distintas áreas del desarrollo resulta fundamental para poder pesquisar en detalle cada dificultad.

Disciplinas como las mencionadas a lo largo de este trabajo deberían formar parte del equipo básico de seguimiento de los distintos hospitales y no sólo ser consultores externos frente a necesidades puntuales. Demuestra además como las discapacidades menores son difíciles de detectar desde una mirada única, requiriendo el abordaje de un equipo interdisciplinario que pueda evaluar, interpretar y discutir resultados y observaciones para orientar la mejor opción terapéutica.

Los espacios de intercambio y encuentro del equipo resultan fundamentales para poder pensar de manera conjunta cada caso, logrando un lenguaje común, una mirada integrada y articulada a partir del enriquecimiento del interjuego, conservando la especificidad propia de cada profesión.

Sería interesante, en el futuro, poder complementar lo expuesto con datos cuantitativos que permitieran comparar la detección de discapacidades menores en programas de seguimientos como el de este hospital, en relación a otros en donde no se trabaje con un equipo interdisciplinario constituido. De esta manera se podría objetivar las conclusiones aquí descritas, ya que este estudio analiza una única modalidad de trabajo en un número reducido de casos.

También sería oportuno, analizar la incidencia de las distintas discapacidades menores aquí planteadas, en las distintas edades a lo largo del seguimiento. Esto permitiría optimizar las estrategias de prevención y asistencia. ■

[Recibido: 31/01/19 - Aprobado: 14/05/19]

## Referencias Bibliográficas

- Abraldes, K., Bin, L., Rodríguez, E., Novali, L. y Contreras, M. (2012). Evaluación del procesamiento del cálculo mental y escrito en recién nacidos pre-término con peso inferior a 1500 gramos. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 21(1) 1-9
- Araoz, L. y Otero, M. (2010). Aprendizaje y Escolaridad del niño Prematuro. Desafío para nuestras escuelas. Buenos Aires: Unicef. Recuperado de [http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas\\_prematuros2.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas_prematuros2.pdf)
- Aspres, N., Bouzas, L. y Sepúlveda, T. (2016). Organización del Seguimiento del Recién Nacido Prematuro de Alto Riesgo. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Área de Neonatología. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000842cnt-organizacion-seguimiento-prematuros.pdf>
- Bernabeu, J., Fournier, C., García Cuenca, E., Moran, M., Plasencia, M., Prades, O. y Cañete, A. (2009). Atención interdisciplinaria a las secuelas de la enfermedad y/o tratamientos en oncología pediátrica. *Psicooncología* 6(2-3), 381-411
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D., Moiler, A.B., Narwal, R., Adler, A., García, C. V., Rhodes, S., Say, L. y Lawn, J.E. (2012). Nacidos demasiado pronto: Informe de acción global sobre nacimiento de prematuros de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121116\\_wpd\\_press\\_release\\_es.pdf](https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121116_wpd_press_release_es.pdf)
- Departamento de I+D+i de TEA Ediciones 2018. AEI-R. Aptitudes en Educación Infantil – Revisada. Madrid; TEA Ediciones.
- D´Hainaut, L. (1986). La interdisciplinariedad en la enseñanza general. En: Coloquio internacional sobre la interdisciplinariedad en la enseñanza general. Organizado por UNESCO (01-05, julio 1985: Santiago de Chile, Chile). La Interdisciplinariedad en la enseñanza general. Santiago de Chile: Sede UNESCO.
- Fariás, P., Zunino, V., Baigorri, C. y Blanco, P. (2017). Otorrinolaringología Pediátrica. Influencia de la prematuridad en el desarrollo de la comunicación. *Revista Faso*. 24 (2), 37-42
- Gerometta, G., Aspres, N., Schapira, I., Granovsky, G. y Vivas, S. (2014). Evaluación a largo plazo del desarrollo psicomotor e intelectual de niños de 4 a 5 años de edad nacidos pretérmino y con muy bajo peso. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 33(1), 2-7
- Gómez, N., Espinosa García, H., Galvis, E., Chaskel, R. y Ruiz Moreno, L. (2014). *Caracterización clínica de los aspectos comportamentales relacionados con el neurodesarrollo en niños de 2 a 5 años con antecedentes de prematuridad en el hospital militar central*. Editorial Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá. Recuperado de <http://unimilitarspace.metabiblioteca.org/bitstream/10654/12404/1/INVESTIGACION%20PREMATUROS%20PREESCOLARES%20HMC.pdf>
- Kirk, S., McCarthy, J. y Kirk, W. (2009). Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas ITPA. Madrid: TEA Ediciones.
- Lama Pérez, S. (2017). El desarrollo de la autonomía en los niños. (Parte I). Online: <https://entreteo.wordpress.com/2017/09/21/el-desarrollo-de-la-autonomia-en-los-ninos-parte-i/>
- Lejarraga, H., Kelmansky, D., Pascucci, M. y Salamanco, G. (2005). *Prueba Nacional de Pesquisa Manual Técnico*. Buenos Aires: Fundación Hospital Garrahan.
- Lizzi, E., Menna, A., y Sirna, S. (2014). Atención temprana. Una perspectiva fonoaudiológica. 2da ed. Argentina: Akadia.
- Matute, E., Rosselli M., Ardila A. y Ostrosky, F. (2007). Evaluación Neuropsicológica Infantil. México DF, México: El Manual Moderno Ministerio de Salud. Secretaría de políticas, regulación e institutos. Dirección de estadísticas e información de salud (2014). Estadísticas de hechos vitales, información básica. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Estadisticasvitales2016.pdf>
- Mora, J. A. (1993). Batería Evaluadora de las Habilidades Necesarias para el Aprendizaje de la Lectura y Escritura (BENHALE). Madrid. TEA.
- Mulligan, S., (2006), *Terapia Ocupacional en pediatría: procesos de evaluación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud (2005). Informe sobre la salud en el mundo. Cada madre y cada niño contarán. Recuperado de [https://www.who.int/whr/2005/overview\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf)
- Ortiz Pinilla, N. (1991). Escala Abreviada de Desarrollo-EAD, Bogotá, Colombia: Editorial del Ministerio de Salud de Colombia.
- Pascucci, M., Lejarraga, H., Kelmansky, D., Álvarez, M., Boullón, M., Breiter, P. y Waisburg, H. (2002). Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años. *Archivos argentinos de pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría*, 100(5), 374-385. Recuperado de: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2002/374.pdf>
- Polonio López, B., Castellanos Ortega, M.C. y Viana Moldes, I., (2008), *Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y Práctica*. 1ra edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana
- Ravalli, M. y Ortiz, Z. (2010). Decálogo de los derechos de los recién nacidos prematuros. Unicef. Recuperado de <https://www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf>
- Ríos Flórez, J. A., Álvarez-Londoño, L. M., David-Sierra, D. E., y Zuleta-Muñoz, A. C. (2018). Influencia del nacimiento pretérmino en procesos conductuales y emocionales de niños en etapa escolar primaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 177-197. doi:10.11600/1692715x.16110
- Ríos Flórez, J. A. y Cardona Agudelo, V. (2016). Procesos de aprendizaje en niños de 6 a 10 años de edad con antecedente de nacimiento prematuro. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1071-1085. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n2/v14n2a14.pdf>
- Rivas, A. (2004). *La Terapia Ocupacional en la Infancia*. Recuperado de <http://club.ediba.com/la-terapia-ocupacional-en-la-infancia/>
- Rojas, P. y Moore, R. (2006). Prematuridad y Discapacidades Menores. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 7(1), 17-20. Recuperado de <http://www.sochipe.cl/Revista-Chilena-de-Pediatria-7-6-2016/files/assets/downloads/publication.pdf>
- Rojo Mota, G. (2008). Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos Adictivos*, Trastornos adictivos: Organo Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías. 10(2), 88-97. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2673275>
- Sansavini, A., Guarini, A. y Savini, S. (2011). Retrasos lingüísticos y cognitivos en niños prematuros extremos a los 2 años: ¿retrasos generales o específicos? *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología del Departamento de Psicología, Universidad de Bolonia, Italia*, 31(3), 133-147
- Schapiro, I. (2007). Comentarios y aportes sobre desarrollo e inteligencia sensorio-motriz en lactantes. Análisis de herramientas de evaluación de uso frecuente. Actualización bibliográfica. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 26(1), 21-27
- Testa, A. y Salamanco G. (2017). Revisión bibliográfica. Precursores de trastornos del aprendizaje. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 59(267), 255-261. Recuperado de <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2018/01/267-05-Revisio%CC%81n-bibliogra%CC%81fica.pdf>
- UNICEF. (2008). Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna y neonatal, 9(1) 9-20. Recuperado de [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC\\_2009\\_Main\\_Report\\_LoRes\\_PDF\\_SP\\_USLetter\\_03112009.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_SP_USLetter_03112009.pdf)
- UNICEF y Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación (2018). Mapa de instituciones participantes de la campaña por la semana del prematuro 2018. Recuperado de: <http://semanadelprematuro.org.ar/mapa-de-instituciones/>
- Viana Moldes, I. y Pellegrini Spangenberg, M. (2008). Consideraciones contextuales en la infancia. *Introducción al desarrollo del niño. Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y Práctica*. 1ra edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana
- Wechsler, D. (2014). *WPPSI IV Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria*. Barcelona: Pearson Clinical and Talent Assessment. Adaptación española.
- Wechsler, D., Flanagan, D. y Kaufman, A. (2010). *WISC-IV. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños -IV: Manual técnico y de interpretación*. 4ta edición. Madrid: Tea.

#### Cómo citar este artículo:

Andrés, S. V. y Gennaro, M. F. (2019). Experiencia en el abordaje interdisciplinario para la detección de discapacidades menores en niños con antecedentes de prematuridad y alto riesgo al nacer. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 60-68.



# Diferentes momentos en un tratamiento de Terapia Ocupacional en un hospital de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires: Del “vine a morir” al “salir a la pelea”

Different moments in an occupational therapy treatment in a mental health hospital at Buenos Aires City: from “I came to die” to “go out to fight”

Verónica García Ariceta | Florencia Rosemblat

## Verónica García Ariceta

Licenciada en Terapia Ocupacional Universidad Nacional de San Martín.  
Ex Residente, Jefa e Instructora de Residentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas M. T. de Alvear  
Integrante del Capítulo de Salud Mental de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales  
Terapista Ocupacional de planta en la Residencia Protegida Materno-Infantil Pedro Goyena del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires  
Integrante de la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres - ATL

vegaric@hotmail.com

## Florencia Rosemblat

Licenciada en Terapia Ocupacional Universidad de Buenos Aires  
Ex Residente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas M. T. de Alvear  
Terapista Ocupacional de planta del Hospital de Emergencias Psiquiátricas M. T. de Alvear del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires  
Integrante de la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres - ATL

florblat7@gmail.com

## Resumen

El siguiente trabajo refleja una experiencia clínica en el campo de la salud mental de adultos, siendo residentes de Terapia Ocupacional en un hospital especializado de la red pública de la Ciudad de Buenos Aires. Nos proponemos analizar y reflexionar acerca de los diferentes momentos (entrada y salida de la emergencia), y de los diversos haceres y roles ocupacionales que devienen en el tratamiento de una paciente en el marco de los dispositivos de Internación y Hospital de Día; teniendo en cuenta el posicionamiento activo de la misma y las funciones y enfoques que hemos asumido al desempeñar nuestro rol profesional.

**Palabras Clave:** Terapia Ocupacional, Salud Mental, emergencia, internación, Hospital de Día.

## Abstract

*The following work reflects a clinical experience in adults mental health field, as part of the Occupational Therapy Residence teamwork at a specialized hospital from the public network of Buenos Aires city. We intend to analyze and reflect the different moments (entry and exit of the crisis intervention), and the various tasks and occupational roles which arises through the treatment of the female patient at the hospitalization and Hospital Day; taking into account her active positioning and the functions and positions that we have assumed while playing the professional role.*

**Key words:** Occupational Therapy, Mental Health, crisis intervention, hospitalization, Day Hospital.

## Introducción

Este trabajo refleja parte de nuestra experiencia como residentes de Terapia Ocupacional (TO) en el campo de la salud mental de adultos, en un hospital especializado de la red pública de la Ciudad de Buenos Aires, entre los años 2011 y 2012. Consideramos que puede aportar a la formación y ejercicio profesional de los terapeutas ocupacionales, posibilitando el enriquecimiento al re-pensar la práctica e intercambiar con otras las diferentes miradas sobre nuestro hacer.

Cabe destacar el marco legal que, acorde al paradigma de los Derechos Humanos<sup>1</sup>, guía nuestra práctica. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en el año 2010, reconoce a ésta como un "proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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 N° 26.657/11, art. 3). También la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires sancionada en el año 2000, la cual establece que la salud mental se halla "vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable" (Ley N° 448/00, art. 2). Asimismo fueron imprescindibles los intercambios con los equipos interdisciplinarios y los aportes de colegas cuya posición ética profesional es acorde al espíritu de las leyes mencionadas.

Como sostén teórico disciplinar, se consideran fundamentales los aportes de Heloisa Da Rocha Medeiros (2008), en cuanto a que:

La comprensión de las actividades humanas debe darse en el marco de su historia concreta, o sea, percibidas sobre la base de los diferentes significados y valoraciones que les atribuye el sujeto que las ejerce en los diferentes momentos de su existencia, inclusive en el proceso terapéutico. (p. 77)

De ese modo es que la finalidad de utilizar actividades será posibilitar que los pacientes se apropien de su vida de manera satisfactoria, en los diferentes campos de actuación (roles y áreas ocupacionales), viviendo su tiempo y lugar en busca de la realización de sus deseos (Da Rocha Medeiros, 2008).

1 La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) es un documento adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU); Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948, en París. Contiene 30 artículos acerca de los derechos humanos; considerando que la libertad, la justicia y la paz, tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los seres humanos. Se basa en la carta de San Francisco (Estados Unidos de América, 26 de junio de 1945) y es incorporada a la Constitución Nacional en la reforma de 1994 (Art. 75, Inc. 22).

[https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr\\_translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/spn.pdf)

En esta presentación, nos proponemos como objetivos analizar y reflexionar sobre los diferentes momentos (entrada y salida de la emergencia), y los diversos haceres y roles ocupacionales que devienen en el tratamiento de Terapia Ocupacional. A través de la experiencia clínica realizada con quien aquí llamaremos Laura. A la vez, tendremos en cuenta las funciones y posiciones que hemos asumido al desempeñar nuestro rol profesional a cargo del tratamiento en los distintos dispositivos de atención (Internación y Hospital de Día).

Por último, cabe mencionar que este artículo contiene lenguaje inclusivo, el cual promueve la visibilización, la libertad y el respeto a las diversidades de géneros; evitando la reproducción de estereotipos, sexistas y binarios, impuestos y discriminatorios.

## Desarrollo

### Primer momento: Una emergencia y una entrada a internación

Laura, mujer adulta, comienza su tratamiento en el Hospital. Ingresó en el mes de diciembre a Consultorios Externos, y concurre acompañada por su hermana. A los tres meses es derivada a Hospital de Día, donde es admitida. Se encuentra viviendo con su madre desde hace más de veinte años. Anteriormente, ambas vivían con su padre y su hermana menor, hasta que estos dejaron el hogar familiar. Es en el contexto grupal y comunitario del dispositivo donde se conoce a la paciente. En las primeras entrevistas familiares; su hermana Eva, cuenta que Laura siempre tuvo problemas y que el primer año de vida no comía, ya que su mamá nunca se ocupó. Según explica, Laura era alimentada por su abuela paterna y una señora -que habían contratado para las actividades de necesidades básicas. Prácticamente se crió con su abuela, quien falleció durante su adolescencia. En referencia a la salida del hogar materno, Eva asegura que Laura siempre quiso hacer lo mismo y no pudo. Ubica que en ese momento su hermana mayor tuvo delirios místicos y la recuerda sentada, comiendo, y a su mamá, gritándole que la iba a internar.

Laura se nombra como "proteccionista" de animales, "somos como ellos" dice. Desde ese lugar, comienza a denunciar su maltrato en distintos medios de comunicación masivos, "los medios me detectaron y me empezaron a perseguir"; "hay gente que me quiere controlar". Por otro lado, menciona que pasa todo el día con su madre (...) "y no tengo ninguna actividad". También, se queja y se preocupa por su constipación casi permanente. Este punto comienza a ser el eje de sus comentarios, "las fibras, que eran lo que me hacían bien, ahora me hacen mal. Me quiero morir".

