

# Revista Argentina de Terapia Ocupacional

# RA TO

Año 6 - Nº 2 - Julio 2020  
ISSN 2469-1143



---

**Revista Argentina de Terapia Ocupacional**  
**Año 6 - Nro 2**  
Julio 2020 - ISSN 2469-1143

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

Registro DNDA Nro en trámite

---

**COMISIÓN DIRECTIVA GESTIÓN 2018 - 2020**

**Presidenta:** Andrea Albino

**Vice presidenta:** Andrea Villagra

**Tesorera:** Sara Daneri

**Secretaria ejecutiva:** Natalia Javelier

**Secretaria científica:** Rosángela Forcat

**Vocal 1° Titular:** Diana Muras

**Vocal 2° Titular:** Silvina Montilla

**Vocal 3° Titular:** Marcela Battaglia

**Vocal 4° Titular:** Sandra Spampinato

**Vocal 1° Suplente:** Agostina Ciampa

**Vocal 2° Suplente:** Laura Perez

**1° Revisor de cuentas Titular:** Denise Díaz

**2° Revisor de cuentas Titular:** Hernán Laglaive

**3° Revisor de cuentas Titular:** Marcelo Esper

**1° Revisor de cuentas Suplente:** Diana García

**2° Revisor de cuentas Suplente:** Lucila Moreno

## Comité Editorial

**Editor Responsable:** Andrea Fabiana Albino

**Coordinación Editorial:** Daniela Edelvis Testa

**Coordinación Científica:** Silvia Narváez

**Coordinación Técnica:** Celina Mariscal

### Equipo Técnico

Florencia Itovich

Sabrina Belfi

Daniela Torrado

Alejandra García

Carolina Yael Acuña

### Revisión Técnica en Inglés

Susana Caillet-Bois

Verónica Williams

### Comité Científico

Claudia Battistoni

Fabiana Cacciavilani

Gustavo Reinoso

Magalí Risiga

Mariela Nabergoi

Marcelo Esper

Viviana Pradolini

María Inés Esteve

### Asesores Nacionales

Analía Zaccardi

Araceli Lopez

Carlota Vega

Claudia Rivelli

Diana García

Elisabeth Gomez Mengelberg

Julia Benassi

Marcela Capozzo

María Rosa Aussiere

Mariel Pellegrini

Marisa Alippi

Mercedes Beltrán

Natalia Yujnovsky

Sandra Spampinato

Sandra Westman

Rut Leegstra

Paola Marcellán

Paula Graizer

### Asesores de otras disciplinas

Carolina Ferrante

*(Socióloga)*

Karina Ramacciotti

*(Historiadora)*

Karina Brovelli

*(Trabajadora Social)*

María Marcela Bottinelli

*(Psicóloga)*

Victor Marchezini

*(Sociólogo)*

Carla Di Ieso

*(Trabajadora Social)*

### Diseño gráfico, diseño editorial, maquetación y puesta en página

Marcela Rossi

*rossim70@yahoo.com.ar*

### Asesores Internacionales

Cecilia Caillet-Bois

Alejandro Guajardo *(Chile)*

María Teresa Arista Rivera *(Perú)*

Simo Algado *(España)*

Fátima Oliver *(Brasil)*

Patricia Brogna *(México)*

### Asesoramiento informático

Juan Daneri

*jdaneri@lacuatro.com.ar*

### Diseño web

Julián Villalba

*juliancai94@gmail.com*

### Desafíos en tiempos de pandemia

Andrea Fabiana Albino | Carolina Yael Acuña | Berenise Carroli | María Agustina Ciampa | Melisa Florencia Olarte | Milagros Andrade

#### Andrea Fabiana Albino

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires  
Especialista en Metodología de la Investigación Científica, Universidad Nacional de Lanús. Docente e investigadora de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Nacional de San Martín. Investigadora en la Universidad Nacional de Lanús. Coordinadora de equipo interdisciplinario especializado en niños y adolescentes. Presidenta de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales  
afalbino@hotmail.com

#### Carolina Yael Acuña

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes.  
Especialista en Patologías y Terapéuticas de la Niñez, Universidad de Buenos Aires. Certificada en Integración Sensorial, Universidad del Sur de California. Maestranda en Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Nacional de Quilmes.  
carolina.acu@outlook.com

#### Berenise Carroli

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Abierta Interamericana.  
Trabajo en el Centro Rosarino de Estudios Perinatales y en la Universidad del Gran Rosario.  
tobcarroli@gmail.com

#### María Agustina Ciampa

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires.  
Especialista de Empleo, Universidad de Dartmouth. Doctoranda en Psicología (UMAI). Terapeuta ocupacional de INECO e INFF. Docente de la Universidad Abierta Interamericana, Universidad Juan Agustín Maza y Universidad Favaloro. Delegada Argentina ante la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT).  
agostina.ciampa@gmail.com

Durante la edición de este número de la Revista Argentina de Terapia Ocupacional (RATO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad Covid-19 como una pandemia. A nivel mundial se agudizaron las diferencias entre los países con mayores y menores recursos, y se profundizó la desigualdad social, lo que resultó en desafiantes escenarios para la vida diaria y el cuidado de la salud. En Argentina, tanto el Covid-19 como otras enfermedades como el dengue afectan principalmente a los sectores de más bajos recursos económicos, que viven en contexto de hacinamiento y en situaciones de vulnerabilidad. El 20 de marzo, el Poder Ejecutivo de la Nación determinó por Decreto de Necesidad y Urgencia 297/2020 el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) en la República Argentina como principal medida para frenar la rápida diseminación del virus, preservar la vida y evitar el colapso del precarizado sistema de salud. Estas medidas impactaron en la vida diaria, la salud y el bienestar de individuos y comunidades. En este contexto, las rutinas y las formas en la que se realizan las ocupaciones cambiaron radicalmente; permanecer “en casa” trajo consigo aspectos positivos como poder flexibilizar el ritmo de actividad, pasar más tiempo con la familia y realizar ocupaciones significativas, pero también implicó aspectos negativos como la sobrecarga de actividades. Es para destacar el impacto de la situación de encierro en la salud mental, la escalada de hechos de violencia de género y la desfavorable situación económica de los trabajadores, particularmente de aquellos que se desempeñan en empleos informales.

Se modificaron los modos de hacer y la virtualidad fue tomando un rol central, desdibujando las nociones de espacialidad y temporalidad de las ocupaciones y rutinas. Si bien en el contexto de ASPO la virtualidad permitió sostener la educación, el trabajo, la participación social, entre otras áreas de desempeño, también limitó la participación de quienes no cuentan con los recursos y el acceso a la tecnología. Terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud debieron adecuar sus prestaciones a la modalidad de teletrabajo, hasta este momento poco usado en Argentina por Terapia Ocupacional, pero con antecedentes en relación a su efectividad en otros países. La implementación del teletrabajo fue en muchos aspectos sorprendente, permitió ingresar al hogar de usuarios y usuarias, realizar intervenciones contextualizadas con mayor precisión y destinar más tiempo a la orientación y acompañamiento de la familia, en relación a los objetivos planteados como así también en las situaciones emergentes del contexto actual. Para la adaptación a

<sup>1</sup> Durante este periodo, la AATO organizó grupos de trabajo para reflexionar sobre el momento actual y elaborar documentos de posicionamiento y de análisis. Los temas centrales en los que se está trabajando son el teletrabajo, las modificaciones en las rutinas, las demandas de usuarias y usuarios, la realidad laboral del ejercicio profesional durante la pandemia y la realidad de las y los terapeutas ocupacionales. Algunos de los ejes de discusión de estos grupos se han incorporado en esta editorial.

**Melisa Florencia Olarte**

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad del Salvador.

melisa.olarte@usal.edu.ar

**Milagros Andrade**

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Ex concurrente del Instituto de rehabilitación psicofísica (Irep)

milagroaeandrade@gmail.com

revistatoargentina@gmail.com

esta modalidad fue necesario elaborar material específico y jornadas de trabajo equivalentes o superiores a la modalidad presencial. Sin embargo, surgieron resistencias por parte de organismos privados y públicos que administran el pago de las prestaciones de servicios de salud al momento de reconocer el teletrabajo y su justa remuneración, como así también por parte de los responsables de algunas instituciones y lugares de trabajo. Esto generó tensiones entre trabajadores de la salud y empleadores, y profundizó la inestabilidad laboral.

Quienes debieron sostener prestaciones presenciales por las características de sus ámbitos de ejercicio profesional, tuvieron que adaptar las formas o modos de hacer habituales, cumplir con protocolos de bioseguridad y utilizar elementos de protección personal que en muchos casos no están siendo garantizados por los empleadores.

El contexto actual exige la participación activa del colectivo de terapeutas ocupacionales como agentes sociales, co-construyendo redes en la comunidad en pos de la defensa de los derechos de todas las personas a tener un trabajo digno, acceso a la salud, educación y vivienda. Al mismo tiempo, la tarea de registrar, sistematizar y reflexionar sobre las experiencias, los modos de intervenir, y observar la forma en la que las personas se relacionan entre sí, con las cosas y con la ocupación nos permitirá contribuir al desarrollo de conocimiento. Las investigaciones situadas y contextualizadas que respondan a las necesidades locales y visibilicen la práctica profesional harán valiosos aportes a la disciplina. Aportes con los que esperamos contar en las próximas ediciones de la RATO.

En este número, Carla Regina Silva e Isadora Cardinalli comparten *Reflexiones sobre actividad, cotidiano, ocupación y otros términos utilizados en Congresos Brasileños de Terapia Ocupacional*, y resaltan la importancia de presentar significados, conceptos y referencias teórico metodológicas, así como considerar las cuestiones históricas y socioculturales que subyacen a la Terapia Ocupacional y su construcción de conocimiento.

El estudio presentado por Gema Garrido Martínez y David Pérez Cruzado sobre *Alteraciones del equilibrio en el envejecimiento en personas con discapacidad intelectual (DI)* propone conocer sobre las modificaciones del equilibrio durante el envejecimiento y observar la relación existente entre equilibrio y las variables antropométricas de las personas con DI.

Ana Thuiza de Sousa Ferreira y Gabriela Dantas Carvalho en su trabajo *Evaluación del desempeño ocupacional de pacientes amputados en un hospital de emergencia en Teresina-Pi*, realizan un análisis cualitativo del desempeño ocupacional de los amputados en la extremidad inferior en un Hospital de Urgencia.

Andrea Portela, Julieta Giantinoto, Julieta Briglia, Ayelén Daniela Bursztyn, Julieta Jeroncich y Aldana Maiani presentan *Violencia hacia las mujeres en el ámbito del ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional*, y realizan un análisis de relatos sobre la violencia simbólica y económica en los lugares de trabajo.

María Julia Xifra en su trabajo *Estereotipos, Factores psíquicos protectores, y Apoyo social percibido en personas mayores hacedoras y receptoras de la ciudad de Mar del Plata*, analiza las diferencias respecto de los factores psíquicos protectores, los estereotipos negativos hacia la vejez y el apoyo social percibido, comparando dos grupos de personas mayores.

Otro estudio presentado es sobre *El vínculo terapéutico desde la perspectiva de los profesionales de Terapia Ocupacional y los usuarios, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, en el que Giselle Mariel Bardessono, Carla Noelia Mondelo y Florencia Inés Lungarzo reflexionan acerca de la importancia del vínculo terapéutico y las estrategias de intervención durante el proceso de Terapia Ocupacional.

María Victoria Araujo, en su artículo *Emprendimientos que producen lo social: la fractura entre el mundo del trabajo y el mundo de la asistencia en Salud Mental*, destaca la importancia de crear dispositivos laborales que fomenten y garanticen la autonomía de las personas con padecimiento mental y que se instituyan como alternativas reales frente al manicomio.

La colega María Guadalupe Díaz Usandivaras, realiza su aporte sobre el tema *Daño Cerebral Adquirido, su complejidad en las*

*distintas etapas y la vida después de la rehabilitación*, donde hace hincapié en el desafío que implica la reinserción social para estos pacientes.

Se incluye también, la Conferencia sobre *Grupalidades, instituciones, experiencia*, de Anabel Arias y Silvana Suppo, la cual formó parte de las presentaciones que se realizaron en las II Jornadas "Diálogos y experiencias en salud mental: Desafíos actuales en la región del Litoral» el 22 y 23 de noviembre de 2019 en la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

Mariana Sirianni realizó la reseña sobre el libro *Terapia Ocupacional Comunitaria* de Inmaculada Zango Martín editado en Madrid, 2017 un gran aporte para terapeutas ocupacionales y otros profesionales del ámbito socio sanitario.

Invitamos a leer las presentaciones reunidas en este número y esperamos las disfruten. ●

---

#### Cómo citar esta editorial:

Albino A.F., Acuña C.Y., Carroli B., Ciampa M.A., Olarte M.F., Andrade M. (2020). Desafíos en tiempos de pandemia. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 3-5.

## Reflexiones sobre actividad, cotidiano, ocupación y otros términos utilizados en Congresos Brasileños de Terapia Ocupacional

Reflections on activity, daily life, occupation and other terms used at Brazilian Congress on Occupational Therapy

Jéssica Cristina Von Poellnitz | Carla Regina Silva | Isadora Cardinalli

### Jéssica Cristina Von Poellnitz

Terapeuta Ocupacional. Universidad Federal de São Carlos. Magíster en Terapia Ocupacional. Universidad Federal de São Carlos. Terapeuta Ocupacional en Hospital Infantil Boldrini. Miembro del Grupo de Investigación Actividades Humanas y Terapia Ocupacional.

poellnitz.jessica@gmail.com

### Carla Regina Silva

Terapeuta Ocupacional. Magíster y Doctorado en Educación. Universidad Federal de São Carlos. Profesora adjunta. Departamento de Terapia Ocupacional y Programa de Pos-Grado en Terapia Ocupacional. Universidad Federal de São Carlos. Líder del Grupo de Investigación Actividades Humanas y Terapia Ocupacional.

carlars@ufscar.br.