Liliana Negro (1996) se refiere a la internación como un modo de intervención indicado, posible y necesario, con el suficien-

te tiempo para producir un ordenamiento y una marca propia. Considera que la entrada a la internación resulta en muchos casos impropia y que de la misma deviene una ruptura con lo que hasta ese momento es el circuito diario de la persona. Por lo tanto, durante el tiempo que ésta lleve se apuesta a la realización de un trabajo que constituya la salida como propia: cómo se fecha esa interrupción de su orden cotidiano y qué relación tiene eso con su vida e historia, orientarán las intervenciones de tratamiento.

Lo primero que dice Laura esa mañana de junio, ante nuestro encuentro en la Sala de Internación, es "vine a morir", menciona que la habían internado, porque allí iba a estar mejor que en su casa. Así comienza a transitar su primera internación en un hospital especializado en salud mental, luego de ser evaluada y admitida por el equipo de Guardia, servicio al que había sido acompañada por el equipo tratante de Hospital de Día.

Laura se presenta con una delgadez extrema, rígida. Al caminar arrastra lentamente un pie a otro, su sonrisa pareciera desdibujada, los ojos comenzaron a cerrarse como si estuvieran pegados, sus manos tiemblan. Con voz suave y grave lamenta que sus cabellos largos ondulados, apenas grisáceos, dejan los rastros a su paso, mientras transita por el hospital. En los diferentes espacios terapéuticos con que cuenta<sup>2</sup> y, como acuerdo del equipo interdisciplinario, se ubica que la dirección del tratamiento ha de ser fortalecer el lugar de Laura: su lugar en los vínculos construidos, en los espacios que ocupa y en los roles que ejerce. A partir de su participación en talleres, todos de modalidad grupal y coordinados por terapeutas ocupacionales, se produce un encuentro con coordenadas que le posibilitan llevar adelante diversos haceres. Un encuentro, además, con su potencia, con el amor, con su historia, con sus roles y con otros lugares posibles a ocupar. Estos espacios también le significan la oportunidad de que emerjan nuevos haceres y nuevos modos de efectuarlos. Se vislumbra una nueva oportunidad para (re)posicionarse. Laura esboza el deseo de realizar un regalo para su sobrina. Supervisión mediante, se decide tomar sus dichos para intervenir ofreciéndole la apertura de un espacio individual de TO, espacio para emprender un proyecto, oferta que la invita a un nuevo desempeño. Laura acepta la oferta luego de tomarse un tiempo para pensarlo e inicia su producción: elige confeccionar una cartera para regalar a su sobrina.

Se comienzan las sesiones individuales en las que continúa con el desarrollo de la actividad iniciada en el taller. Acerca de las actividades, Liliana Paganizzi (1997), valora su uso "como una de las estrategias de las que se vale el TO para mejorar una determinada situación subjetiva, comunitaria o

social, junto al actor/usuario/paciente o grupo" (p. 11). Y así, con la actividad mediante como estrategia, el espacio de TO se convierte también en un lugar para desplegar algunas de sus preocupaciones: dónde iría a vivir tras el alta, qué sucedía en las entrevistas de familia, qué síntomas experimentaba en su cuerpo (...). También comienza a desplegar sus intereses y aquello que la nombra: proteccionista, amante del cine, profesora de inglés. Identifica los roles que la ocupan: tía, hija de su madre, hija de su padre, hermana, cuñada, paciente. Hace hincapié en las dificultades con que se encuentra en el desempeño de las actividades de su vida diaria, expresa sentirse "inútil"; relata que su madre no le permite hacer nada en su casa debido a la lentitud que presenta.

Un día, Laura concurre a su sesión individual con una compañera de sala. Expresa que quiere compartir con su amiga lo que se encuentra realizando. Tras la sorpresa y el desconcierto, se acepta la propuesta, mencionando la condición de excepcionalidad. Se aloja la demanda y se ubica a dicha iniciativa como posibilidad de transformación: construir en el espacio de TO un lugar para compartir con una amiga, donde a la vez poder mostrar(le) su potencia, su hacer, su regalo. Tomamos aquí las palabras de Silvia Kleiban (1997), quien plantea como una posible respuesta al desafío ético que se presenta en la clínica, el "acompañar con la mirada y la escucha, buscar y sostener la singularidad, generando acciones particularizadas por sobre la estructura psicopatológica y por sobre la estructura institucional" (p. 67).

Laura quiere volver a vivir en su casa, con su madre y su gata. Comienza a pedir en forma insistente el alta. Pedido que encuentra innumerables obstáculos y que implica la realización de nuevos acuerdos con ella, el grupo familiar y el equipo tratante. Su madre decide aceptarla nuevamente en el hogar. El equipo evalúa que se encuentran dadas las condiciones para su externación, con la indicación de que re-ingrese a Hospital de Día, pero en este caso en particular, concurriendo en doble turno.

### **Segundo momento: Un re-ingreso a Hospital de Día y la resocialización**

Valorando su rol como proteccionista, e intentando un otro enlace que la convoque, desde el espacio de TO se gestiona que pueda ocuparse, durante las tardes, del cuidado de los gates<sup>3</sup> que viven en el hospital. A su vez, se le ofrece continuar con el espacio individual en Hospital de Día hasta que finalice su proyecto, y acepta lo propuesto. El Hospital de Día trabaja sobre dos conceptos fundamentales: la rehabilitación y la resocialización. Estos configuran los objetivos del tratamiento que en él se realizan. Según Rodolfo Luorno (2004) se diferencia de otros dispositivos por ser:

2 Entrevistas de Familia, Psicoterapia, Psiquiatría y Talleres coordinados por TO.

3 Especie felina

(...) la puerta de entrada a lo comunitario, intentando re-producir en su interior una microsociedad con sentido terapéutico (...) este destino que significa "lo comunitario" en las actividades que en él se realizan, insisto entonces en esto, no deja de estar atravesado por la cuestión singular del sujeto que el problema de la locura plantea (p. 78-79).

Se considera también al Hospital de Día y los espacios de terapia ocupacional, como espacios de fenómenos transicionales que se comienza a cargar libidinalmente y que propician el encuentro con el desear y la producción (Kleiban, 1997). El espacio de TO, en este dispositivo de tratamiento, continúa siendo un lugar para desplegar deseos y proyectos nuevos. Laura continúa confeccionando la cartera que quiere regalarle a su sobrina y, ahora, en las sesiones emergen nuevos temas y modos comunicacionales. Las conversaciones se caracterizan por preguntas a su terapeuta acerca de si tiene novio/amigas/familia, de si tiene peleas con sus vínculos, con quién/es vive, qué hace los fines de semana, si cocina o no y qué le gusta cocinar, qué hace con un novio o con las amigas o sobrinos, etc...

Nuevamente, el espacio de supervisión favorece el posicionamiento al desempeñar el rol profesional ubicando la importancia de responder a esas preguntas y sostener el lugar de semejante (ni idéntica, ni demasiado distinta).

Laura comienza a construir nuevos roles, a la vez que continúa transformando los ya existentes. Expresa en los diversos espacios que no desea continuar asistiendo en doble turno y, el equipo tratante, considera indispensable que Laura organice una rutina de actividades que implique no permanecer todo el día con su madre. Es entonces que genera nuevas amistades, retoma el estudio de inglés y comienza a profundizar su participación social, circulando por nuevos lugares.

Haciendo uso de la transversalidad del dispositivo en ambos turnos (mañana y tarde, pero con equipos profesionales y usuaries diferentes), se interviene propiciando una nueva elección: el turno y el equipo tratante en el cual continuar tratamiento. Ella elige sostener aquel equipo que la acompañó a la Guardia cuando lo consideró necesario, también a las amistades y compañeras con quienes ha construido fuertes lazos.

Al mismo tiempo, se encuentra iniciando una relación de pareja con un compañero: un nuevo rol la convoca. Y así, ocupándose como "tía", "compañera", "amiga", "novia", continúa restándole un poco al lugar de hija que está todo el día con la madre y no tiene actividades; lugar que hacía mención al ingresar en la internación. Continúa enriqueciendo su cotidianidad con diversas actividades que le abren la posibilidad también de continuar restándole lugar al rol de paciente.

Al finalizar el proyecto, se cierra el espacio individual de TO. Se evalúa el proceso y el uso del espacio, y se le plantea la importancia de que pueda pedir (re)abrirlo en caso de desearlo y/o necesitarlo.

### Tercer momento: Preparando una salida de Hospital de Día

En el espacio de Familia que tiene Laura en Hospital de Día, a donde concurre su padre y ocasionalmente su hermana, aparece la idea de re-abrir el espacio individual de TO, que había sido cerrado un mes atrás. Pero, en esta oportunidad, se abriría a cargo de otra terapeuta ocupacional. El objetivo es que se la acompañe a retomar la venta por catálogo de ropa interior. Actividad laboral interrumpida tiempo antes de la internación.

Se comienza a indagar sobre el origen de esta propuesta: las profesionales derivantes cuentan que Laura menciona querer retomar la actividad laboral en diferentes oportunidades, pero, que aún no se anima. A su vez, en el mismo espacio, el padre dice que sería bueno que Laura trabaje; el psiquiatra comenta que conversó con ella acerca de concurrir menos días al dispositivo, para lo cual sería necesario tener alguna actividad más por fuera (Laura concurre hace tiempo todos los martes a clases particulares de Inglés); su psicóloga agrega, que la paciente está en un buen momento para trabajar dicha área; la terapeuta ocupacional a cargo del espacio individual anterior, advierte sobre la demanda familiar que puede estar imponiéndose en este pedido. Se da lugar a la derivación y se comienza a trabajar con la paciente. Es entonces que en supervisión se revisa la demanda social que puede recaer sobre la Terapia Ocupacional: centrada principalmente en el hacer y en el mero entretenimiento, como si el hecho de ocupar el tiempo o hacer algo, fuera garantía de eficacia del tratamiento. Se ubica la tensión en la práctica en relación a la demanda social y la demanda particular, y se hace hincapié en la apropiación de los haceres y los procesos de autoría.

La terapeuta ocupacional Silvia Destuet (1999), se apoya en luorno y Feroso, para analizar la función terapéutica en la práctica de Hospital de Día en relación a la demanda en su doble vertiente: en función de lo que el ideal social imperante en cada época determina sobre la razón y los modos de encauzar la locura (demanda social), o en función del decir que un sujeto pueda hacer sobre su padecimiento (demanda particular). Desde allí, plantea como modo de abordaje de tratamiento la producción de "un Decir Particular, de un Hacer Particular, un Hacer Singular" (p.68).

La propuesta que se le hace a Laura es la siguiente: "ya que mencionaste querer retomar la venta de ropa interior, se puede abrir un nuevo espacio de Terapia Ocupacional individual para trabajar sobre este proyecto, lo que no quiere decir que tengas que empezar ya, la semana que viene, ni la otra, sino empezar a encontrarnos, ir charlando y luego verás cuándo quieras arrancar y cómo". Ella acepta agradeciendo la re-apertura del espacio y se la nota aliviada al respetar su propio tiempo para iniciar la actividad. Transcurren varias entrevistas, en las cuales se repasa su historia ocupacional y el sentido de retomar la actividad laboral. Sobre esto último, dice que es

para tener su plata, comprar sus cosas, su yogurt, y concurrir menos días al hospital. Remarca, una y otra vez, que tiene que "salir a la pelea". Se conversa sobre la organización en las actividades del hogar, el manejo del dinero, el uso del tiempo libre durante la semana y fines de semana (todos los sábados va al cine junto a amigas, novio o familia). Cuenta cómo fue su experiencia anterior con la venta de ropa interior por catálogo, su organización, y el destino que le daba al dinero ganado. Habla sobre las clases de inglés que toma y sobre las clases que brindaba cuando era profesora; sobre su sobrina y las visitas a la casa de su hermana. Pregunta frecuentemente a su terapeuta ocupacional cómo ésta organiza las tareas del hogar, las comidas, las compras y con las respuestas re-piensa su desempeño. Sobre retomar las ventas continúa diciendo que no se anima y que tiene que tomar "la decisión". Justificando no poder hacerlo, es que se describe como "una persona miedosa", que tiene miedo a todo y que es muy dependiente. A la vez, puede pensar una forma de dar inicio a la actividad: averiguar cuánto cuestan actualmente los catálogos. Se realiza una intervención a partir de ubicar que en ese momento requiere acompañamiento concreto en la ejecución de la actividad: "cuando tomes la decisión y si vos tenés ganas te puedo acompañar a Once" y agradece nuevamente. A las pocas semanas, espontáneamente en un pasillo sin sesión de por medio, Laura pregunta si el viernes próximo se la puede acompañar y agrega queya llevaría dinero para comprar los catálogos. Al parecer ya tomó la decisión de salir a la pelea y retomar otro rol. Ubicamos sentidos diferenciados del mismo: por un lado, socialmente la ubica como vendedora-trabajadora, y por el otro, subjetivamente como mujer capaz de un manejo económico que satisfaga sus necesidades y deseos y como paciente en proceso de pre-alta al concurrir menos días al hospital.

Aparece una demanda particular y una elección propia. Entonces, se inicia desde aquí, otra etapa en el tratamiento de TO: trabajar las dificultades que aparecen en el desempeño de la actividad, en el intercambio con otros y en la posibilidad de asumir una posición con mayor autonomía.

Se la acompaña al barrio de Once y esta experiencia permite observar su desenvolvimiento en el entorno real. Laura muestra los negocios donde obtiene los catálogos para vender: enumera las marcas de los conjuntos de ropa interior, sus diferencias en calidad y costos, y decide cuál llevará; señala aquellos con los cuales dice haber "peleado" (poco tiempo antes de su internación) y por ese motivo no querer regresar. Ya con dos catálogos para iniciar las ventas, el paso siguiente (según explica ella) es remarcar los precios. Esto lo hace tomando como referencia el mismo monto con lo cual lo hacía hace dos años y ante la duda de cuánto remarcar se le propone comparar con otros negocios de la vía pública y de esa forma ir conociendo nuevamente el mercado. Acontecen varias

sesiones donde no logra tomar la decisión de qué hacer con los precios de venta: su madre le dijo que los tiene "regalados" y una amiga que no los "aumente mucho". Se realiza junto a ella un análisis y evaluación del mes de trabajo: la forma de ofrecer los catálogos, la cantidad de pedidos que tuvo, la organización y registro de pedidos y entregas, el tiempo invertido, el dinero ganado. Ubica que le queda poco dinero para sus gastos y aún así no se decide.

Laura, que concurre tres veces por semana a Hospital de Día, quiere restar un día más y profundizar de ese modo su proceso de pre-alta. Para lograr eso decide aumentar el tiempo dedicado a la actividad laboral y para ello compra otro catálogo para tener más productos que ofrecer. Con la ayuda de su hermana decide además "aumentar" los precios de los conjuntos. O dicho de otra forma, colocarles el precio justo según el mercado competitivo actual en el rubro.

Al finalizar la rotación como residente por el dispositivo se plantea un nuevo cierre del espacio. La paciente dice sobre el mismo que le sirvió para estar acompañada y para animarse a empezar a vender. Por último, manifiesta que su objetivo es seguir tratamiento en Consultorios Externos y que espera pronto tener novedades al respecto. Transcurrido un mes del cierre del tratamiento en Terapia Ocupacional comienza a atenderse en un Centro de Salud Mental por su Obra Social y varios meses después se la encuentra por casualidad en el hospital (en una de las visitas que continúa haciendo para alimentar a los gatos y ofrecer los productos que vende). En ese momento cuenta que continúa haciendo tratamiento en el efector de salud mencionado y que además se incorporó a talleres de teatro y yoga en dicho lugar.

### Reflexiones finales

Laura ingresa al hospital encontrándose en situación de emergencia en salud mental y a partir de sus dichos es admitida en la Sala de Internación. Aquí comienza el primer momento que describe este trabajo. Sucede "una emergencia y una entrada en la internación". ¿Cuándo y cómo se da por resuelta la situación de emergencia? Cuando emerge alguna otra cosa. ¿Otra cosa cualquiera? ¿Ciertos discursos esperables? ¿O cuando emerge aquello que da cuenta que la persona se apropia de su vida?

En los espacios grupales de talleres en la sala de internación, emergieron modos y haceres que la encuentran con la posibilidad de un pedido singular: un vínculo, un espacio propio y una actividad que la ubica recuperando lugares y roles. Restituye y transforma el desempeño ocupacional previo a la emergencia que dio lugar a la internación. Luego, en el segundo momento, la resocialización como función del dispositivo de Hospital de Día propicia el armado de nuevos espacios propios y otros roles van surgiendo. Allí construye amistades y

una pareja, enriquece su cotidianeidad, aumenta su participación social y su autonomía en actividades de las vidas diarias (básicas e instrumentales), de educación y de tiempo libre. En el tercer y último momento retoma la actividad laboral como una forma posible de preparar la salida del hospital de salud mental e incorporarse desde su rol de vendedora en la cotidianidad de la comunidad.

A lo largo de los tres momentos enunciados en este trabajo, Laura realiza movimientos que la sitúan progresivamente en posiciones más activas, tomando distancia de su presentación inicial cuando refería haber ido al hospital a morir. Movimientos que la posicionan apropiándose más satisfactoriamente de su vida, y realizando elecciones siempre vinculadas a su historia, a sus afectos y a sus deseos. A la vez, esto puede interpretarse como efecto del tratamiento interdisciplinario en el que estuvo alojada, donde Terapia Ocupacional cumplió la función de tratar los malestares que encontraba la paciente en la práctica de sus actividades y ocupaciones, para que la participación en éstas organizara su existencia (Martínez Antón, 1999).

En nuestras funciones y posiciones como terapistas ocupacionales también hemos realizado diversos movimientos. Éstos implicaron en un momento el acompañamiento constante y la intervención en los entornos reales de desempeño. En otros, el propiciar el análisis y la planificación de las actividades; así como, sostener la función de semejante significó la posibilidad de Laura de re-pensar cómo desempeñarlas y como intercambiar con otras a partir de sus roles, e incluso, explorar alternativas en los mismos. Terapia Ocupacional propició un espacio de cuestionamiento sobre los dichos de su madre, quien limitaba sus actividades y ocupaciones por ser "lenta" e "inútil". Y finalmente, ir ubicando la demanda particular habilitó que aquello en lo que se implicaba la paciente pudiera ser sostenido a lo largo del tiempo, profundizando la apropiación de su vida y el curso que ésta tomaría.

## Agradecimientos

Agradecemos especialmente a quienes amorosamente han emprendido la tarea de supervisarnos y acompañarnos en una parte de nuestro camino de formación profesional. ■

[Recibido: 10/04/19 – Aprobado:25/06/19]

## Referencias bibliográficas

- Da Rocha Medeiros, M. H. (2008). *Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social*. 1a. ed. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- Destuet, S. (1999). *Encuentros y Marcas*. Buenos Aires: C.O.L.T.O.A. Grupo Editor.
- Iuorno, R. (2004). *En el Hospital... de Día*. Buenos Aires: Editorial Catálogos.
- Kleiban, S. (1997). T.O. Una apuesta singular. En *Terapia Ocupacional Avances Serie Compilaciones 1*. Buenos Aires: C.O.L.T.O.A. Grupo Editor.
- Ley de Salud Mental de La Ciudad de Buenos Aires N°448. Boletín Oficial N°1022. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 27 de julio de 2000.
- Ley Nacional de la Constitución de la Nación Argentina N° 24.430. Boletín Oficial N°28.057. Santa Fe, 15 de Diciembre de 1994. Promulgada: Enero 3 de 1995.
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26.657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, 3 de Diciembre de 2010.
- Martínez Antón, M. R. (1999). La actividad y la ocupación. En *Materia Prima Año 4 N° 14*, p.9-12.
- Negro, L. (1996). De la Internación. En Negro, L.; Martínez Antón, R.; Rehin, J. Sala. Cuadernillo de circulación interna del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, Buenos Aires.-Sin editar-
- Paganizzi, L. (1997). *Actividad, lenguaje particular*. Buenos Aires: Edición de la Autora.

---

### Cómo citar este artículo:

García Ariceta, V. y Rosemblat, F. (2019). Diferentes momentos en un tratamiento de Terapia Ocupacional en un hospital de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires: Del "vine a morir" al "salir a la pelea". *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 69-74.



# Patriarcado, masculinidad hegemónica y ocupaciones: procesos de perpetuación del sexismo

Patriarchy, hegemonic masculinity and occupations: processes of perpetuation of sexism

Natalia Polanco Cerón | Rodolfo Morrison

## Natalia Polanco Cerón

Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Terapia Ocupacional. Tesista del Magíster en Ocupación y Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile.

natalia.polanco@gmail.com

## Rodolfo Morrison

Terapeuta Ocupacional, Licenciado en Ciencias de la Ocupación. Doctor en Lógica y Filosofía de la Ciencia. Académico del Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación de la Universidad de Chile. Integrante de la Sociedad Chilena de Ciencia de la Ocupación; del Comité de Estudios en Ciencia de la Ocupación; de la Red de Estudios Críticos de la Diversidad; y del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio de las Sexualidades.

rodolfomorrison@med.uchile.cl

## Resumen

El propósito de este ensayo es pensar de qué manera las prácticas ocupacionales refuerzan estereotipos sexistas y formas limitadas de expresión de género, desde una perspectiva hegemónica, que invisibiliza a otros sujetos y a otras posibilidades ocupacionales. Tras una revisión bibliográfica, buscamos reflexionar en torno a cómo las ocupaciones mantienen prácticas sexistas y estereotipadas que reproducen ciertas formas de hacer el género dentro del sistema patriarcal. Para ello, tomamos la conceptualización de patriarcado de Lerner, los estudios de masculinidad y la definición de género de Butler, para contraponer algunas propuestas sobre ocupación de la Ciencia Ocupacional. Como conclusión, establecemos que la realización de ocupaciones, sin reflexión crítica, mantienen los sesgos de género que limitan las posibilidades ocupacionales de las personas, predominando las nociones hegemónicas que invisibilizan a otras posibilidades de ser/estar en el mundo, lo que debería resultar problemático para la terapia ocupacional.

**Palabras clave:** ciencia ocupacional, patriarcado, terapia ocupacional, masculinidad hegemónica, estudios de masculinidades.

## Abstract

*The purpose of this essay is to think about how occupational practices reinforce sexist stereotypes and limited forms of gender expression, from a hegemonic perspective, that makes invisible other individuals and other occupational possibilities. After a bibliographic review, we are pursuing a deep thought referring to how occupations maintain sexist and stereotyped practices that reproduce certain ways of keeping gender within the patriarchal system. We took Lerner's conceptualization of patriarchy, masculinity studies and Butler's gender definition, to contrast some proposals about occupation of Occupational Science. In conclusion, we establish that occupational practices, without critical reflection, maintain slanting gender directions limiting occupational possibilities of people, predominating hegemonic notions making other possibilities of being / being invisible in the world, which should be problematic for occupational therapy.*

**Key words:** occupational science, patriarchy, Occupational Therapy, hegemonic masculinity, studies of masculinities.

## Introducción

En Latinoamérica, la terapia ocupacional ha comenzado a cuestionar y reflexionar sobre el impacto de la construcción de género y del sexismo en sus prácticas. Históricamente este no fue un asunto muy significativo en su desarrollo teórico, pero en la actualidad han surgido diferentes artículos que abordan esta cuestión en la región. Por ejemplo, investigaciones que han trabajado temas sobre la discapacidad y el género (Gutiérrez, Tabilo, Luna, Catoni, Nilo, & Bartolomé, 2015; Jones, Duarte, Astorga, Pardo & Sepúlveda, 2015); o la influencia del género en el desempeño profesional (Mansilla, Astete, Garrido, & Maldonado, 2017); o la percepción de género de estudiantes de terapia ocupacional (Moreno, Morrison, Peña & Reyes, 2018); y otras investigaciones que han abordado la diversidad sexual y el género (Avillo, Barrientos, Fernández, Matus, Olivares, & Morrison); o ensayos sobre la construcción del género en un sistema heteronormado (Aravena, Larsen, Orsini & Morrison, 2017).

Consideramos que, en el escenario actual, donde el movimiento feminista ha buscado desnaturalizar las prácticas sexistas del patriarcado, las cuales configuran escenarios en que se establecen relaciones materiales y simbólicas jerárquicas, posicionando a los hombres por sobre las mujeres, produciendo todo tipo de inequidades, la Terapia Ocupacional (en adelante TO) no puede quedarse en silencio pensando que este tema no le atañe. Entendemos que las y los sujetos terapeutas ocupacionales viven y reproducen relaciones de sexismo en sus vidas cotidianas, y pueden naturalizarlas como parte de la cultura, trasladando estos discursos a sus prácticas profesionales, perpetuando con ello las relaciones de poder propias de la cultura patriarcal, (Avillo, Barrientos, Fernández, Matus, Olivares & Morrison, 2015; Aravena, Larsen, Orsini & Morrison, 2017). Por ello, quisiéramos contribuir a ese proceso de reflexión con este ensayo, que busca pensar de qué manera las prácticas ocupacionales refuerzan estereotipos sexistas y formas limitadas de expresión de género, desde una perspectiva hegemónica, que invisibiliza a otros sujetos y a otras posibilidades ocupacionales.

Para esto, primero hacemos un recorrido sobre los inicios del patriarcado, tomando los planteamientos de Lerner (1990), y Rullmann & Schegel (2004), quienes realizan una aproximación arqueológica feminista para desmontar la creencia de que el patriarcado “siempre ha existido” (idea que se ha naturalizado y permite justificar las prácticas sexistas en nuestra sociedad). En segundo lugar, planteamos algunas reflexiones sobre el concepto de género, abordando de forma particular a los estudios de masculinidades, la comprensión de la masculinidad hegemónica como elemento central de la organización social, posicionándonos desde la propuesta de performatividad de Judith Butler (1988; 2007), cuyo planteamiento resulta muy relevante para la TO, al proponer que el género se “hace”

y que no es un constructo prediscursivo, lo que es muy pertinente para la comprensión de la ocupación. Y en tercer lugar, tomamos diferentes conceptualizaciones de las ciencias de la ocupación, para plantear cómo las nociones de ocupación (y teorías vinculadas) se relacionan con los planteamientos antes señalados, lo que permitiría tensionar el rol profesional, al preguntar qué acciones puede hacer la TO en este escenario.

## Instauración del patriarcado

Desde la instauración del patriarcado en gran parte de la humanidad, en el período neolítico de la historia (unos 8.000 años antes del presente. Poco, considerando que el género homo tiene 65 millones de años), gran parte de los grupos sociales han evidenciado estructuras sociales que confieren a los hombres un estatus superior sobre las mujeres; quienes son consideradas no solo ideológicamente inferiores, sino también en sus roles, espacios, producciones, discursos, etc. (Facio, 2005). Esta organización social podría provenir de la creencia de que las características que hombres y mujeres exhibimos en nuestras formas de sentir, pensar y relacionarnos, responderían a tipologías biológicas, fisiológicas y genéticas “propias” del sexo asignado al nacer. Pero, lo más relevante, es que este proceso sería cultural y no producto de la “evolución natural” de la humanidad (Cruzado, 2011; Facio, 2005; Lerner, 1990).

Sin embargo, las formas de relaciones que se establecen a partir de la cultura patriarcal, no corresponden a interrelaciones constantes y permanentes en la historia de nuestra especie humana. En el afán de comprender el proceso a partir del cual estas condiciones que vivenciamos en la actualidad son tales, es decir, de acceder desde una mirada histórica a la conformación de estas relaciones de poder entre hombres y mujeres, es que nos referiremos a las aportaciones de Rullmann & Schegel, (2004), por una parte, y Lerner (1990), por otra; quienes han señalado que, en la actualidad existen suficientes indicios para afirmar que el desarrollo de la cultura patriarcal consistió en un proceso resultante del interjuego entre las necesidades y las acciones tendientes a su satisfacción, por parte de los distintos géneros, y de estos con sus entornos; y que previo a este período, habrían existido sociedades caracterizadas por una organización *matríztica* (Maturana & Verden-Zöller, 2003).

En estas sociedades se veneraba a las Diosas por ser fuente de vida y fertilidad; existían sacerdotisas y mujeres en altas jerarquías de la vida pública y política; la tierra y el hogar pertenecían a todas las personas que integraban la comunidad de estirpe; los nombres y las herencias se vinculaban a la línea femenina; no existía la conceptualización de paternidad, la crianza se realizaba en grupos; se practicaba la poligamia, no había vínculo emocional (de posesión) ni parejas; no existían celos, ni actos violentos vinculados a la propiedad sexual de la

mujer; no hay ningún indicio en los cientos de cuerpos encontrados de muertes violentas; la vida se vivía en paz (Rullmann & Schegel, 2004; Eisler, 2002).

¿Qué pasó entonces? Rullmann & Schegel (2004) señalan que la instalación del patriarcado habría tardado cerca de 2.500 años, y en este proceso habrían confluído distintos factores. En la actualidad han aparecido disensos acerca de cómo fue construyéndose, pues las primeras explicaciones, aportes de Engels a partir de 1884 en adelante, señalaban a:

- La *apropiación e intercambio de mujeres entre tribus como una forma de asegurar la capacidad reproductiva*. Las arduas condiciones en que se producían el nacimiento y los primeros años de vida implicaban gran cantidad de muertes, lo que requería que las mujeres debieran estar constantemente pariendo hijos e hijas para perpetuar la especie. Por tanto, se consideraba a su capacidad reproductiva como un bien intercambiable y necesario.
- Al *desarrollo de la horticultura como el antecedente de la noción de propiedad privada*. Que se traspasó a las nociones de heredabilidad de los bienes y por tanto confirió importancia a resguardar estos para los reales herederos. Esta modificación dio pie a la familia monogámica y al control de la sexualidad de la mujer por parte de los hombres.
- Al *surgimiento de la guerra de la mano del descubrimiento del cobre y el bronce como materias primas para la confección de armas*. Y con ello, la instalación definitiva de la noción de propiedad y, a partir de ahí, de la lucha por la conquista de esta.

Estos planteamientos son ampliamente refutados desde hace varios años (Lerner, 1990; Rullmann & Schegel, 2004). Estas discrepancias en torno al origen, no obstante, no niegan la instalación de una cultura patriarcal. Esta ha sido descrita por Maturana & Verden-Zöllner (2003) como una cotidianidad construida en base a la valoración del poder y el control, por lo tanto, de la dominación de los recursos y de los otros. La cultura patriarcal señala los atributos considerados como masculinos, como superiores a aquellos definidos como femeninos y, a partir de esta diferencia, es que se establecen relaciones de poder que implican el dominio y la subyugación de lo masculino por sobre lo femenino.

De acuerdo a lo señalado por Maturana & Verden-Zöllner (2003), el proceso de instalación del patriarcado se habría generado a raíz de la invasión de pueblos indoeuropeos semi-nómadas, a la denominada *vieja Europa* (Gimbutas, 2013): un grupo de pueblos pacíficos, ubicados entre los mares Egeo y el Adriático, incluyendo las islas, llegando por el norte hasta Checoslovaquia, el sur de Polonia y el oeste de Ucrania. Estos pueblos se desarrollaron entre los años 7000 a 3500 a.c. y de acuerdo con los restos arqueológicos que dejaron, vivieron de la agricultura, desconocían qué era la guerra o las armas, y rendían

culto a la diosa. Se ha propuesto, como parte del proceso de instauración del patriarcado, el fin del uso de cobre y el oro para fines pacíficos; el descubrimiento del bronce y del cobre como materiales de trabajo; el paso de una cultura matrilineal a una patrilineal; la conformación de un nuevo paradigma basado en la guerra y en la posesión; el uso del poder del método más efectivo: la muerte. Todo esto, producto de la infiltración de sociedades pastoriles en zonas fértiles, quienes además, generaron armas para matar y someter a las culturas pacíficas que vivían de la agricultura (Rullmann & Schegel, 2004).

Así, la tierra comienza a tener más valor y debe ser protegida, por lo que comienzan a estructurarse pueblos cerrados y a provocarse el intercambio de mujeres a otras tribus para evitar la endogamia.

Estas prácticas, tienen un correlato con la propuesta de Wilcock (2006) sobre la justificación ocupacional de la guerra, en su teoría de la naturaleza ocupacional del ser humano. Wilcock plantea que las prácticas ocupacionales, que transitaron del sedentarismo basado en la agricultura (que no poseían una distinción clara entre el trabajo y el ocio) a un proceso de construcción de pueblos y ciudades estado, se sustentó en la escasez y por ende, en el proceso posterior de acumulación de bienes. Pero, resalta que en el proceso anterior, no existió una jerarquía tal en las ocupaciones que las personas desempeñaron, lo que se vincula a la propuesta de cultura matrizica de Maturana & Verden-Zöllner (2003) y de Rullmann & Schegel, (2004).

En relación con lo anterior es que este ensayo pretende señalar que la comprensión de los roles asignados a mujeres y hombres corresponde a una instalación y naturalización propia de la cultura patriarcal, que requiere ser cuestionada. Proponemos para ello, una perspectiva crítica basada en la construcción cultural del género y los estudios de masculinidades.