### Isadora Cardinalli

Terapeuta Ocupacional. Universidad Federal de São Carlos. Magíster y Doctoranda en Terapia Ocupacional. Universidad Federal de São Carlos. Miembro del Grupo de Investigación Actividades Humanas y Terapia Ocupacional.

isadora.cardinalli@gmail.com.

### Resumen

**Introducción.** La autonomía de las profesiones está relacionada con su capacidad de constituir enunciados, discursos y conceptos que subyacen a sus teorías y prácticas. Este artículo resulta de una investigación que tuvo como uno de sus objetivos específicos identificar los términos nucleares empleados por terapeutas ocupacionales investigadores; y para reflexionar sobre sus aplicaciones en los trabajos presentados en el evento más importante de Terapia Ocupacional en Brasil. **Materiales y métodos.** Se realizó un mapeo de todos/as los/las investigadores/as terapeutas ocupacionales con maestría y/o doctorado, participantes de grupos de investigación, con currículos registrados en plataformas oficiales nacionales. Desde ese mapeo, se analizaron los términos utilizados en los títulos de los trabajos presentados y publicados en los Congresos Brasileños de Terapia Ocupacional (1989-2015). **Resultados.** Fue posible contabilizar las publicaciones, identificar los términos, verificar sus ocurrencias cuantitativas y cualitativas y analizar algunas influencias del campo. A partir de los resultados, se observa la diversidad de los términos, con predilección por la actividad y sus adjetivaciones. **Conclusiones.** Se resalta la importancia de presentar significados, conceptos y referencias teórico metodológicas para evitar equívocos, asociaciones e interpretaciones que dificultan, e interfieren la comprensión en la Terapia Ocupacional. Además, es necesario comprender los factores que influyen la adopción de los términos, conceptos y sus cambios de sentido, así como considerar las cuestiones históricas y socioculturales que subyacen a la Terapia Ocupacional y su construcción de conocimiento.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, bibliometría, práctica profesional, grupos de investigación.

### Abstract

**Introduction.** The autonomy of the professions is related to their capacity to constitute statements, discourses and concepts that underlie their theories and practices. **Objective.** This article is the result of an investigation that had as one of its specific objectives to identify the nuclear terms used by occupational therapist researchers; also, to reflect on its applications in the works presented at the most important Occupational Therapy event in Brazil. **Materials and methods.** A mapping of all the occupational therapists and researchers with master's and/or doctoral degrees, participants in research groups, was carried out, as is their CVs registered on official national platforms. From this mapping, the terms used in the titles of the works presented and published in the Brazilian Congresses of Occupational Therapy (1989-2015) were analyzed. **Results.** It was possible to count the publications, identify the terms, verify their quantitative and qualitative occurrences and analyse some field influences. From the results, it is observed the diversity of the terms, with a predilection for the activity and its adjectives. **Conclusions.** The importance of presenting meanings, concepts and methodological theoretical references is highlighted to avoid misunderstandings, associations and interpretations that hinder and interfere with understanding in Occupational Therapy. In addition, it is necessary to understand the factors that influence the adoption of the terms, concepts and their changes of meaning, as well as to consider the historical and sociocultural issues that underlie Occupational Therapy and its construction of knowledge.

**Key words:** Occupational Therapy, bibliometric, professional practice, research group.

## Introducción

La provocación de Saramago (2003) “conoces el nombre que te has dado, no conoces el nombre que tienes” nos conduce a pensar en la cuestión del lenguaje. El lenguaje surgió a partir de la necesidad humana de vivir en grupo y de comunicarse. Para que el lenguaje se consolidara y la comunicación pudiera ser establecida, fueron necesarios procesos de simplificación, esquematización y nombramiento a través de las palabras. De ese modo, el lenguaje reduce lo que es múltiple a una unidad, produciendo abreviaturas que permiten su entendimiento entre determinado grupo (Mosé, 2014).

El establecimiento de tales unidades está relacionado con los significados que poseen en su contexto, o sea, se trata “de cómo damos sentido a lo que somos y lo que nos sucede, de cómo correlacionamos las palabras y las cosas, de cómo nombramos lo que vemos o lo que sentimos y de cómo vemos o sentimos lo que nombramos” (Bondía, 2002, p.21).

El lenguaje es el resultado de un juego de fuerzas, así como, es nombrado por Nietzsche, la voluntad de potencia, que se caracteriza por una interpretación provisional, producto de ese juego de fuerzas, de la lucha por el dominio. Disputa ininterrumpida y constante, siempre permitiendo la (re)construcción y la transformación (Mosé, 2014).

De esta manera, el lenguaje se forma a partir de algunos elementos, como los términos y los conceptos. Los términos son palabras que designan una expresión que está ligada a los conceptos, o pueden ser expresiones que forman el vocabulario de un campo de saber específico (Barros, 2016).

Los conceptos se caracterizan por ser “la bien delineada idea que es evocada a partir de una palabra o expresión verbal que pasa, desde entonces, a ser operado sistemáticamente dentro de cierto campo de saber o de prácticas específicas” (Barros, 2016, p.26). Él puede ser interpretado de diferentes maneras en las diversas áreas del conocimiento, coexistiendo múltiples variaciones y significados (Barros, 2016).

Entonces, se crea una diversidad de términos, una polisemia de conceptos, cuyos significados están en constante cambio e influencia de los campos y contextos socio-históricos de una realidad.

Se resalta que para conocer los usos de determinados términos en un campo de saber específico y comprender las concepciones, interpretaciones y significados relacionados a ellos, es necesario investigar las construcciones teórico-prácticas producidas y elucidar los juegos de fuerzas involucradas.

Uno de los espacios fundamentales para los debates científicos y cambios de prácticas y saberes son los eventos de la Terapia Ocupacional. Esos espacios son considerados centrales para la apreciación, los intercambios y como referencia de la producción de conocimientos de la disciplina/profesión. Además de que, las/los investigadoras/es terapeutas ocupacionales tienen mayor inversión desde el punto de vista numérico en este formato de

producción, pues poseen más trabajos presentados y publicados en los eventos que en otras modalidades (Cardinali, 2017).

El propósito de este artículo es presentar resultados de una investigación de maestría (Poellnitz, 2018) que identificó los empleos de los términos utilizados por las/os investigadoras/es terapeutas ocupacionales en los Congresos Brasileños de Terapia Ocupacional, considerado como el mayor evento nacional del área (15 ediciones de 1989 a 2017). Considerando la importancia de los estudios que contribuyen con la discusión epistemológica, de las terminologías y de las conceptualizaciones y sus profundizaciones para la Terapia Ocupacional, en especial para el conocimiento producido en Latinoamérica.

## Materiales y métodos

Se realizó un mapeo de los grupos de investigación de Terapia Ocupacional de Brasil, entre agosto y septiembre de 2016, en la página del Directorio de Grupos de Investigación del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), utilizando como palabra clave “Terapia Ocupacional” para: nombre del grupo, línea de búsqueda y palabras clave. Los criterios de inclusión para la selección de los grupos fueron: grupos actualizados y certificados por la institución (en los últimos 12 meses) y presentar al menos un terapeuta ocupacional como líder.

Posteriormente, se efectuó un mapeo de las/los investigadoras/es que componían los grupos de investigación seleccionados. Fueron considerados aquellos pertenecientes al área de Terapia Ocupacional, con titulación mínima de maestría. Se excluyeron investigadores de las demás áreas y con titulación de grado o de especialización solamente. Además, los datos duplicados fueron contabilizados una única vez.

La elección por investigadores surgió del interés en las producciones de conocimiento académicas que sustentan las prácticas de Terapia Ocupacional. Además, de acuerdo con la realidad académica, las/los investigadores son en su gran mayoría profesoras/es que fomentan los marco teóricos y metodológicos para la formación de las prácticas profesionales.

A continuación, se consultó los currículos de las/los investigadoras/es registrados en la *Plataforma Lattes* del CNPq (<http://lattes.cnpq.br/>) para la recolección de sus publicaciones en los Congresos Brasileños de Terapia Ocupacional - CBTO, entre los años 1989 a 2015.

Toda la información recogida fue sistematizada en hojas de cálculo en Excel® que contribuyó a la planificación, tabulación y cruce de datos.

Se resalta que la confiabilidad de los resultados presentados dependía de la actualización de los datos realizadas por las/los propias/os investigadoras/es. Sin embargo, consideramos que todo/a investigador/a activo/a tiene el compromiso de actualizar sus datos.



A partir de las publicaciones encontradas, se buscó en sus títulos los siguientes términos: *actividad, cotidiano, hacer, ocupación, trabajo, recurso, praxis, tecnología y acción*, y sus variaciones en el plural. Para la selección de esos términos fue considerado histórico de la Terapia Ocupacional de Brasil y estudios que presentan esos términos como constituyentes de la disciplina (Poellnitz, 2018, Salles & Matsukura, 2016, Lima, Okuma & Pastore, 2013).

A partir de los datos fue posible: 1) contabilizar la inversión de las/os investigadoras/es en realizar publicaciones en el CBTO; 2) asignar los términos presentados en los títulos de los trabajos presentados y publicados; 3) identificar y cuantificar los términos en referencias teórico-prácticas de Terapia Ocupacional (Poellnitz, 2018).

El presente artículo no se propone realizar un análisis de contenido de los términos, sino que presenta un panorama de los usos, sus posibles cuantificaciones a lo largo del tiempo y reflexiones de sobre las calificaciones presentes en los términos. Se considera que hubo polisemia de los significados empleados, usos de palabras distintas con los mismos significados y uso de mismas palabras con significados distintos para nombrar los procesos teóricos y prácticos en la Terapia Ocupacional.

### Resultados

Se encontraron 69 grupos de investigación, pero 33 fueron considerados según los criterios de inclusión. En lo que se refiere a los nombres de los grupos de investigación: 14 (42%) presentaron alguno de los términos de búsqueda, siendo que el más presente fue *tecnología*, seguido de *actividad, acción y ocupación*; los términos *trabajo y cotidiano* aparecieron sólo una vez.

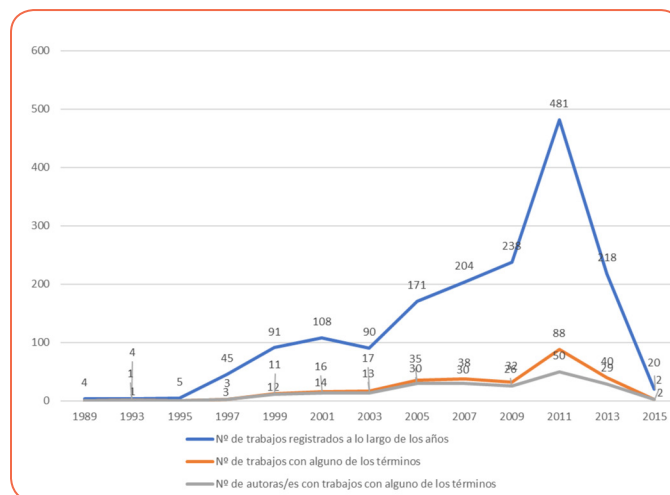
Las líneas de investigación suman un total de 112, ellas variaron su concentración en los grupos entre una y siete, con la media de 3.4 por grupo. Existen 36 líneas (32%) con al menos uno de los términos de búsqueda en el título: *ocupación, tecnología, acción, actividad, trabajo y cotidiano* en orden decreciente.

De acuerdo con los criterios de inclusión, fueran mapeadas/os 178 investigadoras/es participantes de los grupos de investigación. La mayor concentración de investigadoras/es (111) posee entre 1 y 10 publicaciones a lo largo de los años; 24 no presentaron ningún registro de publicación en CBTO; 22 presentan más de 20 trabajos publicados en el período, siendo que la investigadora con más registros tiene 69 trabajos; y los demás (21) poseen entre 11 y 20 publicaciones. Considerando la gran mayoría de investigadoras mujeres (91%) serán utilizados primero la contracción del género femenino para referirnos al total de terapeutas ocupacionales.

Fue posible obtener la suma de 1.679 publicaciones entre los años 1989 y 2015. Este valor no se refiere al número fiel de publicaciones, pues fueron consideradas a partir de cada autora/investigadora, desconsiderando las coautorías, de modo que el mismo trabajo pudo haber sido contabilizado más de una vez.

Entre las/los 154 investigadoras/es que en alguno de los años publicó en el CBTO, el número de trabajos presentados estuvo entre 1 y 69, siendo el promedio de 10.9. Entre las/los investigadoras/es 126 (82%) presentaron al menos un trabajo que contenía uno de los términos de búsqueda (Figura 1).

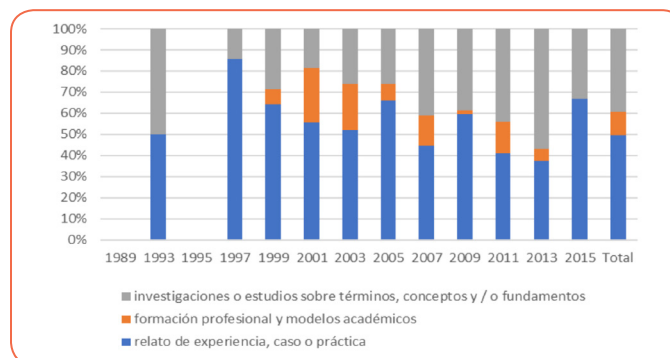
Figura 1 – Relación entre trabajos registrados, trabajos con los términos buscados en los títulos y numero de autoras/es



Fuente: elaboración propia basada en los datos obtenidos en el estudio

Para categorizar todos los 441 trabajos que tenían al menos un término de los buscados, creamos tres categorías: i) relato de experiencia, caso o práctica, con mayor concentración 219 (49.7%) en total; ii) formación profesional y modelos académicos, con un total de 49 (11.1%); iii) investigaciones o estudios sobre términos, conceptos, marco teórico y/o fundamentos en la Terapia Ocupacional con 173 trabajos (39.2%). (Figura 2).