### Respecto al género, su constitución y las masculinidades

Como se ha venido señalando, la cultura patriarcal organiza la vida cotidiana de las personas en base a un ordenamiento jerárquico, que obliga a la constante competencia entre los sujetos por posicionarse frente a los demás. Así, la razón y la objetividad son considerados aspectos relevantes de la experiencia humana, descartándose a partir de ello, otras vivencias que ocurren en el devenir del sujeto. Así, el ámbito de lo intersubjetivo, construido a partir de la interrelación de las personas con su cultura, el intercambio emocional que en esta interrelación se produce, así como los significados, también intersubjetivamente generados en la experiencia vivida, son aspectos relegados.

A partir de esta organización, se comprende que aquellos atributos asignados al poder y al control han sido considerados con mayor valor y dentro del campo de lo masculino. En este sentido, históricamente se ha establecido, a raíz de las carac-

terísticas y diferencias biológicas que existen entre hombres y mujeres, que los primeros *corresponderían al modelo de lo humano*, lo socialmente deseable (Facio, 2005), pues son quienes poseen mayor fuerza a partir del desarrollo músculo esquelético (y pueden por tanto imponerse, dominar y controlar) y sus “contrapartes”, las mujeres (y también lo femenino), habrían sido consideradas como débiles y por tanto, inferiores. Posteriormente, la justificación desde estas diferencias esencialistas va a constituir la base para las profundas desigualdades entre hombres y mujeres en todos los ámbitos de la vida humana.

Schongut (2012) refiere que en este patrón relacional, la característica jerárquica a través de la cual hombres y mujeres nos relacionamos, se debe a la arbitrariedad con que se ha disfrazado la historia de la naturaleza, ocultando el carácter intersubjetivo que esta historia conlleva, para los distintos géneros, a partir de las estructuras sociales que lo han reproducido sin cuestionamientos.

A mediados del siglo pasado, sin embargo, Stoller y Money, acuñaron el concepto de *género* (Hernández, 2006), para referir la distinción entre el sexo biológico y fisiológico, que se hereda, y el género como “aquella construcción social que cada cultura realiza sobre la diferencia sexual” (Cultura Salud, 2010, p. 17). Es decir, *el género constituye una construcción social* en base a los significados que -de forma particular- otorga cada grupo humano al hecho de ser asignados, biológicamente, como hombres o mujeres. Esta distinción logró visibilizar que las desigualdades entre hombres y mujeres no tienen base en las características que nos diferencian, sino que corresponden a una concepción histórica y culturalmente producida.

Así, en los años '70, surgen los Estudios de Género por parte del feminismo académico estadounidense (Hernández, 2006), que cuestionaron fuertemente la estructura social que sometía a las mujeres y generaba (y genera hasta hoy), diferencias injustificadas y evitables, es decir, inequidades producto del género. Si bien a raíz de esto se publican algunas investigaciones sobre masculinidad, estas fueron en su mayoría orientadas principalmente desde las corrientes feministas, buscando comprender lo masculino en tanto interferencia con la salud y el bienestar de las mujeres (Baker, 1996). Y aunque esto se fundamenta en la evidente desigualdad de los géneros y la urgencia de discutir acerca de lo mismo para avanzar en la disminución de las brechas que experimentan las mujeres en el acceso y disfrute de sus derechos, diversos/as autores/as han dado cuenta del carácter relacional de esta problemática (Baker, 1996; Jiménez, 2003; Keijzer, 2006; Morales, 1995), siendo insuficiente aún la investigación acerca de cómo los hombres se perciben a sí mismos y sus necesidades. Esto implica trascender la perspectiva del déficit ya señalada, y comenzar a relevar la importancia de los estudios sobre masculinidades.

Para Burin & Meler (2009) la masculinidad consiste en la forma validada de ser hombre en una cultura y sociedad particular, funcionando como un ideal construido e impuesto culturalmente, al cual los hombres deben adscribir, ya sea que concuerden con este o no. Por su parte, Schongut (2012) aportará que esta *consiste en un proceso y no un producto*, es decir, un tránsito que ocurre a partir de las prácticas que se producen en el complejo sexo/género, desde el cual se organizan y regulan las relaciones de poder. Así, la masculinidad existe como fenómeno relacional en el que necesariamente se implica a la femineidad. Lo reafirma Jiménez (2003), quien señala que la masculinidad es relativa y reactiva en relación con la femineidad, pues en la medida en que esta cambia, la masculinidad se cuestiona a sí misma e inevitablemente se modifica.

Dicho así, el carácter relacional en la perspectiva de género resulta básico para comprender el fenómeno de construcción social y cultural de la masculinidad. Demetrious (2001) señala que la masculinidad se expresa en dos formas y funciones. En la primera (descrita por éste como externa), la dominación masculina es sobre las mujeres, y se reproduce en todos los espacios cotidianos, del mundo público y privado en que se reconoce y legitima la idea de que las mujeres y sus producciones son inferiores (Facio, 2005). Luego, y en simultáneo, la segunda forma (referida como interna) corresponde a la dominación de un grupo de hombres sobre los demás hombres (Demetrious, 2001).

De esta manera, aparece la noción de *masculinidad hegemónica* que fue primeramente acuñada por Carrigan, Connell & Lee (1985) quienes la utilizaron para referirse a un grupo de hombres que, en la sociedad, imponen sus ideas y, de esta manera controlan aspectos relevantes para ese grupo humano, quienes terminan aceptando esta subordinación. Tal como refiere Schongut (2012), este concepto resulta interesante pues aporta dinamismo y heterogeneidad a la idea de masculinidad, definiendo que existe diversidad en la vivencia de identidad de género. Por tanto, comprenderemos que no existe una masculinidad, sino masculinidades varias, lo que conlleva reconocer que, en esa vivencia, existen diferencias de poder entre los hombres, tal como señalaba Demetrious (2001). Esto nos permite pensar que la masculinidad hegemónica es aceptada como criterio para evaluar otras masculinidades, generando distinción, agrupamiento y por ende, cuestionamiento, estigmatización y devaluación de quienes no cumplen con el modelo impuesto de masculinidad (Ceballos, 2012). Es decir que, aunque exista diversidad de masculinidades, los mandatos de género imponen a los varones la dominación entre ellos, exigiendo para esto cualidades consideradas masculinas, como la virilidad o la violencia. Baker (1996) ha referido al respecto que, socialmente y producto de la visibilización de los estudios feministas acerca de las relaciones de poder entre hombres y mujeres, se suele pensar, de

manera imprecisa y simplista que todos los hombres se han visto beneficiados a partir de la cultura patriarcal, y que estos han subyugado a la totalidad de las mujeres, sin embargo, a partir de la hegemonía de la identidad masculina, no sólo las mujeres han sufrido, sino también un grupo de hombres, declarando que los hombres que están fuera de la masculinidad hegemónica han sido tratados con rudeza y brutalidad, así como las mujeres.

La masculinidad dominante y hegemónica podemos entenderla como propia de la estructura social jerárquica patriarcal que se ha descrito previamente (Bonino, 2003; Connell, 2005). En ese escenario, opera como un ideal impuesto y define pautas sobre el comportamiento esperado de los hombres en ámbitos afectivos, familiares, laborales, entre otros; y a las cuales estos deben ajustarse (Muñoz, 2015; Bonino, 2003; Espada, 2004; Infantes & Verdú, 2011; Cultura Salud, 2010), lo que ha sido descrito como *mandatos del género*.

Numerosos autores y autoras han indagado en el estereotipo de este estilo de masculinidad, existiendo cierto consenso de los criterios que le conforman. Así, el modelo impone que los hombres sean fuertes, heterosexuales, activos y proveedores del hogar (Baker, 1996; Ceballos, 2012; Cultura Salud, 2010; Keijzer, 2006). El riesgo es definido culturalmente como deseable, pues el hombre debe pensarse y verse como fuerte e independiente, tanto física como emocionalmente (Sabo, 2009). Aporta en este sentido Facio (2005), al referir que la jerarquización que ubica a las mujeres en un plano inferior, obliga a los hombres a “prescindir de estos roles, comportamientos y características, tensando al máximo sus diferencias con ellas” (p. 3). Así, al asumirse que el cuidado de sí mismas y otros/ otras, es una conducta femenina, se presiona a los hombres a oponerse a esta; siendo la valoración del cuerpo y su arreglo, y la preocupación por el bienestar y la salud, rechazadas. Estas características condicionan las relaciones desde la competencia y la violencia; y si bien en la diversidad no todos los hombres son violentos, existe una vinculación entre la masculinidad hegemónica y la violencia. Como expone Sabo (2009), “la fascinación y el respeto de los hombres por la violencia suelen estar ligados a la demostración de su hombría, lo que explica en parte su mayor riesgo de homicidio en comparación con las mujeres” (p.3). Así, para Keijzer (2006), ser hombre es un factor de riesgo para sí mismo, para otros hombres, y para las mujeres, niñas y niños<sup>1</sup>.

1 Esto ha sido reconocido a nivel mundial como un problema: en 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la violencia como un problema de salud pública creciente, presente a nivel mundial (Krug, Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). En cifras, esto se traduce para Latinoamérica y el Caribe (entre 2004 y 2005), en la muerte por causas asociadas a mandatos de género (homicidios, suicidios y accidentes de tránsito) de 141 hombres (por cada 100.000) de entre 15 a 29 años de edad, en comparación con 19 (por cada 100.000) mujeres (Comisión Económica para

## Performatividad de género y ocupaciones

Comprendiendo al patriarcado como un sistema, dentro del cual se constituye una masculinidad hegemónica que otorga una pauta de acción, es que entendemos *al género como parte del hacer* y no como una predeterminación o una constitución prediscursiva. Es decir, si bien tomamos el concepto de “mandato de género” para dar cuenta de la masculinidad hegemónica, es importante señalar que no consideramos que estos estén “fuera” de la persona, sino que *se actúan* dependiendo de diferentes contextos como si se estuviera siguiendo un guion.

Así, siguiendo a Butler (2007), el género tampoco constituye un sistema cerrado ni definido de una vez por todas. Si bien existe una masculinidad hegemónica interiorizada y actuada por las personas, esto no constituye una identidad fija si no, por el contrario, una identidad que se construye constantemente a través de actos repetidos, y para nosotras, por medio de las ocupaciones.

Las ocupaciones expresan los gestos, los movimientos y las acciones concretas que las personas desempeñan para construir su género, lo que constituye una identidad “aparente” y situada a un momento particular que busca reproducirse para mantener la creencia de estado fijo. Así, siguiendo a Butler (1988), los actos performativos constituyen al género en la medida que se producen en la sociedad. Entonces, comprendemos que estos actos performativos constituyen *ocupaciones generizadas*.

## Ocupaciones, género y masculinidades

Las definiciones y conceptualizaciones de ocupación han buscado integrar el desarrollo teórico disciplinar con las perspectivas holísticas de otros campos de estudio. Así, desde las conceptualizaciones iniciales, como las de la Universidad de Southern California, donde se comprendió la ocupación como trozos de actividad cultural y personalmente significativa en los que participan los seres humanos (Clark et al, 1991), las perspectivas transaccionalistas del pragmatismo toman protagonismo, al referir cómo la ocupación es producto y proceso en la interacción con el medio ambiente (Aldrich, 2008; Dickie, 2010; Dickie, Cutchin & Humphry, 2006; Kuo, 2018; Shank & Cutchin, 2010).

Comprender la ocupación en relación inexorable con los contextos sociales, físicos, culturales, políticos y económicos,

América Latina y El Caribe, 2009). Por su parte, el Observatorio de Equidad de Género publicó que, producto de lesiones autoinflingidas (suicidio), accidentes y otras causas, en el año 2006 en Chile, 14 (de cada 100.000) mujeres murieron, en contraste con 76,5 hombres (por cada 100.000). Por último, la Comisión Nacional de Seguridad del Tránsito informó que el 2016, en Chile, 364 mujeres murieron en accidentes de tránsito, versus 1311 hombres (Comisión Nacional de Seguridad del Tránsito, 2017).

permite visualizar las múltiples fuentes de significado e influencias en un entramado complejo que da cuenta del hacer humano (De Padúa & Feriotti, 2013) y de las condiciones para la elección y participación en ocupaciones (Galvaan, 2014). Al respecto, la comprensión de las elecciones ocupacionales como fruto de la determinación de condiciones mediatas y socio-históricas del contexto (Galvaan, 2012), es una forma más compleja de comprender el desempeño ocupacional, que nos permite pensar en el mecanismo por medio del cual el patriarcado delimita unas formas hegemónicas de “hacer” el género que invisibilizan otras posibilidades.

Así, en el proceso de ocuparnos, las personas nos construimos en la medida en que dotamos de sentido y significado las actividades que realizamos (Guajardo, 2012), y mientras “hacemos” vamos definiendo una identidad ocupacional “individual” que es expresión de la colectiva. Esto, en un proceso que es cotidiano, recursivo y dialógico (Drumond, Zocchi & Agostini, 2011), de transformación mutua del sujeto y sus entornos, donde se conjugan constantemente las ocupaciones, el significado y la identidad (Gómez, 2003). Por ende, los significados asociados a la masculinidad hegemónica, como las maneras más válidas de actuación del género masculino, se interiorizan en nuestras construcciones identitarias, lo que crea una pauta de actuación individual que es a diario sometida a escrutinio público y también privado, pues en el proceso de construcción de la identidad, el sujeto introyecta no solo los mandatos del género, sino también la sanción hacia aquellas formas de masculinidad que se distancian de la hegemonía.

Desde aquí, el contexto cultural debe ser considerado como el soporte desde donde se producen las ocupaciones. Tal como refieren Drumond, Zocchi & Agostini (2011), accedemos al contexto cultural al participar como si de la trama de una red se tratara, conformada por principios y conocimientos que dan forma a la dinámica de la vida social, donde los sujetos actúan, conviven y se comunican. Asimismo, la cultura actúa liberando u oprimiendo simultáneamente, pues al entregar pautas para pensar, sentir y hacer, las personas perciben una libertad (que podríamos entender como las posibilidades ocupacionales), aunque luego y por consecuencia, este mismo conocimiento las inhiba, a raíz de “sus reglas, prohibiciones, tabúes, su etnocentrismo” (Drumond, Zocchi & Agostini, 2011, p. 6). En este sentido, debemos reconocer que en tanto pauta, los aspectos que conforman la cultura pueden orientar en la elección de ocupaciones, las que en ocasiones tienden al bienestar, a la cohesión social o a la salud; y al mismo tiempo, estas pautas restringen y obligan la asunción de formas ocupacionales que, provenientes de la cultura patriarcal, han generado sufrimiento, violencia y muerte, como es el caso de las exigencias y características de los mandatos propios de la masculinidad hegemónica.

En esa línea, Silva, Catalán, Salgado & Spuler (2017) nos permiten comprender esto desde una perspectiva ocupacional,

al traducir las estructuras conductoras del hacer humano al concepto de *ocupaciones normadas*. Es decir, aquellas que responden de lo que Bourdieu (2009) refirió como “estructuras de lo social cuyas propiedades fundamentales parecen difícilmente modificables y en las que los agentes favorecidos y desfavorecidos, se encuentran atrapados por prácticas y mecanismos, conscientes e inconscientes que operan en el sentido de su reproducción” (p. 20). Nos preguntamos entonces, si las ocupaciones normadas se corresponden con las prácticas de la masculinidad hegemónicas, es decir, las ocupaciones que desempeñamos ¿obedecen a patrones normados y estereotipados que reproducen rasgos sexistas?

Considerando que el desempeño ocupacional, o la performatividad ocupacional, responde a un contexto y (re)produce significados en las personas, es importante reconocer que, en tanto construcción social, es solo a través de situarnos desde perspectivas críticas que reconoceremos el sexismo presente en el hacer, ya que no es posible tomar conciencia del sexismo si no observamos la propia cultura.

En ese sentido, debemos identificar que, a lo largo de su historia, el ser humano ha intentado encontrar un sentido a su existencia, en relación con todo lo que le rodea. Lo podemos observar, por ejemplo, en la relación que estableció el sujeto europeo con la voluntad divina por cerca de 10 siglos durante la edad media; o con la razón, la objetividad y el progreso durante la modernidad. Sin embargo, en la actualidad, la cultura occidental transita una época de desencanto (Schliebener, 2014), donde la búsqueda de la totalidad en el sujeto de nuestra época carece de un metarrelato que sea abarcativo y pueda cohesionar la visión de una sociedad en su conjunto. Atrás ha quedado la promesa de libertad y certeza absoluta que la modernidad, a partir del sistema capitalista, instaló como ideales aglutinantes de la sociedad, pues de ser señaladas como metas a las cuales llegar, se fueron convirtiendo en una práctica constante de individualismos, competitividad y exclusión, que, al igual que los hoyos negros espaciales, han ubicado al ser humano en un ciclo incesante de consumo y producción, desgaste y sufrimiento mental, físico y espiritual.