Figura 2 – Clasificación de los trabajos por categoría de análisis (por año)

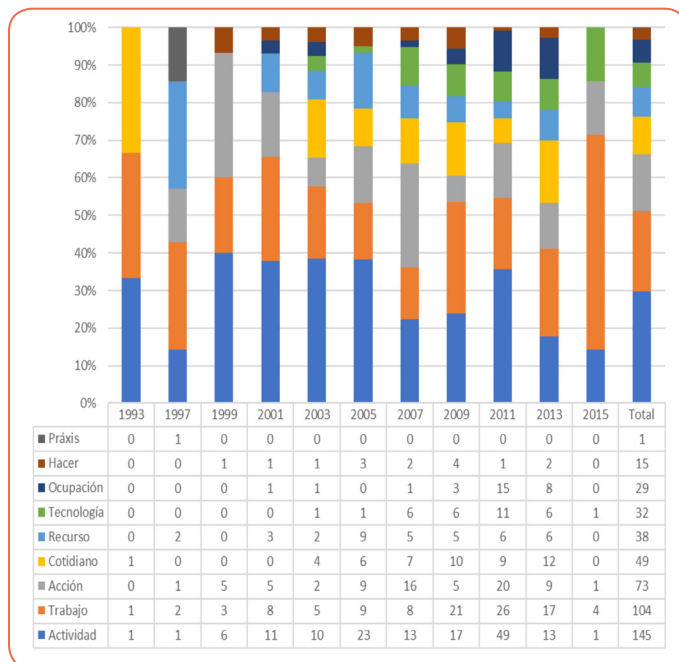


Fuente: elaboración propia basada en los datos obtenidos en el estudio

Los términos de búsqueda fueron utilizados 486 veces en los títulos de 441 trabajos presentados por las/los investigadoras/es seleccionados, en todos los CBTO, excepto en los años 1989 y 1995. A lo largo de los años, la comparación entre el número de trabajos totales y los trabajos con los términos escogidos, osciló entre 15% y 50%. Siendo que, después de 2001 esa relación tiene un promedio del 27%, con poca variación.

A continuación, se presentan las ocurrencias y frecuencias de uso de los términos a lo largo de los años (Figura 3).

**Figura 3 – Ocurrencias y frecuencias de los términos en las publicaciones del CBTO por año**



Fuente: elaboración propia basada en los datos obtenidos en el estudio

El uso del término *actividad* en las publicaciones se destaca si se lo compara con los demás. Tal como se observó en la literatura, Lima, Pastore & Okuma (2011) investigaron el modo en que el concepto de *actividad* ha sido pensado y teorizado en las revistas de Terapia Ocupacional brasileñas, entre los años 1990 y 2008. Ellas identificaron cuáles términos y en qué medida han sido utilizados por las/los terapeutas ocupacionales, refiriéndose a ellos como instrumentos de intervención de la profesión. Las autoras afirman que, entre los términos encontrados, *actividad* aparece en el 91% de las publicaciones seleccionadas, seguido por hacer (43%), acción (37%) y ocupación (17%). Lo que evidencia la mayor utilización del término actividad en el período (Lima, Pastore & Okuma, 2011).

El término *actividad* fue el más citado en los títulos de los trabajos componiendo el 30% de todos los trabajos con algún término (145/486). En el otro 59% estuvo asociado a otras palabras, siendo utilizadas 29 formas diferentes de nombrar o calificar el término actividad, la mayoría de ellas se utilizan para adjetivar el término *actividad*. Sus usos se encuentran bien dispersos a lo largo del tiempo (Tabla 1).

**Tabla 1: El término actividad y sus derivados presentados en los títulos de los trabajos en los CBTO por año**

Término/Año	1993	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	Total
<i>Actividad</i>			2	4	6	12	7	9	12	8		60
<i>de la vida diaria</i>	1			1	1	2	2	2	2	2	1	14
<i>cotidiana</i>							1		6	3		10
<i>lúdica</i>						1	1		4			6
<i>artística</i>			3	2								5
<i>humana</i>					2			2	1			5
<i>ocio</i>									5			5
<i>grupal</i>									5			5
<i>complementaria</i>						3	1					4
<i>expresiva</i>						3		1				4
<i>Intergeneracional</i>								3				3
<i>científica</i>									3			3
<i>diaria</i>									2			2
<i>práctica</i>									2			2
<i>docente</i>				2								2
Otros		1	1	2	1	2	1	0	7	0	0	15
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>49</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>145</b>

Fuente: elaboración propia basada en los datos obtenidos en el estudio. Los términos fueron contabilizados independientemente de la presentación singular o plural.

Los términos que se presentaron una sola vez asociados al término actividades fueron: cultural, técnica y científica; proyectiva; extracurricular; psicomotor; expresivas y artísticas; generación de ingresos; académica; productiva; preventivas y educativas; cuerpo; vigilancia; autocuidado y ocio; deportes; rutina; vida cotidiana.

## Discusión

La diversidad de usos asociados con el término actividad demuestra una variedad lingüística, conceptual, cultural y también representativa, pues, aunque se están presentando los datos que componen un recorte de un grupo específico de terapeutas ocupacionales, se puede observar una gama de usos para el término.

Las palabras vinculadas a la actividad variaron desde términos más comunes como: “vida diaria”, “humana” que representan conceptos ya definidos y reconocidos en Terapia Ocupacional. Otras derivaciones se refieren a la *actividad* en relación con las prácticas terapéuticas ocupacionales (artísticas, expresivas o lúdicas); sobre la modalidad de la intervención (grupales); o sobre una clasificación referente a los ciclos de vida (intergeneracionales). Asimismo, están presentes las terminologías como: actividad docente, práctica, complementaria, científica y técnica; las cuales pueden ser comprendidas como un modo de trabajo, ejecución y no exactamente una mención a los términos y conceptos teórico-prácticos de la profesión.

Es posible considerar que las derivaciones “diarias”, “de rutina”, “cotidianas” y “de la vida cotidiana” relacionadas al término *actividad*, están siendo utilizadas en articulación o incluso desde el concepto de *cotidiano*.

La *ocupación* es un término que se vuelve más usual en los años 2011 y 2013, pero estuvo presente en títulos de trabajos desde el año 2001, periodo en que la producción del conocimiento basado en la ocupación humana ganó espacio entre los terapeutas ocupacionales en Brasil (Magalhães, 2013). Sin embargo, se observó que el uso de ese término es utilizado por determinadas/os investigadoras/es, las/los cuales se inclinan en el estudio de modelos y perspectivas específicos del referencial teórico que utiliza este término.

Es necesario resaltar que “la conceptualización del constructo *ocupación* en la Terapia Ocupacional Latinoamericana es muy diversa y varía dependiendo de la región y el idioma” (Morrison, Henny & Gómez Lillo, 2018, p.78). Además, se destaca que es un término que no siempre puede ser traducido, a otros contextos lingüísticos (Salles & Matsukura, 2016; Feriotti, 2017; Galheigo, 2012), sin las debidas comparaciones y contextualizaciones.

Galheigo (2012) señala que el término *ocupación* no fue bien aceptado en la realidad de la Terapia Ocupacional brasileña, pues en portugués tiene una interpretación que induce a la

ocupación acrítica del tiempo libre, también se asocia a la ocupación territorial, militar; o sea no es un término que englobe todo el hacer humano. Esas consideraciones son aportadas por otras partes del mundo.

Sin embargo, en los últimos años, el término *ocupación* parece estar fortaleciéndose (Feriotti, 2013) bajo la influencia de la Ciencia Ocupacional (Yerxa, 1990), la necesidad del diálogo internacional y de la internacionalización del conocimiento producido en Latinoamérica.

A mediados de los años 2000, el concepto de *cotidiano* empieza a ser adoptado por algunos investigadores en sus estudios (Galheigo, 2003; Salles & Matsukura, 2013) y se nota mayor uso desde entonces. Además, se apunta que la Terapia Ocupacional tuvo un cambio en su objetivo, que pasa del entrenamiento de las actividades de vida diaria para la resignificación de lo *cotidiano* (Salles & Matsukura, 2013).

Los términos *acción* y *hacer* estarían en una relación intermedia, pero es posible considerar que se utilizan como sinónimos para la *actividad*. El término *trabajo* se utiliza muchas veces, ello está asociado a diferentes conceptos, en la mayoría de las veces es sinónimo de las prácticas terapéuticas ocupacionales. Del mismo modo que el término *tecnología* está asociado a la ‘tecnología asistida’ en el 75% de las veces en que se presenta. (Figura 3)

Los conocimientos de la Terapia Ocupacional latinoamericana incorporaron exclusivamente la perspectiva anglosajona hasta mediados de los años 1980, periodo en que la literatura regional empezó a desarrollarse. Desde entonces, las producciones amplían los conocimientos más allá del modelo biomédico (Peñas Felizzola, 2006; Guajardo, 2016).

Entendiendo el propósito de la profesión se amplían las acciones y caminos que ha tomado la misma en su constante evolución, pues aunque tuvo sus orígenes en un modelo médico también se ha interesado en un modelo social en donde la ocupación y participación humana son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades (Parra-Esquivel, 2010, p.450).

Así, la forma de nombrar y comprender lo que se hace también es necesario. Las nuevas discusiones construyeron cuestionamientos y problematizaron las prácticas desarrolladas por la Terapia Ocupacional que debían ampliarse para responder problemas reales de la sociedad.

Nuestra autonomía como profesión es relativa, pues no estamos fuera de la realidad que nos ha producido. Somos el acto de habla de los espacios de poder. Ser un acto de habla es constituir un conjunto de enunciados, discursos (en ellos prácticas) que conforman y producen la realidad en el mismo momento del acto de enunciar (Guajardo, 2016, p.115).

Hay que considerar los nuevos términos y las reformulaciones relacionadas con los conceptos como: acción, hacer, actividad, ocupación, actividad de vida diaria, praxis, actividad humana y cotidiana, sus formas usos, empleos y comprensiones (Francisco, 2001; Feriotti, 2013; Castro, Lima & Brunello, 2001).

Es importante considerar que en cada término puede cohabitar más de un concepto, pues los conceptos están vinculados a determinados referenciales teórico-metodológicos y se relacionan de forma polisémica. Son “diferentes concepciones, gestadas y constituidas de acuerdo con los diferentes momentos históricos que reflejan la construcción epistemológica de la profesión” (Silva, 2013, p.462).

Se verifica que, a pesar de que el término *ocupación* está directamente relacionado a las referencias anglo-sajonas de gran influencia para la Terapia Ocupacional latinoamericana, fue siendo sustituido a lo largo del tiempo por otros términos y, consecuentemente, otras comprensiones y formas de denominar las prácticas terapéuticas ocupacionales (Galheigo, 2012).

Las prácticas de la Terapia Ocupacional, así como sus fundamentos teóricos, producen la realidad que enuncian. El ahistoricismo, el individualismo metodológico, nociones como ocupación en un sentido abstracto y naturalista, lo intrínseco y biológico como procesos del ser, entre otros, reproducen el actual orden social (Guajardo, 2016, p.115).

Además de la diversidad de términos utilizados en la Terapia Ocupacional brasileña, el término *actividad* se universalizó, abarcando cuestiones relativas al cotidiano, al ocio y a las actividades expresivas, creativas y productivas. Así se produjeron diferentes formas de concebir y actuar con las actividades presentes en las más diversas prácticas, coexistiendo en la literatura en/de la Terapia Ocupacional (Lima, Okuma & Pastore, 2013).

En la Terapia Ocupacional brasileña se verifica las construcciones de significado en distintas perspectivas para el término *actividad*, se destacan: la *actividad* en la tríada del Método de la Terapia Ocupacional Dinámica – MTOD (Benetton & Marcolino, 2013). El significado de las *actividades* propuestas por las corrientes metodológicas enunciadas por Rosa Francisco. La *actividad humana* defendida por la perspectiva de Terapia Ocupacional como Producción de Vida (Quarentei, 2001), o por la dimensión política, cultural de saberes y haceres diversos, comprometidos ética y políticamente (Silva, 2019). O el concepto de la *actividad* para la Terapia Ocupacional Social, “permeado de historicidad, nutrido por la dimensión socio-política y cultural como instrumento para emancipación” (Barros, Lopes & Ghirardi, 2002, p.102).

Finalmente, puede decirse que se encuentra la existencia de diversos términos y conceptos teórico-prácticos en la Terapia Ocupacional, descritos en la literatura y debatidos en la profesión, aunque se ha expuesto solo un recorte sobre sus usos y presencias.

## Conclusiones

El presente estudio demuestra la diversidad de términos utilizados por investigadoras/os terapeutas ocupacionales brasileñas/os para nombrar procesos teóricos y prácticos de la profesión, en el intercambio de informaciones entre la categoría, en el mayor evento nacional: los Congresos Brasileños de Terapia Ocupacional (CBTO).

Según la literatura en el campo de la Terapia Ocupacional latinoamericana es visible la hegemonía del término *ocupación*, pero en Brasil y en Argentina los términos relacionados a las actividades son muy frecuentes. En ocasiones mucho más utilizados por terapeutas ocupacionales, como fue demostrado por esta investigación. Se resalta que sus significados no están y no necesitan estar atravesados por los conceptos de la ocupación, o sea, las/los autoras/es sostienen sus usos y sentidos desde otras corrientes teórico epistémicas.

La diversidad de los términos devela una necesidad de la disciplina en ejercitar la producción textual y simbólica para nombrar, describir, comunicar e intercambiar entre sus pares sobre los diferentes procesos teóricos y prácticos en Terapia Ocupacional, desde significados, conceptos y perspectivas teóricas distintas.

Sin embargo, la presentación de esta pluralidad de términos, conceptos y posibilidades de ejercer la Terapia Ocupacional, no siempre ha tenido éxito en presentar sus significados y conceptos.

Si el lenguaje exige un esfuerzo constante de comunicación, diálogo, interpretación y voluntad de potencia (Mosé, 2014), se puede admitir que los términos están siendo utilizados sin la cautela de ejercitar de hecho qué significado y concepto se asientan: a partir de referenciales teóricos adecuados que sostienen las cuestiones históricas y culturales que subyacen a cada uno de ellos.

Otra reflexión se refiere al uso de los términos como sinónimos, complementarios o antagónicos, aunque así sea, esa enunciación puede atenuar equívocos, asociaciones e interpretaciones que dificultan, perjudican e interfieren en la comprensión de lo que se nombra, de lo que se hace y del que se es, en la Terapia Ocupacional.

En ese sentido, la definición, concientización y presentación de las líneas teórico epistemológicas que sostienen las producciones textuales presentes en las publicaciones son necesarias, además ellas representan la propia práctica, investigación y acciones en Terapia Ocupacional. A partir de esa construcción colectiva latinoamericana sería posible identificar, apoyar y profundizar los puntos de articulación y cercanía existentes en las múltiples posibles Terapias Ocupacionales.

Por eso, se destaca la importancia de estudios que profundicen las discusiones epistemológicas en la Terapia Ocupacio-

nal, teniendo en cuenta su relevancia en ese campo de saber. El presente trabajo compone otra pieza de este juego de fuerzas del campo, en el cual es necesario el encaje de muchas otras discusiones y profundizar la fundamentación, la concepción epistemológica y la caracterización de los términos o conceptos para el campo.

### Agradecimientos

Este manuscrito es derivado de una investigación de maestría que hubo inversión en formato de becas por la agencia Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) – CAPES, con vínculo por el Programa de Posgrado en Terapia Ocupacional (PPGTO) de la Universidade Federal de São Carlos – SP, Brasil. ■

[Recibido: 14/01/2020- Aprobado: 7/05/2020]

### Referencias

- Barros D.D., Lopes R.E. & Ghirardi M.I.G. (2002). Terapia ocupacional social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 13(3), 95-103. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i3p95-103>
- Barros J.D. (2016). *Os conceitos: seus usos nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Benetton J. & Marcolino T.Q. (2013). As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 21(3), 645-652. <https://doi.org/10.4322/cto.2013.067>.
- Bondía J.L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev. Bras. Educ.*; 19: 20-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>
- Cardinalli I. (2017). *Conhecimentos da Terapia Ocupacional no Brasil: um estudo sobre trajetórias e produções*. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Disponible en: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8496>.
- Castro E.D., Lima E.M.F.A. & Brunello M.I.B. (2001). *Atividades Humanas e Terapia Ocupacional*. In: Carlo M.M.R.P. & Bartalotti C.C. (orgs.). *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* (pp. 41-59). São Paulo: Plexos Editora.
- Feriotti M.L. (2017). Construcción de la identidad profesional del terapeuta ocupacional em el marco epistemológico actual: una mirada particular desde Brasil. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. (25), 17-31. <http://www.revistatog.com/num25/pdfs/100a%C3%B1osde-terapia1.pdf>.
- Feriotti M.L. (2013). Construção de identidade(s) em terapia ocupacional no contexto das transformações paradigmáticas da saúde e da ciência. In: Pádua E.M.M. & Feriotti M.L. (orgs.). *Terapia Ocupacional e Complexidade: práticas multidimensionais* (pp. 43-70). Curitiba: CRV.
- Francisco B.R. (2001). *Terapia Ocupacional*. 2ª ed. Campinas: Papyrus.
- Galheigo S.M. (2012). Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *TOG (A Coruña)*, (15), 176-187. <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>.
- Galheigo S.M. (2003). O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 14(3), 104-109. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i3p104-109>
- Guajardo A. (2016). Lecturas y relatos históricos de la Terapia Ocupacional en Suramérica. Una perspectiva de reflexión crítica. *Revista Ocupación Humana*, 16 (2), 110-117. <https://doi.org/10.25214/25907816.141>
- Lima E.M.F.A., Okuma D.G. & Pastore M.N. (2013). Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na terapia ocupacional brasileira. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 21(2), 243-254. <https://doi.org/10.4322/cto.2013.026>
- Lima E.M.F.A., Pastore M.N. & Okuma D.G. (2011). As atividades no campo da terapia ocupacional: mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 22(1): 68-75. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p68-75>
- Magalhães L. (2013). Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCAR*, 21(2), 255-263. <https://doi.org/10.4322/cto.2013.027>
- Morrison J.R., Henny K.E. & Gómez Lillo S. (2018). Conceptualización de Ocupación en los Cuadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 18(1), 77-83. DOI:10.5354/0719-5346.2018.50369
- Mosé V. (2014). *Nietzsche e a grande política da linguagem*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Parra-Esquivel E.I. (2010). La ocupación significativa como mediación para la educación del pensamiento y el desarrollo de la emocionalidad. *Rev. Fac. Med.*, 58(1), 75-83. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v58n1/v58n1a08.pdf>
- Peñas Felizzola O.L. (2006). Terapia ocupacional en Colombia: cuatro décadas de posicionamiento y servicios en la sociedad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 54(4), 229-231. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43907/45151>
- Poellnitz J.C.V. (2018). *Atividade, cotidiano e ocupação na terapia ocupacional no Brasil: usos e conceitos em disputa*. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Disponible en: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9818?show=full>.
- Quarentei M.S. (2001). *Terapia Ocupacional e Produção de Vida. Conferência de encerramento*. In *Anais do VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional* (pp. 1-8). Porto Alegre.
- Salles M.M. & Matsukura T.S. (2016). *Conceitos de ocupação e atividade: os caminhos percorridos pela literatura nacional e de língua inglesa*. In: \_\_\_\_\_ (orgs.). *Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental* (pp. 13-35). São Carlos: EdUFSCar.

- Salles M.M. & Matsukura T.S. (2013). Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 21(2), 265-273. <https://doi.org/10.4322/cto.2013.028>
- Saramago J. (2003). *Todos os nomes*. São Paulo: Planeta De Agostini.
- Silva C.R. (2013). As atividades como recurso para a pesquisa. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, 21(3), 461-470. <https://doi.org/10.4322/cto.2013.048>
- Silva C.R. (2019). *Atividades Humanas e Terapia Ocupacional: saber-fazer, política, cultura e outras resistências*. São Paulo: HUCITEC, 2019.
- Yerxa E.J. (1990). An Introduction to Occupational Science, A Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century. *Occupational Therapy In Health Care*, 6(4), 01-17. <[https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/J003v06n04\\_04](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/J003v06n04_04)>

---

**Cómo citar este artículo:**

Von Poellnitz J.C., Silva C.R. y Cardinalli I. (2020). Reflexiones sobre actividad, cotidiano, ocupación y otros términos utilizados en Congresos Brasileños de Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 6-13p

## Alteraciones del equilibrio en el envejecimiento en personas con discapacidad intelectual

Alterations of the balance in aging in people with intellectual disability

Gemma Garrido Martínez | David Pérez Cruzado

### Gemma Garrido Martínez

Graduada en Terapia Ocupacional por la Universidad Católica de Murcia. Máster en Geriátría y Gerontología: Atención integrada en la dependencia por la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Terapeuta Ocupacional en atención temprana y escolar en ASTRAPACE. Terapeuta Ocupacional en el Servicio de Atención Terapéutica (SAT) Hospital Mesa del Castillo.

gemmagarrido@hotmail.com

### David Pérez Cruzado

Diplomado en Terapia Ocupacional. Doctor en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidad Católica San Antonio de Murcia; Clinimetric group FE-14 Biomedican Research Institute of Malaga (BIMIA), Málaga, Spain.

d\_perez\_cruzado@hotmail.com

### Resumen

Las personas con discapacidad intelectual (DI) presentan una menor condición física, lo que se traduce en un mayor riesgo de caídas. Es importante trabajar en este aspecto, ya que impacta aumentando la dependencia en las actividades de la vida diaria. El objetivo del estudio es conocer cómo se modifica el equilibrio durante el envejecimiento y observar la relación existente entre equilibrio y las variables antropométricas de las personas con DI. Se llevó a cabo un estudio observacional, dividimos la muestra en cuartiles según la edad, categorizando así 4 grupos, nombrados como G1 (18-23´75); G2 (23,75-27); G3 (27-31´25) y G4 (31,25-66). Encontramos diferencias significativas entre el grupo 1 y 2 relacionadas con el peso, el índice de masa corporal (IMC), test del flamenco con los ojos cerrados, test de Tinetti-equilibrio ítem 8 e Índice de Barthel. Diferencias que fueron encontradas entre el grupo 2 y 3 relacionados en el test Tinetti-equilibrio ítem 3, 5 y 9 y Tinetti-marcha ítem 9. Finalmente, el grupo 3 y 4 presentan diferencias significativas en Índice de Barthel, test Tinetti-equilibrio ítems 1, 2, 3, 7, 9 y test Tinetti-marcha ítem 8. Por otro lado, se encontraron correlaciones entre la talla y el test Tinetti-equilibrio ítem 3 y la DI y el test de Tinetti-marcha ítem 9. Los resultados muestran como varió el equilibrio a través de la edad y que la intervención en la condición física en personas con DI mejoraría en el nivel de movilidad y de equilibrio, esencial para mantener la independencia de las actividades de la vida diaria.

**Palabras clave:** discapacidad intelectual, equilibrio, envejecimiento.

### Abstract

People with intellectual disabilities have a lower physical condition, which carries into an increased risk of falls. It is important to work on this aspect, as this has repercussions, significantly increasing the dependence on the activities of daily life in this population. The aim was to know how balance is modified during aging in people with ID and to assess the relationship between balance and the anthropometric variables of people with ID. An observational study was carried. We divided the sample into quartiles according to age, thus categorizing 4 groups, named as G1 (18-23'75); G2 (23.75-27); G3 (27-31´25) and G4 (31.25-66). Significant differences were found between group 1 and 2 related to weight, BMI, flamenco test with closed eyes, Tinetti-equilibrium test item 8 and Barthel Index. Likewise, significant results were found between group 2 and 3 related to the Tinetti-equilibrium test item 3, 5 and 9 and Tinetti-gait item 9. Finally, group 3 and 4 presented significant differences in age, Barthel Index, Tinetti-equilibrium test items 1, 2, 3, 7, 9 and Tinetti-gait test item 8. On the other hand, correlations were found between the size and the Tinetti-equilibrium test item 3 and the DI and the Tinetti-gait item 9. The results show how the balance varied through age, and other authors support it in their work. The intervention in the physical condition in people with ID would improve the level of mobility and balance, essential for the maintenance of the independence of the activities of daily life.

**Key words:** intellectual disability, balance, aging.

## Antecedentes

La discapacidad intelectual es el desorden del desarrollo más común (Vasudevan & Suri, 2017). Es un funcionamiento intelectual situado significativamente por debajo del promedio y que causa limitaciones para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (Maaskant et al., 1996). A lo largo de la historia, han existido diferentes formas de nombrar a la población que padecía algún tipo de discapacidad, en cambio, las asociaciones y organismos competentes en estas materias han sido los responsables de que esto cambie y se hayan desarrollado correctas denominaciones para las personas que sufren cualquier tipo de discapacidad. En la actualidad, hay una tendencia que ha comenzado a utilizarse y pretende sustituir a otros cuya semántica hay quien considera peyorativa, tales como «discapacidad» o “minusvalía”. Se trata de un cambio hacia una terminología no negativa como “diversidad funcional” (Ferreiro, 2014).

La discapacidad intelectual, se caracteriza por limitaciones, tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, que se manifiesta en las habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas (Alonso & Ángel, 2012). Aunque no se trata de una enfermedad, suelen necesitar mayor atención que el resto de la población (Bueno, 2006). Hay estudios que muestran que el riesgo de padecer enfermedades aumenta en personas con DI, llegando a más de diez veces de padecer epilepsia y deficiencias musculoesqueléticas en comparación con población sin DI (van Schroyen Lantman-De Valk et al., 2000).

La discapacidad intelectual afecta aproximadamente entre un 1% y un 4% de la población mundial (Márquez-Caraveo et al., 2011), encontrándonos en este tipo de población un gran número de problemas relacionados con la salud y que corresponden a las dificultades en el aprendizaje que sufren, así como en las pocas posibilidades y pobres políticas de salud pública enfocadas a estas personas (Brooke & Mallion, 2016; Lakhan & Ekundayò, 2017). Asimismo, se sabe que padecen un retraso en sus habilidades motoras, también en las destrezas en la ejecución del lenguaje las cuales le impiden la realización de un gran número de tareas (Wouters et al., 2017, 2019). Todo ello provoca un aumento de la dependencia para la realización de AVD, además encontramos problemas de aprendizaje, que provocan dificultades para llevar a cabo un comportamiento social adecuado, y para ajustarse a las distintas situaciones que se presentan en la relación con su grupo de iguales (Cuesta-Vargas & Pérez-Cruzado, 2014).