De acuerdo con Wilcock (2006), desde que la modernidad y el capitalismo nos obligan a descartar los aspectos colectivos y medioambientales como partes del hacer, se vuelven contrarios a la percepción de bienestar o salud, pues como se ha mencionado, esta se encuentra cruzada por el hacer con sentido, es decir, las ocupaciones. Wilcock observó el desequilibrio en las ocupaciones en tanto estas se orientaban mayormente al ámbito productivo, dejando poco o ningún espacio para participar en actividades orientadas al desarrollo personal, la recreación y el ocio. Para ella, esto representa un riesgo ocupacional, que se traduce en un problema de salud, pues el hacer sin conciencia de su sentido omite a lo que realmente define a la ocupación: “el self” o el ser, expresado como la

esencia, la espiritualidad, el estar presente y no pensando en el futuro o pasado. Lo referido por Wilcock da cuenta de un ser que, para expresarse requiere quietud, que las personas tengan tiempo para descubrirse a ellas mismas, para pensar, reflexionar y para simplemente existir. Y por tanto define la relevancia del sentido que el ser humano ha buscado a lo largo de la historia, a partir del contacto con la esencia en su propio hacer, desde donde, como se ha comentado, podemos aportar a la sociedad en que existimos haciendo de esta una red de interconexiones ya sean obligatorias e insatisfactorias; o al contrario, un espacio inclusivo que permita la apertura y el bienestar.

De esta manera, el significado atribuido a las ocupaciones está atravesado por un significado generalizado respecto a la modernidad. En este ámbito, la construcción del género es parte de ese significado, donde los mandatos de género dentro de la matriz heterosexual actúan como pautas de acción para el desempeño ocupacional, que es un correlato instaurado desde el patriarcado.

Por lo tanto, las ocupaciones normadas, serán configuradas, no solo por la práctica del capitalismo neoliberal, sino también por el sistema patriarcal. Por ello, el desempeño ocupacional será modelado por la intersección de estos sistemas y reproducirá, de forma sistemática, formas de performar el género, en este caso, la masculinidad hegemónica. Este proceso se habría generado desde la instauración del patriarcado, como señalamos anteriormente.

Así, al mismo tiempo, es evidente cómo el proceso de desmantelamiento de la cultura matríztica tiene una explicación basada en las ocupaciones generadas desde el período neolítico. Las ocupaciones que se produjeron a raíz de la instauración del patriarcado, como las vinculadas a la guerra, no pueden ser combatidas por parte de las comunidades pacíficas, pues no sabían cómo. En esta línea, las propuesta que comprenden a la ocupación de forma transaccional (Cutchin & Dickie, 2012), esto es, como un todo en interacción con el -y como parte del- entorno, dan cuenta de la imposibilidad de extraer las circunstancias contextuales del desempeño en ocupaciones. Esto significa que no es posible segregar ni extraer los sucesos del contexto de las prácticas ocupacionales.

De lo anterior se desprende que, de perpetuarse el sistema patriarcal (y los significados que se reproducen allí), las prácticas patriarcales se desarrollarán de forma permanente a través de las ocupaciones, con las consecuencias que se han señalado previamente. Aun con la cada vez mayor visibilización de las desigualdades producto del género, y la expresión actual del movimiento feminista, las prácticas de TO, producto del peso de la cultura, no son ajenas a la reproducción sexista, tal como señalan Liedberg, Björk & Hensing (2010) y Rivera, Astete, Garrido & Maldonado (2017). Desde aquí, cabe relevar

las perspectivas críticas de la TO sobre el sistema patriarcal como una forma de contribuir al cuestionamiento y abordaje de las desigualdades existentes producto del género, tanto al interior de la disciplina como en el trabajo cotidiano con usuarios, usuarias, grupos y comunidades.

### Conclusiones

Es necesario considerar que, una vez que la TO se posiciona desde una perspectiva crítica para comprender al género, se abre un espacio de visibilización que nos interpela. En primer lugar a nosotras, como sujetas y sujetos culturales, con una identidad de género en constante construcción, a mirarnos críticamente en nuestra cotidianidad, pues si no, ¿de qué manera podemos ofrecer prácticas reflexivas en el trabajo con personas y comunidades, sino hemos hecho consciente en nuestra vida diaria, las limitaciones que estas ocupaciones normadas tienden a perpetuar? En ese sentido, la TO, en tanto promotora de las ocupaciones que tiendan y favorezcan el bienestar, tiene una obligación con la transformación de la realidad inmediata de quienes se encuentran en situaciones de adversidad. Por ello, generar instancias de reflexión disciplinar, para luego crear otras instancias reflexivas en el encuentro con los grupos sociales, es un proceso que urge dentro de la profesión.

De acuerdo a lo expuesto hasta aquí, es fundamental para los y las terapeutas ocupacionales realizar cruces entre los aspectos culturales que se expresan en las relaciones de poder que las perspectivas de género revelan, pues a la luz de lo expuesto; resulta innegable la necesidad de abarcar las imposiciones culturales que el género produce cuando hablamos de bienestar o salud. Esto se expresa en el daño global a la salud de las personas que producen los mandatos de género. Así, y tal como se ha expresado anteriormente, las muertes por causas de género, en el caso de los hombres ha llamado la atención de la Organización Mundial de Salud, declarando la necesidad de abordar esta problemática, presente a nivel mundial, y en pleno proceso de acrecentamiento; favoreciendo de esta manera, el surgimiento de distintas iniciativas por parte de colectivos e instituciones que buscan desarrollar diálogos y acciones que permitan el necesario cuestionamiento de nuestro hacer, para construir activamente formas de masculinidad que tiendan al reconocimiento y al respeto por la de la diversidad, entendiendo que esto promueve la conexión entre ocupaciones, salud y bienestar.

En este sentido, resulta relevante continuar profundizando en el entendimiento de las ocupaciones como históricas y contextualmente situadas, además de comprender el valor que el complejo sexo/género tiene como un aspecto de la cultura dominante que delimita las comprensiones de los sujetos y sujetas que integran esta cultura, sus relaciones, discursos,

etc. Siendo así, la TO debe poner el acento en la reflexión, no solo con los sujetos y sujetas que participan en ocupaciones, sino también en el valor de estas para la reproducción de las formas culturales o, por el contrario, el cuestionamiento y la transformación de las mismas. Debemos entender que el proceso de apropiación que implica dotar de significado a las actividades que nuestra cultura releva, es un proceso constante y dinámico en la vida de las personas, y que como tal, es también dialéctico, lo que ubica a las ocupaciones en un lugar clave para el proceso de transformación cultural.

Las desigualdades producto del género y todo el impacto que generan, en los grupos vulnerados históricamente como las mujeres, personas en situación de discapacidad, pueblos originarios, población LGTBI, etc., no dejarán de existir si no se realiza un abordaje desde esta lógica reflexiva. Espada (2004) refiere que, en la medida en que los movimientos feministas se fortalecen, la cultura de la que son parte también lo hace, y todos aquellos aspectos que definen lo hegemónico se exacerban. Desde aquí es que podemos comprender que, en la actualidad estamos presenciando cada vez con mayor frecuencia feminicidios y crímenes basados en la homofobia y lesbofobia perpetrados además con mayor salvajismo (Espada, 2004), pues el rasgo etnocéntrico de la cultura tiende a “defenderse” a partir de las prácticas más habituales que la componen, en este caso, la violencia.

En este sentido, la TO debe preguntarse si sus prácticas buscarán orientarse a reproducir y perpetuar las condiciones culturales que producen la desigualdad y sostienen la estructura de la que hablaba Bourdieu (2009), a través de las ocupaciones normadas, de violencia, sufrimiento y muerte. O por el contrario, tomará una postura crítica, histórica, ética y política en busca de una transformación de la sociedad, y de aquellos aspectos que atentan contra el bienestar ocupacional de sujetos y sujetas. Tal como refiriera Galheigo (2012) “una perspectiva crítica (...) para la Terapia Ocupacional implica reconocer los discursos reduccionistas y problematizar la participación del terapeuta ocupacional en propuestas que resulten en mantener el status quo social y político” (p. 180).

En este escenario, el complejo sexo/género ha comenzado a ser parte de los estudios y reflexiones de los y las terapeutas ocupacionales. Desde nuestra disciplina debemos trascender la mirada global que las cifras o las declaraciones de agencias como la ONU puedan entregarnos, para observar que en cada una de los requisitos que involucran los mandatos de género y sus estereotipos, en este caso el de masculinidad hegemónica; así como en las alarmantes cifras expuestas, lo que se esconde o, dicho de otra manera, lo que les sostiene, son las acciones cotidianas, las actividades que, culturalmente definidas como relevantes se reproducen y adoptan como válidas por un conjunto de la sociedad.

Finalmente, consideramos que, como terapeutas ocupacionales debemos poner en la alerta el proceso por el cual la actuación sexista que las ocupaciones normadas, que expresan una masculinidad hegemónica, reproducen. Debido a que los estudios ocupacionales tienen mucho que aportar en la deconstrucción del patriarcado y en la mejora de la calidad de vida de las personas. Si como terapeutas ocupacionales pensamos que esto no nos atañe, deberíamos preguntarnos si estamos actuando de acuerdo a los principios de nuestra disciplina o bien repensar los procesos formativos. ■

[Recibido: 27/10/18 - Aprobado: 15/04/19]

## Referencias Bibliográficas

- Aldrich, R. (2008). From complexity theory to transactionalism: Moving occupational science forward in theorizing the complexities of behavior. *Journal of Occupational Science*, 15(3), 147-156. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2008.9686624>
- Aravena, V., Larsen, C., Orsini, F. y Morrison, R. (2017). Influencia de la heteronorma en las elecciones ocupacionales y construcción de identidad de género de niñas y niños. Análisis del contexto educativo. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 4(2), 51-74. Disponible en: <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/65>
- Avillo, C., Barrientos, B., Fernández, J., Matus, C., Olivares, C., y Morrison, R. (2015). Contexto y elecciones ocupacionales de adolescentes que se identifican como homosexuales. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(2). doi:10.5354/0719-5346.2015.38157
- Baker, G. (1996). *The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in Reproductive and Sexual Health in Latin America and the Caribbean*. Estados Unidos: MacArthur Foundation.
- Bonino, L. (2003). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*, 6, 7-36. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/102434/153629>
- Bourdieu, P. (2009). *Los herederos: los estudiantes y la cultura*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Burin, M. y Meler, I. (2009). *Varones: género y subjetividad masculina*. Buenos Aires: Librería de Mujeres Editoras.
- Butler, J. (1988). Performative Acts and Gender Constitution: An Essay on Phenomenology and Feminist Theory. *Theatre Journal*, 40(4), 519-531.
- Butler, J. (2007). *El Género en Disputa: El Feminismo y la Subversión de la Identidad*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Cantero, P., Émeric, D., Zango, M. y Domínguez, E. (2012). Ocupación(es) de mujer(es), ocupación(es) de hombre(s): la influencia del sexo sobre la ocupación y sobre la profesión de la terapia ocupacional en España. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*. Monografía. 5, 96-124.
- Carrigan, T., Connell, R. y Lee, J. (1985). Towards a New Sociology of Masculinity. *Theory and Society*, 14(5), 551-604.
- Ceballos, M. (2012). Indicadores aplicados a la visión dominante de la masculinidad por adolescentes de educación secundaria: La im-

- portancia del «deber ser» hombre. Última década, 20(36), 141-162. <https://doi.org/10.4067/S0718-22362012000100007>
- Clark, F. A., Parham, D., Carlson, M. E., Frank, G., Jackson, J., Pierce, D., . . . Zemke, R. (1991). Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(4), 300-310.
- Comisión Económica para América Latina y El Caribe. (2009). *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe.
- Comisión Nacional de Seguridad del Tránsito. (2017). *Estadísticas Generales*. Santiago de Chile: CONASET. [Página Web] Disponible en: <https://www.conaset.cl/programa/observatorio-datos-estadistica/biblioteca-observatorio/estadisticas-generales/>
- Connell, R.W. (2005). *Masculinities* (Second Edition). Berkeley, CA: University of California Press.
- Cruzado, Á. (2011). Cuerpos encerrados. De cómo las mujeres, reales e imaginadas, son confinadas en "su" espacio. En M. D. Ramírez (ed.) *In Corpore dominae: cuerpos escritos/cuerpos proscritos* (pp. 93-112). Sevilla: Arcibel Editores.
- Cultura Salud. (2010). *Manual de Hombres Jóvenes por el fin de la violencia. Manual para facilitadores y facilitadoras*. Santiago de Chile: Cultura Salud/EME.
- Cutchin, M. y Dickie, V. (2012). Transactionalism: Occupational science and the pragmatic attitude. In G. Whiteford & C. Hocking (Eds.), *Occupational Science: Society, Inclusion, Participation*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- De Padúa, E. M. M. y Feriotti, M. L. (Eds.). (2013). *Terapia Ocupacional e Complexidade. Práticas multidimensionais*. Curitiba, Brasil: Editora CRV.
- Demetriou, D. (2001). Connell's concept of hegemonic masculinity: a critique. *Theory and Society*, 30(3), 337-361. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023/A:1017596718715.pdf>
- Dickie, V. (2010). Are occupations 'processes too complicated to explain'? What we can learn by trying. *Journal of Occupational Science*, 17(4), 195-203. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2010.9686696>
- Dickie, V., Cutchin, M. P. y Humphry, R. (2006). Occupation as transactional experience: A critique of individualism in occupational science. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 83-93.
- Drumond, C.; Zocchi, N. y Agostini, R. (2011). La terapia ocupacional y su relación con la cultura contemporánea. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 8(13), 14p. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/original3.pdf>
- Eisler, R. (2002). *Placer sagrado. Sexo, Mitos y Política del Cuerpo*. Ciudad de México: Pax México.
- Espada, J. M. (2004). *Poder, masculinidad y virilidad*. Curso Técnico Especialista en Igualdad de Oportunidades en el Empleo, IMU-MEL. Disponible en: <https://masculinidades.files.wordpress.com/2008/11/poder-masculinidad-virilidad.pdf>
- Facio, A. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Academia: revista sobre enseñanza del derecho de Buenos Aires*, 3(6), 259-294.
- Galheigo, S. (2012). Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 9(5), 176-325. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>
- Galvaan, R. (2012). Occupational choice: the significance of socio-economic and political factors. In G. Whiteford & C. Hocking (Eds.), *Occupational Science: Society, Inclusion, Participation* (pp. 152-161). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Galvaan, R. (2014). The contextually situated nature of occupational choice: marginalised young Adolescents' experiences in South Africa. *Journal of Occupational Science*, 22(1), 39-53. doi: 10.1080/14427591.2014.912124
- Gimbutas, M. (2013). *Diosas y dioses de la Vieja Europa*. Madrid: Siruela.
- Gómez, S. (2003). La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 3, 43-47. doi: 10.5354/0719-5346.2010.149
- Guajardo, A. (2012). Enfoque y Praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la terapia ocupacional crítica. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 9(5), 18-29. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num5/prologo.pdf>
- Gutiérrez, P., Tabilo, E., Luna, E., Catoni, S., Nilo, F. y Bartolomé, C. (2015). Configuración de subjetividad en mujeres en situación de discapacidad: un abordaje desde discapacidad, cuerpo y género. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(1), 33-44. doi:10.5354/0719-5346.2015.37128
- Hernández, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13(1). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA0606120111A/26669>
- Infantes, A. T. y Verdú, A. D. (2011). El significado de la masculinidad para el análisis social. *Revista Nuevas tendencias en antropología*, (2), 80-103. Disponible en: <http://www.revistadeantropologia.es/Textos/N2/El%20significado%20de%20la%20masculinidad.pdf>
- Jiménez, L. (2003). *Dando voz a los varones: sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos*. Morelos, México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Jones, S., Duarte, T., Astorga, N., Pardo, M. y Sepúlveda, R. (2015). Aproximación a la experiencia de cuerpo y sexualidad de un grupo de mujeres chilenas con discapacidad física congénita. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(1), 19-32. doi:10.5354/rto.v15i1.37127
- Keijzer, B. (2006). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *Revista Internacional de estudios sobre masculinidades La Manzana*, 1(1), 1-20. Disponible en: [http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est\\_masc\\_01.pdf](http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/est_masc_01.pdf)
- Krug, E. G., Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kuo, A. (2018). A Transactional View: Occupation as a Means to Create Experiences that Matter. *Journal of Occupational Science*, 18(2), 131-138. doi: <https://doi.org/10.1080/14427591.2011.575759>
- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Liedberg, G., Björk, M. y Hensing, G. (2010). Occupational therapist's perceptions of gender – A focus group study. *Australian Occu-*