Las personas con discapacidad intelectual presentan características similares a la de sujetos mayores de 65 años; así, el envejecimiento físico, los ajustes a los cambios biológicos y las necesidades físicas, psicológicas y sociales

son semejantes en población anciana. Las diferencias se explican, más que por la edad, por el retraso que han padecido durante toda su vida, ya que cada individuo vive su propio envejecimiento, y por tanto la variabilidad de éste es la constante en todas las personas, diferenciando según el origen y el tipo de DI. En las personas con discapacidad intelectual se produce una aceleración del proceso fisiológico de envejecimiento (Maaskant et al., 1996) que condicionará el desarrollo en etapas más tempranas. Esta decrepitud prematura revela que se haya establecido su inicio en los 45 años, edad a partir de la cual, a la vez que origina una repercusión significativa sobre el bienestar y la calidad de vida ajustada por discapacidad, con incremento de la tasa de mortalidad. Si la senectud constituye en sí misma un hándicap en la sociedad actual, éste se incrementa si la persona tiene discapacidad intelectual. Y si al hecho de ser anciano se añade la presencia de discapacidad, la dependencia se acentúa y con ello el riesgo de institucionalización. Con frecuencia, al llegar la ancianidad se manifiesta la necesidad de una ayuda significativa, en muchas ocasiones importantes para cada uno de los aspectos de la autonomía, y en particular en las actividades de la vida diaria (Maaskant et al., 1996; Power, 2008)

El equilibrio tiene relación directa con el nivel de dependencia en personas con discapacidad intelectual (Cuesta-Vargas & Pérez-Cruzado, 2014). Las capacidades de equilibrio y la marcha son aspectos clave de la movilidad. Algunos autores han investigado sobre las consecuencias de las limitaciones de la movilidad, los problemas de equilibrio y de la marcha que incrementan el riesgo de caídas en esta población (Enkelaar et al., 2012).

Las caídas son el resultado de la interacción tanto de factores intrínsecos (fuerza, equilibrio, etc.) como extrínsecos (medioambientales), aunque estos van a estar condicionados por la tarea o actividad que estén desarrollando. El riesgo de caída aumenta conforme se incrementan los factores de riesgos, aunque sabemos que son los factores intrínsecos los que más repercuten en la génesis de una caída (Bernal-Celestino et al., 2014).

Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas. Así mismo mejora la salud ósea y funcional, y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso (Frey & Chow, 2006).

En la actualidad existen numerosos autores que coinciden con la idea de que la condición física está relacionada con la salud, este concepto ha estado ligado anteriormente única-



mente con la actividad física y deportiva (Roberts et al., 2015; Smith et al., 2014), de esa forma se puede explicar desde dos puntos de vista:

Desde lo meramente deportivo, en el que se busca la mejor forma de realizar actividad física y mejores resultados deportivos. Para ello contribuyen distintos factores y estos ponen de manifiesto la estrecha relación con el rendimiento deportivo. Algunos son la fuerza, el equilibrio, la flexibilidad, la condición física, la condición aeróbica, velocidad etc... (Vega et al., 2013).

Y, por otro lado, la vinculada con la salud que alude a la condición física como a todos esos factores que condicionan la actividad física y por ello mejoran nuestros niveles de salud general (Smith et al., 2014).

### Objetivos

- Conocer cómo se modifica el equilibrio durante el envejecimiento en personas con DI.
- Observar la relación existente entre equilibrio y las variables antropométricas de las personas con DI.
- Observar si el grado de discapacidad intelectual está relacionado con la pérdida del equilibrio.

### Metodología

#### Diseño

En el presente trabajo se utilizó un diseño observacional donde se analizaron los distintos aspectos del equilibrio en personas con discapacidad intelectual, a través de una metodología cuantitativa donde se consideraron los distintos aspectos del equilibrio.

#### Participantes

Los datos fueron recogidos en las instalaciones del centro FUNDOWN este primer grupo estaba compuesto por 16 personas con discapacidad intelectual las cuales 10 eran hombres y 6 mujeres y un segundo centro, APCOM, este último grupo estaba formado por 25 personas con DI de las cuales 15 eran hombres y 10 mujeres, todos ellos mayores de 18 años. Para formar parte del estudio fue necesario cumplir con los siguientes criterios de inclusión: tener discapacidad intelectual diagnosticada, poder realizar las pruebas de equilibrio de forma correcta y comprender el procedimiento a seguir para la realización de los test. Como criterios de exclusión fueron establecidos: tener síndrome de Down o presentar alteraciones que pudieran afectar al control del equilibrio lesiones musculoesqueléticas, sensoriales o neurológicas entre otras.

### Consideraciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki para garantizar la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los voluntarios que participaron en el mismo. La aprobación ética para el estudio fue concedida por el comité ético de la Universidad Católica San Antonio de Murcia.

A los participantes se les entregó una hoja informativa, donde se explica al detalle el desarrollo del estudio, el correspondiente consentimiento informado, donde se exponía que su participación es totalmente voluntaria, por lo que podían abandonar el estudio cuando estimasen oportuno. La protección de datos de los participantes se hizo según la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 19/55.

### Lugar de desarrollo del estudio

El presente estudio se realizó en la Fundación Síndrome de Down de la Región de Murcia (FUNDOWN) en atención y promoción de la Autonomía Personal del colectivo de personas con discapacidad intelectual y/o Síndrome de Down. Así como en el centro de día de la Asociación de Familias de Personas con Discapacidad Intelectual del Noroeste (APCOM), ubicado en Caravaca de la Cruz (Murcia).

### Protocolo y variables de resultado

El investigador se encargó de recoger inicialmente los siguientes datos: información médica y demográfica, grado de discapacidad, edad, peso, altura, circunferencia de la cintura (CC) y el índice de masa corporal (IMC). Para la evaluación de cada uno de los participantes se colocaron colchonetas y además el evaluador se ubicó a la par de estos, para que en el caso de pérdida de equilibrio se evitaran posibles caídas.

Durante la recopilación de datos se les dejó ensayar a los pacientes las pruebas seleccionadas para la evaluación del equilibrio, se verificó que comprendían todos los ítems de cada test y además se les ofreció un tiempo de descanso (1 minuto), para que no apareciera fatiga. Todos los test de equilibrio evaluados han sido previamente validados personas con discapacidad intelectual (Blomqvist et al., 2013). Posteriormente se procedió a la evaluación del equilibrio a través de los siguientes test:

- Test Del Flamenco (Single Leg Stance)
- Prueba de alcance funcional (Functional Reach)
- Test de Tinetti (Tinetti Mobility Test)
- Timed Up and Go (3m)

### Test Del Flamenco (Single Leg Stance)

Es utilizado para evaluar el control postural estático y de equilibrio. El test se realiza en 4 condiciones (ojos abiertos/pie dominante, ojos abiertos/pie no dominante, ojos cerrados/ pie dominante, ojos cerrados/ pie no dominante) (Springer et al., 2007). Respecto a la fiabilidad, decir que, los coeficientes de correlación intraclase que fueron de moderados a excelentes (0,41 a 0,91), lo que sugiere que las pruebas de equilibrio son apropiadas (Birmingham, 2000).

### Prueba de alcance funcional (Functional Reach Test)

Para la evaluación del equilibrio semi-estático es utilizada la prueba de alcance funcional (Functional Reach. Esta prueba se tarda unos 5 minutos en administrarla (Springer et al., 2007). La fiabilidad y validez test-retest se estableció en un estudio previo (Duncan et al., 1990). El puntaje de cohorte de dicho test es de 31.7 (7.5) cm (Mann et al., 1996).

### Test de Tinetti (Tinetti Mobility Test)

Evaluación de movilidad con el cual podemos evaluar tanto la marcha como el equilibrio estático y el dinámico. Este test es ampliamente usado debido a su brevedad y que nos otorga una puntuación útil para el seguimiento de la persona, por lo que este es uno de los test más completos. Evalúa la percepción del equilibrio y la estabilidad durante las actividades de la vida diaria (Tinetti et al., 1986) (Tinetti, M. E., Williams, T. F., & Mayewski, R., 1986). Fue diseñado para medir el equilibrio (incluido el riesgo de caídas) y la función de la marcha en personas de edad avanzada, pero también se ha utilizado en pacientes con otras afecciones. Una puntuación menor de 19 puntos nos muestra que existe un claro riesgo de caída (Panella et al., 2008).

### Timed Up and Go (3m)

Evalúa la movilidad, el equilibrio, la capacidad de caminar, y el riesgo de caídas en los adultos mayores. Es una prueba simple que se usa para evaluar la movilidad de una persona y requiere tanto equilibrio estático como dinámico. Una puntuación mayor a 15.5 segundos nos muestra una alteración en la marcha y el equilibrio del usuario (Shumway-Cook et al., 2000).

### Tratamiento estadístico

Para la realización del presente estudio se llevó a cabo un análisis estadístico para dar respuesta a los objetivos planteados, para ello se realizó una estadística descriptiva con los resultados obtenidos. Se usó el test de Kol-

mogorov-Smirnov para conocer la homogeneidad de los datos y poder correlacionar estos (en nuestro caso **Pearson**) para identificar la relación entre el equilibrio y las variables antropométricas de los participantes. Posteriormente se llevó a cabo un análisis estadístico para comprobar las diferencias existentes entre los diferentes grupos de edad analizados (para ello se dividió a la muestra por cuartiles según la edad) y conocer cómo se modifica el equilibrio en el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual, que se ha propuesto en este trabajo. Para realizar el análisis estadístico se usó el software informático SPSS 21.0.

### Resultados

Para la adquisición de los resultados dividimos la muestra en cuartiles, tomando como referencia la edad de los grupos con DI seleccionados, y obtuvimos como resultado los tres valores de la variable que dividen al conjunto de datos ordenados en cuatro partes iguales. Los nombramos como G1, G2 y G3 y G4, éstos determinan los valores correspondientes al 25%, al 50% y al 75% de los datos. En la **Tabla 1** se muestra como fueron divididos los 4 grupos según su edad, perteneciendo el primer grupo (G1) a edades comprendidas entre 18 y 23´75 años; el segundo grupo (G2) con edades que englobaban de los 23,75 a los 27; un tercer grupo (G3) desde los 27 a los 31´25 años y por último un cuarto grupo (G4) que incluía edades desde los 31,25 a los 66 años.

**Tabla 1. Definición de cuartiles y media de edad por grupos**

ESTADÍSTICOS	
	Grupo 1 - (G1)
	25%                      23,75
PERCENTILES	Grupo 2- (G2)
	50%                      27
	Grupo 3- (G3)
	75%                      31,25
	Grupo 4 - (G4)

Además, en la **tabla 2** se presentan los datos descriptivos de la muestra de estudio. Estos datos se han mostrado por grupos (G1, G2, G3 y G4). En dicha Tabla, se exponen todas las variables antropométricas evaluadas, así como los test de equilibrio: test de Tinetti (Tinetti Mobility Test), prueba del alcance funcional (Functional Reach) y test del flamenco (Single Leg Stance).

Tabla 2: Análisis estadístico descriptivo

	G1	G2	G3	G4
	Media(±SD)	Media (±SD)	Media (±SD)	Media (±SD)
Edad	22,40 (±0,96)	25,46 (±1,33)	29,44 (±1,23)	48,10 (±11,64)
Peso	73,09 (±9,48)	74,83 (±21,02)	93,93 (±23,65)	81,35 (±26,52)
Talla	1,68 (±0,10)	1,65 (±0,09)	1,72 (±0,10)	1,65 (±0,09)
Perímetro	93,85 (±12,34)	92,42 (±15,77)	108,22 (±15,96)	105,38 (±16,40)
IMC	25,96 (±4,12)	27,177 (±7,15)	33,31 (±7,72)	30,51 (±7,00)
Discapacidad	1,50 (±0,85)	1,54 (±0,66)	1,89 (±0,92)	1,90 (±0,87)
SLS_OA_PD	0,32 (±0,60)	0,22 (±0,27)	0,17 (±0,21)	0,14 (±0,17)
SLS_OA_PI	0,33 (±,59)	0,19 (±0,31)	0,12 (±0,15)	0,11 (±0,11)
SLS_OC_PD	0,12 (±,30)	0,08 (±0,16)	0,05 (±0,10)	0,02 (±0,01)
SLS_OC_PI	0,11 (±,17)	0,04 (±0,07)	0,05 (±0,07)	0,032 (±0,03)
AF_Dr	0,30 (±,07)	0,31 (±0, 07)	0,33 (±0,06)	0,26 (±0,10)
AF_Iz	0,26 (±,07)	0,34 (±0,06)	0,34 (±0,09)	0,28 (±0,09)
TUG	0,08 (± 0,01)	0,10 (±0,10)	0,08 (±0,01)	0,09 (±0,02)
Tinetti_Eq1	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	0,90 (±0,31)
Tinetti_Eq2	2,00 (±0,00)	1,92 (±0,27)	2,00 (±0,00)	1,90 (±0,31)
Tinetti_Eq3	4,00 (±0,00)	4,00 (±0,00)	3,78 (±0,66)	4,00 (±0,00)
Tinetti_Eq4	2,00 (±0,00)	2,00 (±0,00)	2,00 (±0,00)	2,00 (±0,00)
Tinetti_Eq5	1,70 (±0,67)	1,77 (±0,43)	2,00 (±0,00)	2,00 (±0,00)
Tinetti_Eq6	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)
Tinetti_Eq7	0,90 (±0,31)	0,92 (±0,27)	0,89 (±0,33)	1,00 (±0,00)
Tinetti_Eq8	0,90 (±0,31)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)
Tinetti_Eq9	1,90 (±0,31)	1,85 (±0,37)	2,00 (±0,00)	1,90 (±0,31)
Tinetti_March1	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)
Tinetti_March2	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)
Tinetti_March3	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)
Tinetti_March4	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)
Tinetti_March5	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)
Tinetti_March6	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)
Tinetti_March7	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)
Tinetti_March8	1,80 (±0,42)	2,00 (±0,00)	2,00 (±0,00)	1,90 (±0,31)
Tinetti_March9	2,00 (±0,00)	1,92 (±0,27)	1,89 (±0,33)	1,90 (±0,31)
Tinetti_March10	1,00 (±0,00)	1,00 (±0,00)	0,89 (±0,33)	0,90 (±0,31)
Tinetti_Global	27,20 (±1,13)	27,38 (±0,87)	27,67 (±0,70)	27,40 (±1,26)

Notas: IMC: índice de masa corporal; SLS\_OA\_PD: test del flamenco, ojos abiertos y pierna derecha; SLS\_OA\_PI: test del flamenco, ojos abiertos y pierna izquierda; SLS\_OC\_PD: test del flamenco, ojos cerrados y pierna derecha; SLS\_OC\_PI test del flamenco, ojos cerrados y pierna izquierda; \*: significación estadística a nivel  $p < 0,05$ ; AF\_Dr: test del alcance funcional mano derecha; AF\_Iz: test del alcance funcional mano izquierda; TUG: Time Up and Go; Tinetti\_Eq: test de Tinetti (equilibrio); Tinetti\_March1: test de Tinetti (marcha); Barthel\_Global: valoración actividades de la vida diaria básicas.

Por otro lado, en la **tabla 3** mostramos la comparativa por grupos (G1, G2, G3 Y G4) con el fin de conocer cómo se modifica el equilibrio durante el envejecimiento en personas con discapacidad intelectual. En ella encontramos diferencias significativas entre el G1 Y G2, relacionadas con la edad, el

peso, el IMC, el SLS\_OC\_PI (test del flamenco, ojos cerrados y pierna izquierda), Test de Tinetti sobre la marcha ítem número 8, que hace referencia a la trayectoria de la marcha y por último Barthel\_Global (índice de Barthel), instrumento que se utiliza para valorar las actividades de la vida diaria básicas.

Tabla 3. Diferencias Intragrupos. Comparación por grupos

	G1 VS G2	G2 VS G3	G3 VS G4
	F (sig.)	F (sig.)	F (sig.)
Sexo	00,0 (0,94)	0,00 (0,39)	0,54 (0,47)
Edad	4,56 (0,04*)	0,40 (0,53)	25,36 (0,00*)
Peso	15,92 (0,00*)	0,03 (0,86)	0,09 (0,76)
Talla	0,59 (0,44)	0,01 (0,91)	0,00 (0,93)
Perímetro	0,74 (0,39)	0,00 (0,97)	0,29 (0,59)
IMC	4,18 (0,05*)	0,00 (0,95)	0,15 (0,70)
Discapacidad	0,69 (0,41)	2,20 (0,15)	0,13 (0,72)
SLS_OA_PD	1,13 (0,30)	0,01 (0,91)	1,80 (0,19)
SLS_OA_PI	0,90 (0,35)	0,61 (0,44)	1,45 (0,24)
SLS_OC_PD	0,88 (0,35)	0,84 (0,36)	3,60 (0,07)
SLS_OC_PI	4,99 (0,03*)	0,14 (0,70)	1,81 (0,19)
AF_Dr	0,03 (0,86)	0,10 (0,75)	2,74 (0,11)
AF_Iz	0,31 (0,58)	1,37 (0,25)	0,08 (0,77)
TUG	1,74 (0,20)	2,09 (0,16)	1,96 (0,17)
Tinetti_Eq1	-	-	4,53 (0,04*)
Tinetti_Eq2	3,62 (0,07)	3,24 (0,08)	4,53 (0,04*)
Tinetti_Eq3	-	7,71 (0,01*)	5,84 (0,02*)
Tinetti_Eq5	0,75 (0,39)	20,03 (0,00*)	-
Tinetti_Eq7	0,13 (0,71)	0,27 (0,60)	5,84 (0,02*)
Tinetti_Eq8	6,66 (0,17)	-	-
Tinetti_Eq9	0,55 (0,46)	8,88 (0,00*)	4,53 (0,04*)
Tinetti_March8	21,10 (0,00*)	0,27 (0,60)	4,53 (0,04*)
Tinetti_March9	3,62 (0,07)	7,71 (0,01*)	0,02 (0,88)
Tinetti_March10	-	-	0,02 (0,88)
Tinetti_Global	1,21 (0,28)	1,89 (0,18)	0,93 (0,34)
Barthel_Global	15,22 (0,00*)	-	19,97 (0,00*)

Igualmente, encontramos diferencias significativas entre el G2 Y G3, vinculadas al test de Tinetti relacionado con equilibrio ítem 3, el ítem hace referencia a los intentos que realiza el usuario para levantarse de una silla sin apoyo; test de Tinetti de equilibrio ítem 5, que registra el equilibrio del paciente en bipedestación, con los pies juntos y el examinador empujando tres veces con la palma de la mano el esternón del sujeto; test de Tinetti de equilibrio ítem 9, que valora como realiza el paso de bipedestación a sedestación del individuo evaluado y por último el test de Tinetti evaluación de la marcha ítem número 9, que determina el balanceo del tronco.

Por último, la comparativa del G3 y G4, presentan diferencias en la edad, test de Tinetti relacionado con equilibrio ítem 1, 2, 3, 7 y 9: el ítem 1 hace referencia al equilibrio sentado; ítem 2 a la capacidad de levantarse; ítem 3 a los intentos para levantarse; ítem 7 a la continuidad de los pasos en un giro de 360° y el ítem 9 a la seguridad del paso de estar de pie a sentado. Asimismo, se encuentran resultados significativos en el test de Tinetti relacionado con la marcha ítem 8, vinculado con la trayectoria y el índice de Barthel.

Finalmente, en la **tabla 4** se muestra un análisis estadístico que evidencia correlaciones entre distintas variables. Siendo estas relacionadas entre la talla del paciente y el test de equilibrio Tinetti ítem número 3, que hace referencia a los intentos que realiza para levantarse de una silla sin apoyos. Y por último la correlación entre la discapacidad intelectual y el test Tinetti de la marcha, ítem 9, que hace alusión al balanceo del tronco.

**Tabla 4: Relación entre variables antropométricas y de equilibrio**

			VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS Y GRADO DE DISCAPACIDAD					
			EDAD	PESO	TALLA	PERIMETRO	IMC	DISCAPACIDAD
VARIABLES DE EQUILIBRIO	<i>SLS_OA_PD</i>	r	-0,16	-0,1	-0,13	-0,12	0	-0,15
	<i>SLS_OA_PI</i>	r	-0,17	-0,05	-0,01	-0,09	-0,06	-0,18
	<i>SLS_OC_PD</i>	r	-0,15	0,1	-0,1	0,11	0,2	-0,11
	<i>SLS_OC_PI</i>	r	-0,19	-0,01	-0,06	-0,02	0,09	-0,03
	<i>AF_Dr</i>	r	-0,26	0,09	0,19	0	-0,05	-0,06
	<i>AF_Iz</i>	r	-0,16	0,21	0,22	0,06	0,08	-0,03
	<i>TUG</i>	r	0,074	0,06	-0,02	-0,01	0,07	0,17
	<i>Tinetti_Eq1</i>	r	-0,33	0,05	0,13	-0,03	0,01	-0,06
	<i>Tinetti_Eq2</i>	r	-0,16	0,2	0,14	0,12	0,17	0,05
	<i>Tinetti_Eq3</i>	r	0	-0,15	-0,44**	-0,06	0,06	-0,06
	<i>Tinetti_Eq5</i>	r	0,22	0,17	-0,13	0,19	0,28	0,08
	<i>Tinetti_Eq7</i>	r	0,13	-0,3	-0,18	-0,15	-0,22	0
	<i>Tinetti_Eq8</i>	r	0,12	0	-0,22	0,09	0,1	0,13
	<i>Tinetti_Eq9</i>	r	-0,04	0,19	0,25	0,14	0,11	-0,22
	<i>Tinetti_March8</i>	r	-0,07	-0,03	-0,16	-0,01	0,05	0
	<i>Tinetti_March9</i>	r	-0,16	-0,24	-0,08	-0,22	-0,19	-0,33*
<i>Tinetti_March10</i>	r	-0,23	-0,23	0,06	-0,23	-0,26	-0,22	
<i>Tinetti_Global</i>	r	-0,06	-0,01	-0,06	0	0,05	-0,14	

## Discusión

El presente estudio ha mostrado como se produce una disminución del equilibrio en las personas con DI en relación al envejecimiento y estas variables de equilibrio se encuentran relacionadas con algunas de las variables antropométricas de dicha población y con su nivel de discapacidad.

Existen numerosas razones por las que la pérdida de equilibrio en personas con discapacidad intelectual contribuye al deterioro de la marcha. En primer lugar, la propia DI que suele ir acompañada de afectaciones tanto cognitivas como motoras, las cuales ocasionan limitaciones y disminuyen la demanda de experiencias respecto a la práctica deportiva (Tejero, 2009). Por otro lado, encontramos estudios que hablan de los factores asociados a un envejecimiento prematuro, por lo que los signos son latentes de forma precoz en este grupo diana (Pitetti et al., 2013). Además, la falta de ocupación puede ocasionar un deterioro prematuro en el equilibrio (Pitetti et al., 2013),

la falta de actividad diaria se puede ver reflejada tanto en el peso como en índice de masa corporal, contribuye a una menor agilidad y por ende a un peor equilibrio en cualquier edad, como añaden algunos autores (Carneiro et al., 2012), al igual que muestra nuestro estudio. Se encuentran diferencias específicas entre los grupos observados de edad más temprana. Igualmente, otros estudios indican que el sexo puede ser indicador de menor capacidad motora y mayor composición corporal en personas con discapacidad intelectual, viéndose reflejado en el sexo femenino (Enkelaar et al., 2012; Hilgenkamp et al., 2013).

Tras un análisis descriptivo de los tests evaluados, fueron hallados resultados bajos tanto la estabilidad estática, dinámica, como semi-estática, asociados a un alto riesgo de sufrir caídas (Enkelaar et al., 2012). Es de manifiesto que este grupo de estudio padece un mayor número de caídas y padece los daños vinculados a éstas (Enkelaar et al., 2012), lo que provoca un aumento de la dependencia y elevados gastos médicos

(Van Hanegem et al., 2014). Esa falta de dependencia, genera incapacidad funcional en la persona para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, en el estudio observacional de Cuesta-Vargas & Pérez Cruzado, 2014, exploraban la validez de criterio del Índice de Barthel (ABVD) con una prueba de ejercicio físico, con el fin de conocer la relación entre nivel de dependencia y la condición física, en adultos con discapacidad intelectual. Obteniendo como resultados altos niveles de dependencia en las actividades de la vida diaria debido a la mala condición física, además de correlaciones importantes entre la prueba de aptitud física y el índice de Barthel. Por otro lado, los resultados del presente trabajo, a través del coeficiente de correlación de Pearson, revelan la relación existente entre el equilibrio y el grado de independencia en las actividades básicas de la vida diaria, en personas con discapacidad intelectual (mostradas en la tabla 4). Valorado a través del mismo instrumento que en el estudio de Cuesta-Vargas & Pérez Cruzado, 2014, podríamos decir que hay una relación existente entre equilibrio, capacidad física y autonomía en ABVD, por lo cual surge la urgencia de crear programas que mantengan activos en edades más avanzadas a esta población, con el fin de posponer discapacidades de movilidad durante el mayor tiempo posible.

Según nuestro estudio la edad es un factor condicionante importante en la modificación del equilibrio, si observamos la comparativa de grupos de edad tempranas apreciamos resultados representativos entre el grupo 1 y el grupo 2, aumentando conforme la edad avanza y haciéndose más representativo entre el grupo 3 y el grupo 4. (Oppewal et al., 2013) en su estudio evalúan las capacidades de equilibrio de un grupo de adultos mayores con DI, utilizando la escala de equilibrio de Berg, en el que dividen los resultados por rango de edad, lo que nos da mayor información de cómo los resultados son peores conforme el sujeto va envejeciendo. El envejecimiento de la población con discapacidad intelectual está aumentando rápidamente debido a una mayor esperanza de vida como resultado de la mejora de la atención médica (Patja et al., 2000). Por otro lado, se ha observado que con el aumento de la edad hay un decaimiento de la actividad diaria en adultos con DI (Maaskant et al., 1996). En adultos mayores con DI, se observó una alta incidencia (86%) limitante en la participación de actividades básicas de la vida diaria (Hilgenkamp et al., 2011), lo que parece tener una relación apreciable entre la edad, el equilibrio y la participación en actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

La asociación negativa entre estas tres variables, conlleva a intervenir en otras como la condición física, que sí que es un factor modificable o prevenible. Dentro de las principales causas de caídas, se encuentran la pérdida de masa muscular, disminución de la percepción, reducción del rango articular o problemas de visión (Hilgenkamp et al., 2013). La

intervención directa en la condición física en personas con DI mejoraría o mantendría el nivel de movilidad, , además de la independencia en las actividades cotidianas (Hilgenkamp et al., 2013). Dentro de la condición física, hemos evaluado con los test seleccionados el equilibrio, los resultados obtenidos de nuestro estudio muestran que tanto la trayectoria, así como los intentos para pasar de bipedestación a sedestación y viceversa, son los ítems donde se han encontrado mayores cambios, según avanza la edad obtienen peores resultados. Por lo que esto nos lleva no solo a plantearnos a mejorar la condición física, sino también al entrenamiento de las limitaciones encontradas en la marcha y pasaje o transferencia de la sedestación a la bipedestación o viceversa. La poca capacidad física se puede prevenir o revertir en los adultos mayores mediante la actividad y el ejercicio estructurado (American College of Sports Medicine et al., 2009), lo que ocasiona la posibilidad de proteger o ayudar positivamente en la salud y en la independencia en edades avanzadas. Además, encontramos otro artículo que apoya la idea de que aumentando la actividad física, así como la educación en personas con DI , produce una mejora en la condición física en esta población (Pérez-Cruzado & Cuesta-Vargas, 2016).