- pational Therapy Journal*, 57(5), 331-338. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00856.
- Mansilla, M. I., Astete, N., Garrido, L. y Maldonado, F. (2017). Terapeutas ocupacionales: influencia del género en su desempeño laboral. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 17(1), 159-167. doi:10.5354/0719-5346.2017.46388
- Maturana, H. y Verden-Zöllner, G. (2003). *Amor y Juego. Fundamentos olvidados de lo humano. Desde el Patriarcado a la Democracia*. (6a ed.). Santiago de Chile: LOM.
- Morales, P. (1995). Que motiva a los hombres a limitar su fecundidad. En S. Lerner (ed.). *Varones, sexualidad y reproducción: diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano: Sociedad Mexicana de Demografía.
- Moreno, B., Morrison, R., Peña, D. y Reyes, B. (2018). Percepción de la construcción de género en estudiantes de terapia ocupacional: una aproximación al género en la vida cotidiana. *CADERNOS BRASILEIROS DE TERAPIA OCUPACIONAL*, 26(1). doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1124>
- Muñoz, H. (2015). *Hacerse hombre, la construcción de masculinidades desde las subjetividades: un análisis a través de relatos de vida de hombres colombianos*. [Tesis doctoral]. Departamento de Sociología IV. Universidad Complutense de Madrid, España. Disponible en <http://eprints.ucm.es/28063/1/T35634.pdf>
- Prieto, R. R., y Martínez, J. M. S. (2007). Hegemonía y Democracia en el siglo XXI: ¿Por qué Gramsci? *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, 15, 1-27. Disponible en: <https://www.uv.es/cefd/15/rodriguez.pdf>
- Rullmann, M., y Schegel, W. (2004). *Las mujeres piensan diferente*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Sabo, D. (2009). Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género. Organización Panamericana de la Salud: OPS. Publicación Ocasional 4. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/165817>
- Schliebener, M. (2014). Los supuestos que subyacen a las principales teorías de Ann Wilcock y la necesidad de la pregunta ontológica por la ocupación humana. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 12(21), 20. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/colab2.pdf>
- Schongut, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 27-65. Disponible en: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/119/73#>
- Shank, K., y Cutchin, M. (2010). Transactional occupations of older women aging-in-place: Negotiating change and meaning. *Journal of Occupational Science*, 17(1), 4-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2010.9686666>
- Silva, L., Catalán, C., Salgado, J. y Spuler, G. (2017). Constructo social de la ocupación normada en músicos y músicos callejeros de la ciudad de Temuco: desde una mirada de justicia ocupacional. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 4(1), 14-38. Disponible en: <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/52>
- Wilcock, A. (2006). *An occupational perspective of health (Second ed.)*. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.

---

#### Cómo citar este artículo:

Polanco Cerón, N. y Morrison, R. (2019). Patriarcado, masculinidad hegemónica y ocupaciones: procesos de perpetuación del sexismo. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 75-84.



# Conferencia: El amuleto crítico-epistemológico

Conference proceedings: The critical-epistemological amulet

---

Daniela Edelvis Testa

## Daniela Edelvis Testa

Doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires).

Magíster en Diseño y Gestión de Programas Sociales (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales).

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de San Martín).

Hospital José T. Borda (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

danitestu@yahoo.com.ar

## Resumen

El presente artículo corresponde a la participación de Daniela Testa en la Mesa Panel de Debate: *Compromiso ético y político en el contexto Sur: construcción de prácticas emancipatorias de Terapia Ocupacional.*, realizada en el marco del *Encuentro Terapias Ocupacionales desde el Sur. Praxis Latinoamericanas*, organizado por la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Santiago de Chile, entre el 30 de noviembre y el 1 y 2 de diciembre de 2018, en la ciudad de Santiago de Chile.

**Palabras clave:** Epistemología, Terapia Ocupacional, perspectiva crítica, Chile, Argentina.

## Abstract

*This article is a product of Daniela Testa's participation in the Discussion: Ethical and political commitment in the South: construction of emancipatory practices of Occupational Therapy, held within the framework of the Meeting Occupational Therapies from the South. Latin American praxis, organized by the School of Occupational Therapy at the University of Santiago de Chile, on November 30 and December 1 and 2, 2018, in the city of Santiago de Chile.*

**Key words:** Epistemology, Occupational Therapy, critical perspective, Chile, Argentina.

## Introducción

El presente artículo corresponde a mi participación en el Panel de Debate: *Compromiso ético y político en el contexto Sur: construcción de prácticas emancipatorias de Terapia Ocupacional*, el día 30 de noviembre de 2018, en el marco del *Encuentro Terapias Ocupacionales desde el Sur. Praxis Latinoamericanas*, realizado entre el 30 de noviembre y el 1 y 2 de diciembre de ese año, en la Universidad Santiago de Chile. La propuesta metodológica del evento incentivó la reflexión y el diálogo a partir de una serie de dispositivos e intervenciones que estimularon el intercambio desde el sur/al sur, entre participantes de países de la región. Mis reflexiones dialogaron con la previa exposición de Sandra Galheigo (Brasil) quien presentó algunas ideas y conceptos claves para la construcción de prácticas emancipatorias *desde-hacia y con*, el contexto territorial, el mundo de la vida cotidiana, los procesos de afirmación, resistencia y transformación, la producción de cuidado y los abordajes en clave de diversidad, en el contexto del sur. Compartimos la mesa con Daniela Albuquerque (Chile), que reflexionó sobre la relevancia de las epistemologías críticas y la posibilidad de los trans-saberes como un camino para la humanización y el potencial transformador de las intervenciones, y con Natalia Yujnovsky, (por el colectivo Intercátedras Santa Fe-Buenos Aires, Argentina), quien se refirió a las implicancias de las prácticas comunitarias en salud en cuanto a las dimensiones epistemológica, política, colectiva y subjetiva.

Me siento feliz y agradecida por haber sido parte de ese valioso espacio, pues me llenó de renovados significados y sentidos que, a continuación, comparto.

## El amuleto crítico-epistemológico

La construcción de prácticas *desde-hacia-con*, planteadas por Sandra Galheigo (2018), me remite a tres preguntas muy sencillas que se formulaban al momento de pensar en los procesos del hacer. Usualmente, se enunciaban enlazadas en la misma oración: ¿qué hago?, ¿cómo lo hago? y ¿para qué lo hago? (pronunciadas tanto en singular como en plural, luego se complementaban con otras: ¿con quién? y ¿dónde?).

Hoy, yendo hacia el pasado, considero que esas tres preguntas que me ayudaban a buscar la punta del ovillo cuando estaba ante una situación compleja, no obstante su aparente sencillez constituían una verdadera tríada de vigilancia crítica-epistemológica. Porque lo que estas preguntas me respondían, era siempre lo mismo: no hay recetas, es necesario construir sentido, no hay fórmulas ni protocolos, es necesario preguntarse. Entonces, si colocamos entre signos de interrogación las preposiciones *desde-hacia-con* para pensar la construcción de nuestras prácticas, se abren interrogantes que son transversales a los diferentes ámbitos y escenarios, ciertamente complejos e indeterminados, en los cuales traba-

jamus. Creo que la combinación de estas tres humildes preposiciones, podrían ser consideradas como *un amuleto crítico-epistemológico* para protegernos en estos tiempos difíciles, especialmente contra la reproducción acrítica, la resignación y la desesperanza.

Quiero destacar, al menos dos cosas que surgieron durante esta jornada de trabajo y que considero vale la pena enunciar. La primera es que discutir cómo podemos pensarnos desde el/los sur/es, implica comenzar por contextualizar. En ese sentido, es necesario hacer referencia al largo proceso que hizo posible que estemos aquí –va el reconocimiento por el camino recorrido y habilitado por nuestros “históricos”, especialmente Liliana Paganizzi de Argentina- que nos ha reunido hoy para pensar nuestras prácticas desde el sur y, explicitar que esta visión, implica reflexiones que no son puramente conceptuales sino que están asociadas a nuestras experiencias y saberes; y es ahí donde deseáramos poner el esfuerzo. La segunda cuestión va en relación a lo mucho que hemos hablado durante esta jornada sobre capitalismo, colonización y patriarcado.

Deseo concentrarme, entonces, en algunos de estos aspectos. Por un lado, me interesa destacar que el capitalismo puede ser caracterizado como una gran máquina depredatoria de energías. Dicha depredación consiste en la apropiación de toda forma de energía, involucrando la desposesión de los bienes comunes (y/o activos ambientales) vinculados al agua, el aire y la tierra, pero también de aquellas que están asociadas a las energías corporales. Otra cara de este sistema en el siglo XXI, es el énfasis en la construcción de sistemas de dispositivos de regulación de las sensaciones, que implica procesos y prácticas sociales que desencadenan aceptabilidad social (Scribano, 2009). Si se mapean las relaciones sociales, más allá de que todos sepamos que existen prácticas disruptivas contra-hegemónicas en todo el mundo, se encuentran formas de adecuación de las sensaciones que llevan a que algunas cosas sean aceptadas tal como son y no puedan ser pensadas de otra manera. Es así como se conforman los modos de sensibilidad social y de regulación de las emociones, los cuales se materializan en prácticas concretas (de hacer, trabajar, jugar, decir, nominar, recordar, olvidar, etc.) y regulan las emociones sobre el mundo (miedo, bronca, envidia, resignación, indignación, impotencia, felicidad, esperanza, optimismo). Estos modos de sensibilidad acompañan las acciones de rechazo, de repugnancia o de aceptación, etc. y se constituyen en mecanismos que vuelven *soportable* lo que podría ser *insoportable*. Muchas veces estos mecanismos obturan la conflictividad y restringen de ese modo la posibilidad de reaccionar ante un mundo cada vez más doloroso. Otras, provocan impulsos hacia la búsqueda de cambios (Scribano, 2009).

Otro aspecto de este sistema es la represión. No solamente la represión física, sino también los dispositivos que están aso-

ciados a las acciones de vigilancia frente al “otro” (xenofobia, el racismo, la misoginia, etc.) y, también, la represión ejercida por el Estado. Ayer (29/11/2018), lo vivimos en la Alameda, con las tanquetas hidrantes disparando contra personas que pedían justicia por Camilo Catrillanca<sup>1</sup>. Pudimos sentir la impotencia, la indignación, el dolor, las voces que se alzaban “que se sepa, mataron un mapuche”, poniendo un límite a lo insoportable. Como respuesta, la violencia ejercida desde el Estado, en un despliegue de hostigamiento. Experimentamos una práctica bien concreta de regular los límites de la sensibilidad social y la regulación de las sensaciones a través del miedo y del abuso de fuerzas.

En este panorama complejo, donde batallamos muchas veces con la resignación, la desesperanza, el mundo de los no, distintas formas de opresión, falta de recursos, etc. exacerbadas por las políticas de crueldad del neo-conservadurismo regional, nuestro campo de resistencia y de batalla, nuestra búsqueda de construcción de sentido, son las prácticas intersticiales. Pero, ¿qué significan esos intersticios? (acá la cosa se pone difícil, pero a no desesperar, porque contamos con nuestro amuleto crítico-epistemológico como ayuda para enfrentar adversidades). Primero, son pliegues. Justamente, es en esos pliegues donde se instalan dichas prácticas, porque la totalidad de la dominación, tal cual como se ha venido pensando hoy, no cierra totalmente; se pliega y, es precisamente en ese plegado donde aparecen otro tipo de prácticas. Por ejemplo, la reciprocidad, el disfrute y la esperanza, las lógicas de organización colectiva. La reciprocidad implica compartir, y compartir es partir algo entre todos. De este modo, el juego del reconocimiento implica la lógica del acompañamiento; es el reconocimiento del otro y el nosotros.

Voy a poner algunos ejemplos que nos van a permitir ver esto, que son comunes en Latinoamérica. Existen lo que se llaman empresas recuperadas, en las que se dan un sin número de prácticas de reciprocidad que tensionan el estatuto de mercancía del trabajo, dado que los trabajadores producen algo de manera colectiva y se genera un proceso cooperativo de reconocimiento. Claro, obviamente que no se trata de la revolución, sino que son prácticas que se constituyen como pliegues y no como rupturas (Scribano, 2009). Luego, otro ejemplo son las prácticas intersticiales de salud mental en el marco de las reformas de salud mental. En un nivel más cotidiano y cercano a mi experiencia personal, puedo referirme a los emprendimientos sociales que se desarrollan desde el Hospital Borda

1 Camilo Catrillanca, comunero mapuche, ex-dirigente estudiantil y participante en la recuperación de tierras en la región de La Araucanía, fue asesinado el 14 de noviembre de 2018. Recibió por la espalda un tiro en la cabeza, disparado por el sargento Carlos Alarcón, miembro del denominado “comando Jungla” de los Carabineros de Chile. Tenía 24 años. El hecho generó protestas populares y, al momento de esta publicación, aún se encuentra en proceso de investigación.

y que lograron constituirse en una política desde abajo hacia arriba. Por último, en una dimensión mucho más amplia, y que también me implica, incluyo a los colectivos de mujeres que luchan por ser dueñas de su propio cuerpo, y a favor de la libertad. Aceptar que todas, todos, todes, somos dueños de nuestro propio cuerpo produce una negación de la objetivación del cuerpo como mercancía. Y en esas prácticas hay un paso hacia el disfrute del cuerpo como propio y germina una política de los cuerpos que aloja las diversidades en un amplio abanico. La propuesta de este Encuentro nos invita a reflexionar para no ser meras gargantas reproductoras de otras voces; cultivar la lógica de pensar terapias ocupacionales que intenten percibir que el amor y el disfrute son prácticas sociales que desmienten, destituyen y desconfiguran el poder de la mercancía como dueña de nuestra vida (en el sentido del reconocimiento hacia el otro, desde la posición ética y crítica que venimos conversando desde la mañana).

Una apuesta por el conocimiento crítico necesariamente debe intentar asumir la multiplicidad de lo particular como perspectiva. Tal capacidad crítica solo podrá desarrollarse si logramos articular una voz desde donde nuestros pies pisan, desde nuestra posición en las relaciones de subalternidad. La necesidad de generar políticas y epistemologías de la localización, desde un posicionamiento donde la parcialidad -y no la universalidad- sea la pretensión (y el presupuesto) del conocimiento. En esa línea, las aportaciones de Donna Haraway (1995) nos hablan de un conocimiento encarnado, *in-corporado*, que comprometa las visiones totalizadoras. Su trabajo sobre los *conocimientos situados* llama a posicionar la visión parcial como el rasgo objetivo de las epistemologías feministas. Estas epistemologías potenciaron el reconocimiento de otros conocimientos como relevantes -lo cotidiano, lo artístico, lo religioso- y reconocieron como sujetos epistémicos a los que no eran considerados como tales (otros sexos, clases, etnias). Un punto nodal en las epistemologías feministas, en tanto trabajan con las ciencias sociales en particular, es que la teoría se hace a partir de las experiencias de quienes conocen. La experiencia es productora de conocimientos y producida por ellos, vivida por cada sujeto encarnado, sexuado y situado (Campagnoli, 2018).

Para finalizar quiero compartir una cita de Rita Segato (2018):

En la estricta división mundial del trabajo intelectual, somos consumidores pero nunca productores de pensamiento, de categoría teóricas. Lo impide una reserva de mercado de producción teórica. Pensar es para el Norte, repetir es para el Sur... ¿Y a qué se debe la estricta vigilancia sobre el teorizar? Al hecho de que quien teoriza formatea la realidad. Formular categorías es dar forma al cosmos, modelar el mundo y encaminar la historia. La capacidad teórica, la imaginación teórica es la más poderosa de todas las actividades humanas (p.90).

Entonces, podemos también preguntarnos: ¿para qué sirve la Terapia Ocupacional? ¿Qué produce y qué ofrece? y, quizá lo más importante, ¿para qué tipo de mundo produce y ofrece? Si imaginamos una Terapia Ocupacional que aporte perspectivas amplias y plurales sobre el mundo, el compromiso será con la emancipación y con la posibilidad de un mundo menos injusto y doloroso (Santos, 2009). Ello constituye, tal vez, el sentido más importante de nuestra imaginación teórica, un saber-hacer comprometido no sólo con juicios de verdad y eficiencia, sino también con criterios de sensibilidad, justicia, inclusión, equidad y respeto.