En el presente trabajo hallamos una correlación estadística, que muestra el grado de relación de dos variables cuantitativas, entre la talla del paciente con DI y el ítem número 3 del test de Tinetti (equilibrio), que hace referencia a los intentos para levantarse de una silla, lo que denota que a mayor altura peor estabilidad mantiene el usuario con DI al incorporarse de una silla o viceversa. El presente estudio muestra una relación directa entre el grado de discapacidad y el ítem número 9 del test de Tinetti (marcha), relacionado con el balanceo del tronco, el grado de flexión de las rodillas y la separación de los brazos al caminar, por lo que podríamos deducir que la propia discapacidad genera patrones de la marcha alterados y que empeoran el equilibrio en bipedestación. Al contrario que muestran nuestros resultados (Blomqvist et al., 2013) en un estudio realizado en adolescentes con DI compara el equilibrio postural y rendimiento muscular con sus pares de la misma edad, no encontrando correlación entre la talla, el IMC y rendimiento muscular y el equilibrio, eso puede ser debido a que los test utilizados por este autor no evaluaban este aspecto de equilibrio. Enklaar et al., 2012 en su estudio muestra que las capacidades de equilibrio y marcha se ven afectadas en las personas con DI en comparación con sus pares de la misma edad. Estos problemas comienzan a edades tempranas y permanecen presentes a lo largo de la vida y se acentúan con la edad.

#### **Fortalezas y debilidades**

Respecto a las fortalezas que hemos encontrado en el presente estudio sobre el equilibrio en personas con discapacidad

intelectual, decir que se pudo valorar un número de personas suficiente con distintos test de evaluación, lo que nos proporcionó datos representativos para el posterior análisis. Por otro lado, también hallamos ciertas debilidades, como la imposibilidad de obtener correlaciones entre algunos de los ítems evaluados entre los test de equilibrio y las variables antropométricas. Esto puede ser debido a que la población valorada era un grupo bastante homogéneo en cuanto a nivel de dependencia. Otro hecho limitante es la incapacidad de contar con un mayor número de personas con DI que superasen los 55 años.

## Conclusiones

- Se observa un empeoramiento del equilibrio conforme avanza la edad en las personas con DI, viéndose esto reflejado en el rango de edad entre los 31,25 a los 66 años, teniendo en cuenta el envejecimiento prematuro en esta población, es de manifiesto la necesidad de programas de actividad física con el fin de prevenir problemas de equilibrio.
- Se encontraron relaciones significativas entre la variable antropométrica relacionada con la talla del usuario y el equilibrio, los resultados del test de Tinetti de equilibrio muestran que a mayor altura del usuario con DI, aumenta el número de intentos para levantarse de una silla y mantener el equilibrio.
- El grado de discapacidad ha mostrado estar relacionado con el paso de bipedestación a sedestación y viceversa en personas con DI ( $r=-0,33$ ;  $p<0,05$ ), además de generar patrones alterados en la marcha, como balanceo del tronco, flexión de rodillas o espalda, o separación de los brazos al caminar.
- Todo esto nos plantea nuevas líneas de investigación respecto a conocer si ésta pérdida de equilibrio se relaciona con un mayor número de caídas y estudiar cómo evolucionan las demás variables de la condición física en personas con DI. Asimismo, ampliar la muestra con personas con DI mayores y buscar grupos más heterogéneos. ■

[Recibido: 14/05/2019- Aprobado: 21/04/2020]

## Referencias

- American College of Sports Medicine, Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *41*(7), 1510-1530. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>.
- Bernal-Celestino, R. J., Ruiz-García, J., Muñoz-Romera, S., Rodrigo-Sánchez, L. M., & León-Hurtado, D. (2014). [Falls in people with intellectual disability: Can we anticipate and prevent them?]. *Revista De Enfermería (Barcelona, Spain)*, *37*(4), 8-14.
- Birmingham, T. B. (2000). Test-retest reliability of lower extremity functional instability measures. *Clinical Journal of Sport Medicine: Official Journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, *10*(4), 264-268. <https://doi.org/10.1097/00042752-200010000-00007>.
- Blomqvist, S., Olsson, J., Wallin, L., Wester, A., & Rehn, B. (2013). Adolescents with intellectual disability have reduced postural balance and muscle performance in trunk and lower limbs compared to peers without intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(1), 198-206. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.008>.
- Brooke, J. M., & Mallion, J. (2016). Implementation of evidence-based practice by nurses working in community settings and their strategies to mentor student nurses to develop evidence-based practice: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, *22*(4), 339-347. <https://doi.org/10.1111/ijn.12470>.
- Carneiro, J. A. O., Santos-Pontelli, T. E. G., Vilaça, K. H. C., Pfrimer, K., Colafêmina, J. F., Carneiro, A. A. O., & Ferriolli, E. (2012). Obese elderly women exhibit low postural stability: A novel three-dimensional evaluation system. *Clinics*, *67*(5), 475-481. [https://doi.org/10.6061/clinics/2012\(05\)12](https://doi.org/10.6061/clinics/2012(05)12).
- Cuesta-Vargas, A. I., & Pérez-Cruzado, D. (2014). Relationship between Barthel index with physical tests in adults with intellectual disabilities. *SpringerPlus*, *3*, 543. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-3-543>
- Duncan, P. W., Weiner, D. K., Chandler, J., & Studenski, S. (1990). Functional reach: A new clinical measure of balance. *Journal of Gerontology*, *45*(6), M192-M197. <https://doi.org/10.1093/geronj/45.6.m192>.
- Enkelaar, L., Smulders, E., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H., Geurts, A. C. H., & Weerdesteyn, V. (2012). A review of balance and gait capacities in relation to falls in persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, *33*(1), 291-306. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.08.028>.
- Ferreiro, R. A. (2014). Recensión: Evolución del concepto social de discapacidad intelectual. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, *20*.
- Frey, G. C., & Chow, B. (2006). Relationship between BMI, physical fitness, and motor skills in youth with mild intellectual disabilities. *International Journal of Obesity*, *30*, 861-867. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803196>.
- Hilgenkamp, T. I. M., van Wijck, R., & Evenhuis, H. M. (2011). (Instrumental) activities of daily living in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *32*(5), 1977-1987. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.04.003>.
- Hilgenkamp, T. I. M., van Wijck, R., & Evenhuis, H. M. (2013). Feasibility of eight physical fitness tests in 1,050 older adults with intellectual disability: Results of the healthy ageing with intellectual disabilities study. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *51*(1), 33-47. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-51.01.033>.
- Lakhan, R., & Ekundayò, O. T. (2017). Important Research Priorities in Intellectual Disability in India: A Public Health Perspective. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, *8*(Suppl 1), S150-S151. [https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp\\_102\\_17](https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp_102_17).

- Maaskant, M. A., van den Akker, M., Kessels, A. G., Haveman, M. J., van Schroyen Lantman-de Valk, H. M., & Urlings, H. F. (1996). Care dependence and activities of daily living in relation to ageing: Results of a longitudinal study. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 40 (Pt 6), 535-543. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1996.807807.x>.
- Mann, G. C., Whitney, S. L., Redfern, M. S., Borello-France, D. F., & Furman, J. M. (1996). Functional reach and single leg stance in patients with peripheral vestibular disorders. *Journal of Vestibular Research: Equilibrium & Orientation*, 6(5), 343-353.
- Márquez-Caraveo, M. E., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L., & Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental*, 34(5), 443-449.
- McGrath, D., Greene, B. R., Doheny, E. P., McKeown, D. J., De Vito, G., & Caulfield, B. (2011). Reliability of quantitative TUG measures of mobility for use in falls risk assessment. *Conference Proceedings: Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, 466-469. <https://doi.org/10.1109/IEMBS.2011.6090066>.
- Oppewal, A., Hilgenkamp, T. I. M., van Wijck, R., & Evenhuis, H. M. (2013). Feasibility and outcomes of the Berg Balance Scale in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2743-2752. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.05.040>.
- Panella, L., Tinelli, C., Buizza, A., Lombardi, R., & Gandolfi, R. (2008). Towards objective evaluation of balance in the elderly: Validity and reliability of a measurement instrument applied to the Tinetti test. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(1), 65-72. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e3282f28f38>.
- Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H., & Ruoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: A 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 44 (Pt 5), 591-599.
- Pérez-Bueno, L. C. (2006). Discapacidad y asistencia sanitaria: Propuestas de mejora. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=265977>.
- Pérez-Cruzado, D., & Cuesta-Vargas, A. I. (2016). Changes on quality of life, self-efficacy and social support for activities and physical fitness in people with intellectual disabilities through multimodal intervention. *European Journal of Special Needs Education*, 31(4), 553-564. <https://doi.org/10.1080/08856257.2016.1187876>.
- Pitetti, K., Baynard, T., & Agiovlasitis, S. (2013). Children and adolescents with Down syndrome, physical fitness and physical activity. *Journal of Sport and Health Science*, 2(1), 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2012.10.004>.
- Power, A. (2008). Caring for independent lives: Geographies of caring for young adults with intellectual disabilities. *Social Science & Medicine* (1982), 67(5), 834-843. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.05.023>.
- Roberts, C. K., Lee, M. M., Katiraie, M., Krell, S. L., Angadi, S. S., Chronley, M. K., Oh, C. S., Ribas, V., Harris, R. A., Hevener, A. L., & Croymans, D. M. (2015). Strength fitness and body weight status on markers of cardiometabolic health. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 47(6), 1211-1218. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000526>
- Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy*, 80(9), 896-903.
- Smith, J. J., Eather, N., Morgan, P. J., Plotnikoff, R. C., Faigenbaum, A. D., & Lubans, D. R. (2014). The health benefits of muscular fitness for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 44(9), 1209-1223. <https://doi.org/10.1007/s40279-014-0196-4>.
- Springer, B. A., Marin, R., Cyhan, T., Roberts, H., & Gill, N. W. (2007). Normative values for the unipedal stance test with eyes open and closed. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 30(1), 8-15. <https://doi.org/10.1519/00139143-200704000-00003>.
- Tejero, J. P. (2009). La Investigación en Actividades Físicas y Deportes Adaptados: Un camino aun por recorrer. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 5(16), I-III.
- Tinetti, M. E., Williams, T. F., & Mayewski, R. (1986). Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *The American Journal of Medicine*, 80(3), 429-434. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(86\)90717-5](https://doi.org/10.1016/0002-9343(86)90717-5).
- Van Hanegem, E., Enkelaar, L., Smulders, E., & Weerdesteijn, V. (2014). Obstacle course training can improve mobility and prevent falls in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 58(5), 485-492. <https://doi.org/10.1111/jir.12045>.
- Van Schroyen Lantman-De Valk, H. M., Metsemakers, J. F., Haveman, M. J., & Crebolder, H. F. (2000). Health problems in people with intellectual disability in general practice: A comparative study. *Family Practice*, 17(5), 405-407.
- Vasudevan, P., & Suri, M. (2017). A clinical approach to developmental delay and intellectual disability. *Clinical Medicine (London, England)*, 17(6), 558-561. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-6-558>.
- Wouters, M., Evenhuis, H. M., & Hilgenkamp, T. I. M. (2017). Systematic review of field-based physical fitness tests for children and adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 61, 77-94. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.12.016>.
- Wouters, M., Evenhuis, H. M., & Hilgenkamp, T. I. M. (2019). Physical fitness of children and adolescents with moderate to severe intellectual disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1573932>.

#### Cómo citar este artículo:

Garrido Martínez G. B. y Pérez Cruzado, D. (2020). Alteraciones del equilibrio en el envejecimiento en personas con discapacidad intelectual. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 14-22.

## Avaliação do desempenho ocupacional de indivíduos amputados em um hospital de urgência em Teresina-PI

Evaluation of the occupational performance of hospitalized amputees in an emergency hospital in Teresina-PI

Evaluación del desempeño ocupacional de pacientes amputados en un hospital de emergencia en Teresina-PI

Ana Thuiza de Sousa Ferreira | Gabriela Dantas Carvalho

### Ana Thuiza de Sousa Ferreira

Terapeuta Ocupacional pela faculdade FACID - DEVRVY. Terapeuta Ocupacional na Associação Piauiense de Combate ao Câncer (APCC).

anathuizasousa@gmail.com

### Gabriela Dantas Carvalho

Fisioterapeuta pela Universidade federal do Piauí (UFPI), mestre em farmacologia e doutoranda em biotecnologia cardiovascular. Coordenadora e docente do curso de fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física da faculdade (FACID-WYDEN).

ftgabrieladantas@hotmail.com

### Resumo

A Terapia Ocupacional (TO) tem como instrumento de atuação, pesquisa e trabalho o desempenho humano. Portanto, entende-se que a natureza da sua prática é moldada primeira pela identificação dos papéis ocupacionais que os clientes/pacientes possuem, desejam, exigem e estão dentro de sua capacidade. A pesquisa tem por objetivo avaliar o desempenho ocupacional de indivíduos amputados de MMII no Hospital de Urgência no município de Teresina-PI. Trata-se de um estudo quantitativo de caráter exploratório e analítico. Que por meio da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) e uma Avaliação Física. A amostragem do estudo terá um campo finito de 21 participantes, com idade entre 18 a 59 anos, que permanecem hospitalizados por período igual ou superior a 10 dias e sofreram amputação de MMII no setor hospitalar da clínica médica. Foi observado por meio desta pesquisa, que a avaliação desse profissional dentro do ambiente hospitalar pode favorecer ao paciente a possibilidade de ganho na qualidade de vida, pois por meio dessa avaliação é realizado o prognóstico ocupacional desses pacientes. Percebeu-se com os dados coletados dos pacientes amputados na clínica cirúrgica no Hospital de Urgência em Teresina, apresentam queixas ocupacional em decorrência dos comprometimentos nas áreas e componentes de desempenho na realização de suas atividades, em especiais as áreas de atividades básicas de autocuidado, que foram mais mencionadas no estudo.