### Agradecimientos

A Karina Brovelli, por sus agudos comentarios. ■

[Recibido: 8/03/2019-Aprobado: 30/06/2019]

### Referencias bibliográficas

- Campagnoli, M. (2018). Epistemologías críticas feministas. Aproximaciones actuales. *Descentrada* 2 (2), e047. Recuperado de <http://www.descentrada.fahce.unlp.edu.ar/article/view/DESe047>.
- Galheigo, S. (30 de noviembre 2018). Compromiso ético y político en el contexto Sur: construcción de prácticas emancipatorias de Terapia Ocupacional. En Albuquerque D. y Guajardo A. (presidencia). *Encuentro Terapias Ocupacionales desde el Sur. Praxis Latinoamericanas*. Ponencia llevada a cabo en Universidad Santiago de Chile, Santiago de Chile, Chile.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Santos, B. (2009). *Una epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Distrito Federal: CLACSO y SIGLO XXI.
- Scribano, A. (2009). Una periodización intempestiva de las políticas de los cuerpos y emociones en la Argentina reciente, *Boletín Onteakén*, N°7, Recuperado de [www.accioncolectiva.com.ar](http://www.accioncolectiva.com.ar).
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo.

### Cómo citar este artículo:

Testa, D. E. (2019) El amuleto crítico-epistemológico. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 85-88.



# Proyecto de Investigación: Diseño, desarrollo y difusión de un protocolo de Terapia Ocupacional para intervención en el ciclo de desastres

Design, development and diffusion of an Occupational Therapy protocol for intervention in a disaster cycle

Rosana Ariño | Mariana Boffelli | María de los Milagros Demiryi | Carolina Erba | Analía Fontana | Cristian Quinteros

## Rosana Ariño

Licenciada en Terapia Ocupacional. Docente, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral.

rosana.arino@gmail.com

## Mariana Boffelli

Terapista Ocupacional. Docente, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral.

boffelli@fcb.unl.edu.ar

## María de los Milagros Demiryi

Terapista Ocupacional, Esp. en Docencia Entornos Virtuales-UNQUI y Esp. en Docencia Universitaria-UNL. Docente, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral

milagros.demiryi@gmail.com

## Carolina Erba

Licenciada en Terapia Ocupacional. Graduada, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral.

carolina.erba@gmail.com

## Analía Fontana

Licenciada en Terapia Ocupacional. Docente, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral.

anifontana@hotmail.com

## Cristian Quinteros

Licenciado en Tecnología Educativa, Analista en Informática Aplicada, Esp. en Informática y Tecnología Educativa. Docente, Facultad de Ingeniería y Ciencias Hídricas, Universidad Nacional del Litoral.

cquinteros@unl.edu.ar

## Resumen

La Terapia Ocupacional (TO) como profesión socio-sanitaria, viene afrontando la problemática de reducción de riesgos de desastres en distintos países del mundo, en Santa Fe, Argentina, a partir de la inundación del 2003, se han desarrollado investigaciones, intervenciones y capacitaciones sobre esta problemática emergente. Se considera el Marco de Sendai vigente para el período 2015-2030 (ONU, 2015) que plantea la urgencia de prever el riesgo de desastres con enfoque preventivo y multisectorial, planificar medidas, fortalecer la preparación e invertir en investigación. La experiencia acumulada por este equipo de profesionales e investigadoras, permite identificar la necesidad de contar con un instrumento que contenga pautas y criterios de intervención de TO para el ciclo de desastres que comprenda la prevención, mitigación, preparación, respuesta, recuperación y rehabilitación. Este equipo se ha propuesto elaborar un protocolo de TO para la intervención en el ciclo de desastres que vincule la relación entre la teoría de la profesión, la práctica y la investigación.

**Palabras clave:** desastres, protocolo, Terapia Ocupacional.

## Abstract

*Occupational Therapy as a socio-health profession has been tackling the problem of disaster risk reduction in different countries of the world. In Santa Fe, Argentina, since the flood of 2003, research, interventions and training upon this emerging problem have been developed. The current Sendai Framework for the period 2015-2030 (UN, 2015) is considered, which raises the urgency of anticipating disaster risk with a preventive and multisectorial approach, planning measures, strengthening preparedness and investing in research.*

*The experience accumulated by this team of professionals and researchers allows us to identify the need of an instrument which contains OT's intervention guidelines and criteria for the disaster cycle which includes prevention, mitigation, preparation, response, recovery and rehabilitation.*

*This team has proposed to develop an OT protocol for intervention at the disaster cycle, which will specify the relationship between the theory of the profession, practice and research.*

**Key words:** disasters, protocol, Occupational Therapy.

## Introducción

El incremento, la frecuencia y la intensidad de desastres ocurridos en distintas partes del mundo, afectan el bienestar, la salud y la seguridad de personas y comunidades. Pérdidas y daños constituyen evidencias empíricas de los desastres que indefectiblemente están asociados al riesgo como condición pre-existente.

Naciones Unidas (1989) definía a los desastres como: “*disrupciones del sistema ecológico humano que exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada para abordar los efectos y funcionar con normalidad*”. Se ha avanzado en conceptualizaciones que permiten afirmar que la mayoría de los desastres pueden preverse y/o prevenirse. Como fenómeno universal adquiere características locales y varía según la zona, además existe una relación entre el nivel de desarrollo socioeconómico de una comunidad y su perfil de desastre.

En Latinoamérica autores como Lavell (2006) revisa las discusiones históricas e identifica la evolución de las concepciones desde el predominio inicial de la perspectiva de las ciencias naturales, pasando a la perspectiva de la gestión social del riesgo y la vulnerabilidad, hasta la noción de abordaje interdisciplinar y con mayor énfasis en la contextualización socio-económica del riesgo y la vulnerabilidad.

Con respecto a esta última, es entendida como una de las dimensiones del riesgo de desastres, y constituye la forma en que se comportan y sufren grupos de personas, clases sociales, regiones y países ante el riesgo; que difieren según las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales e históricas. En cuanto a los riesgos, se construyen, son dinámicos y se distribuyen inequitativamente en tanto afectan de modo predominante a los sectores sociales más vulnerables.

## Marco Teórico

La reconstrucción bibliográfica sobre la temática, permite localizar las visiones hegemónicas de la perspectiva racionalista-tecnocrática, las críticas de la llamada *corriente alternativa* que relaciona el riesgo con la vulnerabilidad social, los diferentes aportes de las ciencias sociales: la antropología, la filosofía, la sociología con la escuela de vulnerabilidad (Blaikie, Cannon, David, Wisner, 1996; Lavell, 2006), los enfoques asociados con la geografía social de corte ecológico-humano, la escuela de la economía política y sus nexos con el enfoque antropológico-cultural, la teoría social del riesgo, el movimiento posmoderno (Beck, U. 2001) y la perspectiva socio cultural (Lozano Ascencio, C, 1995). Otras producciones comprenden diferentes enfoques y evidencias empíricas tanto a nivel mundial como latinoamericano (Bortorelli, 1997; Cardona, Bertoni, Gibbs, Hermelin, Lavell, 2010). La idea de riesgo asociada a la probabilidad que una amenaza se convierta en desastre, es compartida por todas las perspectivas.

En nuestro país, las investigaciones se han incrementado en los últimos años, contando con la reciente publicación de “Riesgos al Sur. Diversidad de riesgos de desastres en Argentina” (Viand y Briones, 2015). La Red de Estudios en Prevención de Desastres en América Latina sostiene que en la región, las actividades de reducción de vulnerabilidad y riesgo de desastre son aún muy incipientes (Linayo, 2012).

La Terapia Ocupacional como profesión socio-sanitaria, viene afrontando esta problemática a partir del Tsunami en Indonesia (2005), desarrollando el tema desde la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WOFT). Paralelamente en Santa Fe, a partir de la inundación del 2003, se han realizado investigaciones, intervenciones y capacitaciones de grado y posgrado a nivel local, nacional e internacional, en respuesta a la demanda y necesidad de profesionales de diferentes puntos del país y de Latinoamérica. La experiencia acumulada permite identificar que está pendiente la formulación de un instrumento que contenga pautas, criterios y normas de intervención de Terapia Ocupacional para el ciclo de desastres que comprende la prevención, mitigación, preparación, respuesta, recuperación y rehabilitación. Esta propuesta se sustenta en el Marco de Sendai (2015), el posicionamiento de la WFOT sobre los Derechos Humanos (2006), el enfoque sobre los Desplazamientos Humanos (2012) y el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (2014).

La revisión bibliográfica arroja la existencia de innumerables protocolos para diferentes áreas como la salud, la comunicación, la educación y la seguridad, entre otras. Terapia Ocupacional carece de un instrumento de este tipo pero posee producciones investigativas, documentos y experiencias sobre el tema. Internet es la principal puerta de acceso al conocimiento y a la información, ya que abre la posibilidad de potenciar y aprovechar el acervo antes mencionado, para la gestión de conocimientos (Castells, M. 2008). Incorporando nuevas herramientas y formas de intermediación e interactividad que están reconfigurando el espacio mediático. Esas relaciones y redes sociales o profesionales nos sitúan ante una nueva fase, por lo tanto, esta propuesta pretende utilizar los escenarios de alta disposición tecnológica para elaborar de manera colaborativa y participativa un protocolo de Terapia Ocupacional para la intervención en el ciclo de desastres, propiciando su difusión y accesibilidad. Disponer de un protocolo para la actuación en el ciclo de desastres, favorecerá intervenciones basadas en las mejores prácticas acorde a criterios validados por la comunidad de profesionales. Considerando que las sociedades mejor preparadas e instruidas son las que mejor enfrentan situaciones de riesgo de desastres, sufren menos pérdidas y se recuperan mejor.

## Objetivos

### Objetivo General

- Realizar un aporte para mejorar las intervenciones de Terapia Ocupacional en el ciclo de desastres.

### Objetivos Específicos

- Recopilar y analizar la documentación existente en la disciplina sobre intervención en ciclo de desastres.
- Identificar y valorar la evidencia científica y las mejores prácticas de Terapia Ocupacional en relación al tema.
- Elaborar un protocolo de Terapia Ocupacional para intervención en el mismo.
- Realizar la publicación y difusión del instrumento de Terapia Ocupacional para intervención en el ciclo de desastres.

## Metodología

Se realizará una investigación aplicada con enfoque mixto, que toma las contribuciones de la investigación constructivista y de la investigación crítica y adopta el tipo de diseño anidado concurrente. Se trata de una investigación de tipo metodológica por los requerimientos para la elaboración del protocolo. El proceso de protocolización que se aspira a cumplir comprende las siguientes fases que resultan de la adaptación de la propuesta realizada por Saura Llamas y Hernández (1996), a saber:

*1º. Fase de preparación:* Consiste en definir una estructura y un cuerpo de conocimientos suficientes sobre el ciclo de desastres y las intervenciones de Terapia Ocupacional que se van a protocolizar.

*2º. Fase de elaboración del documento:* Consiste en redactar un documento con todos los datos y conocimientos recogidos en la fase anterior, analizados y categorizados.

*3º. Fase de análisis crítico:* La discusión y el pilotaje del Protocolo, consiste en someter la estructura diseñada y la redacción a la discusión. Incorporando las sugerencias y modificaciones. El pilotaje del funcionamiento del mismo se realizará a medida que se produzcan intervenciones de Terapia Ocupacional en el tema, y se establecerán criterios para el monitoreo de aplicación.

*4º. Fase de difusión:* Consiste en difundir el protocolo, a los profesionales de Terapia Ocupacional. El proyecto contempla la utilización de escenarios de alta disposición tecnológica para la recolección de la documentación, para la fase de análisis crítico y para la difusión. La fase de análisis crítico tendrá características de proceso colaborativo y funcionará como primera instancia de validación acorde a criterios.

## Desarrollo

El proyecto de investigación, acreditado, aprobado y financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional del Litoral, se encuentra en su etapa inicial, nos interesa compartir el lanzamiento de esta experiencia que aspira a contar con la participación activa de los profesionales de distintas latitudes. Contempla además la utilización de escenarios de alta disposición tecnológica para la recolección de la documentación, para la fase de análisis crítico y para la difusión.

En cuanto al análisis crítico tendrá características de proceso colaborativo y funcionará como primera instancia de validación acorde a criterios.

Actualmente se encuentra en desarrollo la fase inicial, para la cual se han elaborado las siguientes metas: revisión bibliográfica, elaboración del marco teórico-metodológico, recopilación y revisión de información documental.

## Conclusión

Concebimos la ciencia al servicio de las poblaciones más necesitadas, enfatizando el fortalecimiento de esas comunidades para modificar situaciones de injusticia y desprotección.

Una de las limitaciones que afrontamos hacia adentro del campo disciplinar y profesional de la Terapia Ocupacional, es la dificultad para asumir esta problemática. La participación en Latinoamérica y en nuestro país, es aún limitada. Existe un posicionamiento político claro respecto de la ocupación como derecho, la justicia ocupacional y las diferentes formas de injusticia ocupacional que no se condice con las intervenciones sobre los riesgos que amenazan y hacen peligrar la vida y las ocupaciones de las personas.

En cuanto a los resultados esperados, se aspira a producir y disponer de un protocolo para la actuación en el ciclo de desastres, que favorezca las intervenciones de Terapia Ocupacional basadas en las mejores prácticas y validado por la comunidad de profesionales.

Este será el aporte específico en la generación de evidencia científica sobre herramientas prácticas para la prevención y mitigación de desastres y sobre el uso de recursos disponibles para la atención de salud y el bienestar de la población. ■

[Recibido : 29/05/18 – Aprobado:15/05/19]

## Referencias Bibliográficas

Almaguen Riverón, C. (2008). *El riesgo de desastre: una reflexión filosófica*. Disponible en: [https://scholar.google.com.ar/scholar?hl=es&as\\_sdt=0,5&as\\_vis=1&q=Almaguer+River%C3%B3n,+C.+2008+estudios+sobre+riesgos](https://scholar.google.com.ar/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1&q=Almaguer+River%C3%B3n,+C.+2008+estudios+sobre+riesgos). La Habana. Cuba.

- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2014). *Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. 3ra Edición.
- Beck, U. (2001). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Madrid, Ed. Piados.
- Bertorelli, G. (1997). *A diez años del Alud Torrencial ocurrido en el Limón, Maracay- Aragua, un fenómeno latente*. Maraven S.A. Disponible en: <http://www.geocities.com/rainforest/vines/7195/>
- Blaikie, P., Cannon, T., David, I. y Wisner, B. (1996). Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres. En: *La Red. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres de América Latina*. Lima. Disponible en: [http://www.desenredando.org/public/libros/1996/vesped/vesped-Intro\\_sep-09-2002.pdf](http://www.desenredando.org/public/libros/1996/vesped/vesped-Intro_sep-09-2002.pdf)
- Cardona, O., Bertoni, J., Gibbs, T., Hermelin, M. y Lavell, A. (2010). Conciencia para una vida mejor: desarrollando programas científicos regionales en áreas prioritarias para América Latina y el Caribe. En *Entendimiento y Gestión del Riesgo asociado a las amenazas naturales: un enfoque científico integral para América Latina y El Caribe. Vol.2*. ICSU- IAC. Oficina Regional del Consejo Internacional para la Ciencia. Río de Janeiro. Brasil.
- Castells, M. (2008). Comunicación, poder y contrapoder en la sociedad red (i). Los medios y la política. En *Telos: Cuadernos de comunicación e innovación, (74)*, 13-24. Disponible en: <http://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2012/07/120704.pdf>
- Lavell, A. (2006). *Apuntes para una reflexión institucional en países de la Subregión Andina sobre el enfoque de la Gestión del Riesgo*. Comunidad Andina. Proyecto PREDECAN. Lima, Perú. Disponible en: <http://www.comunidadandina.org/predecan/doc/r1/docAllan2.pdf>
- Linayo, A. (2012). Aproximaciones a la problemática de los desastres desde tres concepciones de la relación hombre-naturaleza. En: *Revista Arquetipo - Facultad de Arquitectura y Diseño de la Universidad Católica de Pereira UCP*. LA RED pp.40-48. Disponible en: [http://www.desenredando.org/public/2012/2012\\_A\\_Linayo\\_Articulo\\_RevistaArquetipo.pdf](http://www.desenredando.org/public/2012/2012_A_Linayo_Articulo_RevistaArquetipo.pdf)
- Lozano Ascencio, C. (1995). La construcción social del medio ambiente a partir de los acontecimientos catastróficos que lo destruyen. En *Revista de la Facultad de Ciencias de la Información UCM*, Madrid, Número extraordinario. 47-67 pp. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-16429/Lozano-CulturaRiesgoGlobal.pdf>
- Naciones Unidas (1989). *Década Internacional para la Reducción de Desastres Naturales*. Cuadragésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General. Resolución 44/236. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/es/documents/ag/res/44/list44.htm>
- Naciones Unidas (2015). *Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030*. UNISDR. Ginebra, Suiza. Disponible en: [www.unisdr.org](http://www.unisdr.org)
- Saura Llamas J. y Hernández P.S. (1996). Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. En *Revista Atención Primaria, Vol.18, nº 2*, Publicado por Elsevier. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-protocolos-clinicoscomo-se-construyen-propuesta-un-14307>
- Viand, J. y Briones, F. (compiladores) (2015). *Riesgos al Sur. Diversidad de riesgos de desastres en Argentina*. Edic. Red Latinoamericana en Estudios Sociales y Prevención de Desastres en América Latina- Imago Mundi. 1ª. ed. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.desenredando.org/public/2015/>
- World Federation of Occupational Therapists (2006). *Declaración de Posición sobre los Derechos Humanos*. Disponible en: [file:///D:/Mis%20Documentos/Downloads/Spanish%20HR%20Derechos%20Humanos%20FMTO%20150808\(3\)%20\(2\).pdf](file:///D:/Mis%20Documentos/Downloads/Spanish%20HR%20Derechos%20Humanos%20FMTO%20150808(3)%20(2).pdf)
- World Federation of Occupational Therapists (2012). *Declaración de Posicionamiento. Desplazamiento Humano*. Disponible en: <file:///D:/Mis%20Documentos/Downloads/Sp%20PP%20Human%20displacement%20revised%20131215.pdf>

#### Cómo citar este artículo:

Ariño, R., Boffelli, M., Demiryi, María., Erba, C., Fontana, A. y Quinteros, C. (2019). Proyecto de Investigación: Diseño, desarrollo y difusión de un protocolo de Terapia Ocupacional para intervención en el ciclo de desastres. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 89-92.



# Reseña: Travesti / una teoría lo suficientemente buena

Marlene Wayar. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Muchas Nueces, 2018, 124 páginas

Ayelén Daniela Bursztyn | Daniela Cerri

## Ayelén Daniela Bursztyn

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de San Martín)

bursztynaye@gmail.com

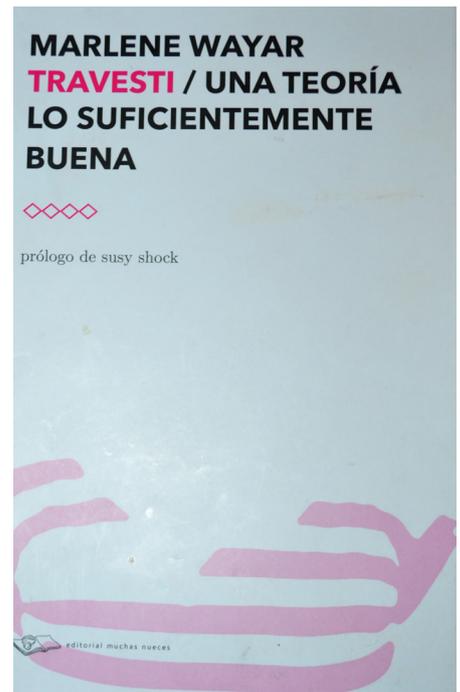
## Daniela Cerri

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de San Martín)

cerridaniela.to@gmail.com

Marlene Wayar (Octubre de 1968) es activista travesti por los Derechos Humanos y por las infancias libres. Es psicóloga social por la Universidad de las Madres de Plaza de Mayo y comunicadora social. Además es fundadora de la “Cooperativa Textil Nadia Echazú” y co-fundadora de La Red Trans de Latinoamérica y el Caribe “Silvia Rivera”. En su libro *Travesti / Una teoría lo suficientemente buena*, y desde su particular lugar de de-construir todo, Marlene plantea un modo colectivo de teorizar; invitando así a diferentes personas para dialogar y condimentar la teoría travesti-trans sudamericana. Interpela a sus lectores, busca interceptarlos en su lugar cómodo e invita a reconocerlos como seres que producen y reproducen subjetividades, y a ser responsables de sus actos tanto individuales como institucionales y colectivos. Plantea entonces construir una subjetividad empática, y con ella reflexionar de qué manera nos relacionamos, a repensar el amor responsable en todas sus vertientes, incluso en las formas en que se interviene y se piensa, por ejemplo, el sistema de salud actual. El libro es una invitación a comprometernos en nuestro accionar cotidiano, a reconocer y cuestionar los discursos hegemónicos.

La autora utiliza la expresión “tengo un cementerio en mi cabeza” (p.105) para visibilizar la historia y la realidad de las personas que no se sienten identificadas con su identidad de género asignada socialmente al nacer; entre ellas, las personas trans. Expresa su esfuerzo por generar otro camino posible para las infancias, para que no les toque vivir en un territorio contaminado, para no dejarles



como herencia esta pobreza. Visibiliza el fracaso del sistema heterosexual. Donde la historia es la construcción de unos pocos, en tanto la misma está conformada por las narrativas de otras personas, donde las trans (entre otras identidades), no son protagonistas. Las problemáticas son de género y son de clase. Las necesidades del colectivo travesti-trans son en relación a la vivienda, a la salud, al estudio. Es el fracaso de pensar a lo sexual como algo simplemente genital, el fracaso de la biología, del modelo médico hegemónico. Es el fracaso del capitalismo, del patriarcado. El fracaso de las familias sistematizadas, monogámicas, cisheteronormadas, donde ocurre el primer des-abrazo. Y es que la forma de hacer frente a este sistema lleno de fracasos, para Marlene, es encontrarnos amorosamente para no ser montones de

parcialidades rotas, ajenas a su deseo, ajenas a su cuerpo, ajenas a la realidad de la persona que tengo al lado. Toma a Susy Shock para decir: “No queremos ser más esta humanidad”. En este sentido, narra sobre la importancia de intervenir en la niñez, afirmando que es el tiempo donde podemos observar la potencia del encuentro y empatía mutua, sin ser cercenada aún por lo adulto; por un régimen heterosexista y adultocéntrico. Con posibilidades de proyectar. Porque la sociedad patologiza a las infancias trans, pero también la curiosidad y los modos de jugar. Con un inicio poético de Susy Shock (quien se define como artista trans sudaca), que narra el prólogo y con quien también nos encontramos en entrevistas plasmadas a lo largo del libro. Ellas ponen a relucir los privilegios de cada quien, para soltarlos, para exigir ser tenidas en cuenta como diseñadoras de otro mundo.

El primer capítulo, llamado Palabras de fuego. Teoría travesti-trans sudamericana, inicia la autora de manera individual. Wayar aborda el concepto de identidad, en donde no importa solamente preguntarnos quién soy (y que la respuesta sea una, ya existente y estable en el tiempo), sino quién no soy. Afirma que lo que no somos, nos define tanto o más que lo que sí somos. Es una invitación a desandarnos; primero decir todo aquello con lo que no nos identificamos, para encontrar claridad desde un modelo diferente.

Para el siguiente momento, en el capítulo El arte de re-sentir. Puentes transfronterizos entre lo oral y lo escrito, la autora realiza una entrevista a Claudia Rodríguez (poeta travesti chilena), en donde visibilizan experiencias vividas en primera persona y exponen su rabia hacia los diferentes modos que presenta la sociedad de ser cómplices, de callar, de delegar poder, de soportar éstas dinámicas, “Digo: nadie está obligado a volar pero tampoco –y esto sí está prohibido- nadie debería cercenarnos las alas a quienes queremos volar” (p.35).

Susy Shock regresa en el siguiente apartado, Rituales dialogados. Herramientas para una era post-alfabética, en donde se proyectan de manera colectiva hacia construir, fuera de la heterosexualidad, todas las alternativas.

Finalmente, el último capítulo Sin Eufemismos. Palabras vivas y vividas para una descolonización, es una entrevista realizada de la periodista Claudia Acuña, en donde el principal eje son los Derechos Humanos, la palabra hecha cuerpo. Se retoma un concepto que viene trayendo Marlene hace tiempo, el pensar a las trans, las travas, como sobrevivientes. Que son víctimas,

que lo han sido, pero politiza ese sufrimiento en búsqueda de leyes como modo de resarcimiento y reivindicación.

Las palabras de la autora (y del transfeminismo) son una invitación a revisar amorosamente nuestro accionar diario como profesionales de la salud; así como también desandar nuestras prácticas tan cómodamente instaladas. En palabras de Marlene Wayar “Digo, la identidad no se negocia, absolutamente con nada, ¿no?”(p.39). Romper con la cisnormatividad es un desafío, entendiendo que, de modo contrario, la presencia de personas que no se identifican con su género asignado socialmente al nacer es abordada dentro del campo de la salud, como una situación imprevista. “La falta de reconocimiento legal que las personas trans han vivido durante años ha sido una de las principales razones para que ésta población no tenga sus necesidades básicas cubiertas y sea un constante flanco de situaciones de discriminación” (Fundación Huésped, 2014, p.13), en tanto es urgente nuestro compromiso hacia la concreción de derechos de ciudadanía expuestos en la Ley de Identidad de Género 26.743 (2012).

La Terapia Ocupacional, tal como la deseamos, es una profesión por sobre todo sensible a la realidad social, que surge en Argentina ante una necesidad política y sanitaria. Generar entonces espacios de cuestionamiento colectivo es un accionar fundante hacia la batalla contra la vulneración de derechos. ●

[Recibido: 01/06/19- Aprobado: 20/07/19]

### Referencias bibliográficas:

- Wayar, M. (2018). *Travesti / una teoría lo suficientemente buena*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Muchas Nueves.
- Radi, B., Pecheny, M. y Bastera, M. (2018). *Travestis, mujeres transexuales y tribunales: hacer justicia en la CABA*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Jusbaire.
- Ley 26743, de 9 de mayo de 2012 (Boletín oficial de la República Argentina del 24.05.2012). Extraído de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormaBusquedaAvanzada/10199860/null>
- Fundación Huésped (2014). Ley de Identidad de Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Buenos Aires. Disponible en [https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar\\_2014\\_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf](https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf).

### Cómo citar este artículo:

Bursztyn A. y Cerri, D. (2019). Reseña: Travesti / una teoría lo suficientemente buena. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 93-94.



# Reseña: Posibilidades y límites de un trabajo más amable

Mónica Alicia Sagrera. Buenos Aires, Arenz & Antich Editores, 2018, 95 páginas

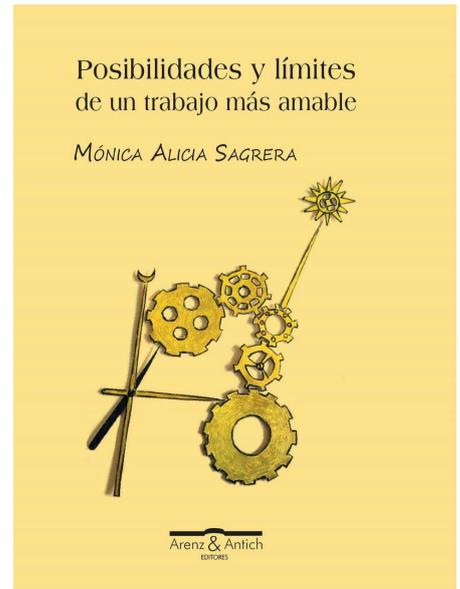
Mirta Di Sciascio

## Mirta Di Sciascio

Licenciada en Terapia Ocupacional (UNQ)  
Hospital José T. Borda  
mirtadisiascio@gmail.com

Nada en esta vida es casualidad. Concurso un cargo de Terapeuta Ocupacional del Servicio 48 del Hospital José Tiburcio Borda, cuando decide retirarse la licenciada Mónica Sagrera, quien, en ese mismo año, presenta su libro. Ocupo su escritorio en el consultorio 2 y al abrir sus cajones encontré lápices, hojas, escuadras. Con esos materiales entre mis manos sentí que me introducía en su historia y quise saber más de ella. Al recorrer las páginas del libro encontré ese mundo que está detrás de los renglones, cada palabra deja una huella de lo es, la historia del trabajo en comunidad, la reinserción o inserción laboral de las personas con padecimiento mental. Plasmarse en este libro su historia, nos permite entrar en un recorrido, que allana un posible camino, que debemos seguir transitando. Recordar a Miguel, Ariel, a la mensajería El Trébol, habla de un trabajo en interdisciplina e intersectorialidad. En este libro nos demuestra que cuando se establecen estrategias dirigidas a obtener una ocupación significativa, se hace en base a la representación que obra en las personas el trabajo, en algunos casos como fuente de sustentación económica y en otros como generador de relaciones sociales y culturales, para elegir un propio estilo de vida

*Posibilidades y límites de un trabajo más amable* tiene una lectura sencilla, historicista, digna de esa generación de terapeutas ocupacionales que, coordinadas en principio por Sara Daneri y luego por Marcela Capozzo, pusieron toda la energía en el trabajo interdisciplinario en el Hospital Borda.



La obra consta de seis capítulos, como marcando un punto y seguido en cada proceso.

En el primer capítulo nos narra la experiencia de lo que termina siendo una elección vocacional para una profesional. En sus inicios, como estudiante que debe trasladarse de su hogar para seguir una meta de formación. Luego, ya inserta en su profesión, hacia el año 1999, ser atravesada por los cambios que fortalecieron el trabajo en Terapia Ocupacional a partir de la reglamentación de la ley 448 de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta ley permite un despliegue de posibilidades de atención y por su relevancia le dio marco a la ley Nacional 26657. En el segundo capítulo, la creación de la Mensajería El Trébol. Real experiencia de autonomía laboral, gratificante, por los logros organizativos, y agotadora, porque no se trató solo de supervisión, también hubo que poner mucho tiempo

y trabajo personal para sostenerlo. En el capítulo tres, nos relata la experiencia de Arte sin Techo, experiencia más que fortalecedora donde estudiantes, muralistas y personas en situación de vulnerabilidad social, juntos, realizaban verdaderas obras artísticas en las paredes obsoletas de la ciudad. Arte sin Techo se convirtió en un espacio terapéutico de inclusión social, cultural, económica y de aprendizaje en oficios. La experiencia y responsabilidad asumida por el grupo en la distribución de revistas y diarios, les dio un marco organizativo al nivel de cualquier empresa del rubro.

El cuarto capítulo nos entrega el *Programa de empleo con apoyo*, que fuera presentado en la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad De Buenos Aires y logra resolución ministerial en el año 2011. En el quinto capítulo, narra la experiencia de acompañamiento y seguimiento de Miguel. Una persona que ya había pasado por varios de los emprendimientos de salud del servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda y es derivado a realizar tratamiento personal. Logró realizar múltiples actividades, como vender velas, capacitaciones en diversos cursos y carreras (como turismo, electricidad, gasista, entre otras). Tuvo una extensa historia ocupacional, sin embargo, de su razonamiento surgió la frase “Estoy detenido en el tiempo”. Allí es cuando decide experimentar un voluntariado. Lo hizo en la fundación Chacra de Buenos Aires, a la que se dedicó con grandes satisfacciones. Consigue un empleo en un bar dos veces por semana y el apoyo que le brindó la terapeuta fue constante. Cada vez se compromete a más y esos frutos no solo le reditúan en forma económica sino que fortalecen sus lazos familiares. El capítulo seis se podría resumir como

un torbellino de reflexiones. La búsqueda de condiciones laborales más favorables para sus pacientes hizo que se enfrentara con su propia historia de vida personal y familiar. De cómo una persona que nunca tuvo la necesidad de enfrentarse a la búsqueda laboral en inferioridad de condiciones, en este acompañamiento, se enfrenta y visualiza otra realidad, una que le resultaba no explorada y la anima a indagar en lo más profundo de su ser. Muestra su preocupación por el no reconocimiento de las condiciones de igualdad de las personas con discapacidad para trabajar, por el incumplimiento de la ley 26378 (2008) en su artículo 27 de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad (2006).

*Posibilidades y límites de un trabajo más amable*, nos permite observar como una terapeuta acompaña los procesos del hacer de personas con padecimientos mentales en múltiples escenarios y circunstancias. Su lectura es de interés para profesionales y estudiantes porque brinda perspectivas que ayudan a comprender las frecuentes barreras que franquean las personas en tratamiento de salud mental para lograr un empleo genuino. En el mismo sentido nos permite conjeturar y discutir acerca de los conflictos que surcan los profesionales, que ponen su empeño, en mejorar estas condiciones y no cuentan con un apoyo más macro e integrador. Si hablamos de inclusión psicosocial hablamos de multiplicidad de actores sociales, profesionales, comunales y ministeriales que deben aunar esfuerzos y capacidades, en un mismo sentido. ■

[Recibido: 18/04/19- Aprobado: 20/06/19]

---

#### Cómo citar este artículo:

Di Sciascio, M. (2019). Reseña: Posibilidades y límites de un trabajo más amable. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 95-96.