**Palavras chave:** Terapia Ocupacional, desempenho ocupacional, hospital.

### Abstract

*Occupational therapy (TO) uses human performance in one of its fields of action. Therefore, it is understood that the nature of their practice is shaped first by identifying the occupational roles that clients / patients possess, desire, demand, and are within their ability. The objective of the research was to evaluate the occupational performance of individuals with amputees of MMII at the Emergency Hospital in the city of Teresina-PI. It is a quantitative study of exploratory and analytical character. That by means of the Canadian Measure of Occupational Performance (COPM) and a Physical Assessment. The study sample will have a finite field of 21 participants, aged between 18 and 59 years, who remain hospitalized for a period equal to or greater than 10 days and suffered amputation of MMII in the hospital sector of the medical clinic. It was observed through this research that the evaluation of this professional within the hospital environment can favor the patient the possibility of gain in the quality of life, because through this aviation the occupational prognosis of these patients is carried out. It was perceived with the data collected from patients amputated in the surgical clinic at the Emergency Hospital in Teresina, present occupational complaints due to the commitment in the areas and components of performance in carrying out their activities, in special the areas of basic self-care activities, which were more mentioned in the study.*

**Keywords:** Occupational Therapy, Occupational Performance, hospital.



## Resumen

*La Terapia Ocupacional (TO) tiene el desempeño humano como instrumento de desempeño, investigación y trabajo. Por lo tanto, se entiende que la naturaleza de su práctica se configura primero identificando los roles ocupacionales que los clientes / pacientes tienen, desean, exigen y están dentro de su capacidad. La investigación tiene como objetivo evaluar el desempeño ocupacional de los amputados en la extremidad inferior en el Hospital de Urgencia en la ciudad de Teresina-PI. Es un estudio cuantitativo exploratorio y analítico realizado a través de la Medida de Desempeño Ocupacional Canadiense (COPM) y una evaluación física. La muestra del estudio tendrá un campo finito de 21 participantes, con edades comprendidas entre 18 y 59 años, que permanecen hospitalizados por un período igual o mayor a 10 días y sufrieron amputación de miembros inferiores en el sector hospitalario de clínica médica. A través de esta investigación se observó que la evaluación de este profesional en el entorno hospitalario puede favorecer al paciente en la posibilidad de ganar calidad de vida, porque a través de la misma se realiza el pronóstico ocupacional de estos pacientes. Se observa, a través de los datos recopilados de los pacientes amputados en la clínica quirúrgica del Hospital de Urgencia de Teresina, que presentan quejas ocupacionales debido a los compromisos en las áreas y componentes de desempeño en la realización de sus actividades básicas de autocuidado, que fueron más mencionados en el estudio.*

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, desempeño ocupacional, hospital.

## Introdução

Ao nascer o indivíduo apresenta incoordenação dos movimentos e baixa percepção dos objetos ao seu redor. No entanto, ao longo do seu desenvolvimento passa a desenvolver maior controle dos seus sistemas, como o nervoso, musculoesquelético e o sensorial, conseguindo então mover-se e raciocinar de acordo com suas vontades, podendo assim, realizar diversas experiências, que durante toda a sua vida, o capacitarão a ocupar-se de acordo com suas necessidades pessoais (Gonçalves, 2015).

O engajamento de uma pessoa em ocupações propriamente ditas humanas é organizado pelos papéis ocupacionais que incluem pré-escola, estudante, pai ou mãe, dona-de-casa, empregador, trabalhador ou aposentado, que assumem por escolha ou por necessidade e expectativa. Eles podem ter uma dimensão social, mas são principalmente configurações de atividade de uma ou de todas as principais áreas ocupacionais (American Occupational Therapy Association, 2015).

O desempenho ocupacional refere-se na simultaneidade das funções e estruturas do corpo, papéis, hábitos, habilidade, rotinas e seus contextos do homem, que é o principal centro de estudo da ocupação (Pedretti & Early, 2004). Quando ocorre déficits nos treinos de aprendizado e execução de tarefas de um componente de desempenho, podendo ele ser sensorial, cognitivo, físico e psicossocial ou nos contextos desfavorecidos de desempenho, podem levar a limitação no desempenho ocupacional (Corrêa & Santana, 2014).

A Terapia Ocupacional (TO), independente do campo de atuação, tem como seu principal foco a análise e estudo do desempenho humano. Portanto, entende-se que a natureza da sua prática é moldada pela identificação dos papéis ocupacionais que os clientes/pacientes possuem, desejam e exigem dentro de sua capacidade (Alexandre, 2016). Desse modo, a TO objetiva que estes indivíduos sejam capazes de identificar, escolher e desempenhar os próprios papéis ocupacionais necessários ou desejados dentro de sua capacidade de satisfazer a si mesmos ou a outras pessoas do seu convívio (Crepeau, Cohn & Schell, 2011).

Compreende-se que é através dos contextos ambientais e temporais que o homem começa a interpretar e a aperfeiçoar o seu desempenho físico, social e de lazer, e pelas ações que o ambiente proporciona a ele (Brum, 2015). Então quando o indivíduo apresenta alterações ou acometimentos, sendo eles fisiológicos, traumatológicos ou neurológicos ocorre um desequilíbrio nas habilidades de desempenhar tais atividades necessárias à sua vida e nas realizações dessas ocupações (Pontes & Polatajko, 2016).

Almeida (2008) afirma que existe a colaboração direta das experiências do dia-a-dia no desempenho do indivíduo e que a ruptura dessas tarefas diárias podem afetar na execução de possíveis novos papéis ocupacionais, como ser o gestor de uma família, colaborador social e profissional.

Diversas são os fatores que podem levar o ser humano a interromper o curso das variadas atividades diárias que este possa

executar, e o principal deles é o adoecimento. Ao passar por um processo de hospitalização devido à circunstância de uma patologia podem se desencadear uma série de agravos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais no paciente/cliente (Gallheigo, 2008). Neste contexto, a TO trabalha com práticas de ocupação funcional que visam reinstaurar a autonomia e independência desse paciente com suas funções físicas e mentais, sendo essas que se mantêm com o ambiente, logo sua prática é necessária para estabelecer capacidades ocupacionais perdidas devido o fator abordado (Constantinidis, 2012).

Dito isso, o TO no contexto hospital têm necessariamente a função de desenvolver para os seus pacientes, intervenções que forneçam e favoreçam o treino dos cuidados pessoais, a orientação cognitiva, prescrição de mobiliário adaptado recursos que facilitem a execução das funções básicas, treino de Atividade de Vida Diária, orientações de rotina hospitalar, cuidado ao cuidador e esclarecimento da mudança de desempenho de atividade básica, que por ventura estejam restritas ao paciente durante e após o período de hospitalização (Martins & de Camargo, 2014). Eis então, que aparece a problemática deste trabalho, quais as alterações do desempenho ocupacional que afetam os indivíduos amputados de MMII, que se encontram hospitalizados no maior hospital de Urgência da capital teresinense?

Em face à diversidade dos problemas originados pelas condições de saúde dos indivíduos que sofrem lesões que interrompem sua funcionalidade, com destaque para os comprometimentos traumato-ortopédicos, verificados como as principais causas de entrada em hospitais de urgências, este trabalho propõe uma avaliação sobre a verificação realizada pelo Terapeuta Ocupacional quanto as demandas das disfunções do desempenho ocupacional no hospital de Urgência de Teresina (HUT), analisadas no período de agosto a novembro de 2017, em Teresina, capital do Estado do Piauí.

Compreender a base norteadora do desempenho ocupacional humano leva a entender que a interrupção do mesmo, por quaisquer motivos, levanta à necessidade de identificar as avaliações e reabilitação das disfunções ocupacionais humanas, sendo estas encontradas nos mais diferentes ambientes que o homem possa habitar e conviver (Gritti, Paulino, Marques, Castiglioni & Bianchin, 2015).

Diante disso, foi regulamentado a resolução N° 429 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Cofitto, 2013) que pontua a atuação do TO, quanto especialista em contextos hospitalares, se caracteriza pelo exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, em todas as fases de alteração biológica, com ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos oferecidos ao paciente/paciente/usuário, familiares, cuidadores e grupos, devendo ser

esse profissional um grande aliado na redução de readmissão hospitalar.

Baseado nisso, o estudo busca evidenciar a importância da análise do quadro de desempenho ocupacional de indivíduos que se encontram por longos períodos hospitalizados e que realizaram o procedimento de amputação de MMII, fazendo o uso de avaliações de desempenho ocupacional, que trabalha com o objetivo de verificar o desempenho de tarefas de forma satisfatória, principalmente aquelas que o indivíduo mais necessita realizar no seu dia-a-dia.

## Método

A pesquisa foi submetida e aprovada na análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Integral e Diferencial (DeVry/Facid), levando em consideração a importância verificação das diretrizes e normas de pesquisas científicas em seres humanos, sendo, portanto, esta pesquisa baseada na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes da pesquisa foram submetidos ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com objetivo de esclarecimento quanto aos métodos e benefícios do estudo, além de obtenção da autorização dos mesmos para que a pesquisa fosse realizada, assim como todos os dados derivados da análise dos prontuários dos mesmos só ocorreu após o consentimento do referido hospital de internação e via Termo de Consentimento de Utilização de dados (TCUD).

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório e analítico, que visa identificar as perdas ocupacionais de pacientes internados por longo período em ambientes hospitalares, impactando diretamente na incapacidade de desempenhar diárias.

A coleta de dados ocorreu em um hospital público municipal de Teresina, localizado na Rua Dr. Otto Tito 1820 – Bairro Redenção, Teresina - PI, CEP: 64017-775 escolhida devido à estrutura propícia para realização dos estudos, cujo público-alvo será pacientes hospitalizados por um período de 10 dias.

A amostragem do estudo foi um campo finito de 21 participantes, com idade entre 18 a 59 anos, que permaneceram hospitalizados por período igual ou superior a 10 dias no setor hospitalar da clínica cirúrgica e que passaram por processo cirúrgico de amputação dos membros inferiores (MMII), que não apresentem declínios cognitivos, não levando em consideração sexo ou patologia em questão.

Foram excluídos indivíduos que apresentam traumas ortopédicos somente de membro superiores (MMSS), doenças do sistema nervoso ou já apresentam disfunções físicas prévias à hospitalização.

Como já descrito, o período de internação hospitalar contribui para o desencadeamento de problemas ocupacionais dos in-

divíduos ali internados. No intuito de analisar o desempenho ocupacional dos pacientes internados por longo período na clínica médica, será utilizado a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) (Caldas, Facundes & Silva, 2011).

Afim de analisar o impacto direto da internação destes pacientes sobre suas capacidades ocupacionais, foi realizada uma avaliação física na respectiva área acometida, contemplando análise da força, coordenação motora, bem como as atividades ocupacionais desempenhadas pela área acometida.

Para evitar o risco de exposição dos dados dos sujeitos pesquisados cada participante receberá um código que será utilizado no transcrito de toda a pesquisa, além disso, todos os envolvidos serão previamente esclarecidos e deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constarão todas as informações pertinentes sobre a pesquisa. A análise dos prontuários ocorrerá por um único pesquisador, no qual tomará medidas preventivas como manuseá-los em ambiente seguro e com mãos limpas, visando a não danificação dos mesmos.

Afim de evitar quaisquer constrangimentos aos participantes será esclarecido tanto verbalmente como por escrito no TCLE. Será garantida sua total autonomia quanto à participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo aos mesmos no que diz respeito ao atendimento no hospital em questão.

Por fim, afim de prevenir quaisquer danos e/ou riscos de infecção durante a avaliação física está ocorrerá em ambiente limpo e iluminado, bem como todos os instrumentos utilizados serão previamente limpos com álcool a 70%. Aos pacientes incapazes de locomoção serão tomadas medidas preventivas e seguras, visando a prevenção de acidentes e lesões.

A pesquisa propõe avaliar possíveis disfunções ocupacionais de indivíduos hospitalizados, aos quais possam afetar seu desempenho ocupacional. Com o uso da avaliação do profissional terapeuta ocupacional que é capacitado para avaliar as necessidades funcionais dos pacientes na fase hospitalar e pós-hospitalar, determinando se os pacientes podem realizar com segurança e de forma independente suas atividades básicas ou se requerer de mais reabilitação. Possibilitando que esse paciente possa voltar a executar seus papéis ocupacionais na sociedade, e evitando a prorrogação das causas do adoecimento fora do contexto hospitalar.

Os dados obtidos foram organizados e tabulados no programa Microsoft Excel 2007.

## Resultados

A amputação é o mais antigo dos procedimentos cirúrgicos da humanidade, que se deu início antes de Cristo (a. c) com Hipócrates, nesse período a realização desse procedimento visava unicamente a retirada do membro para combater os

agravos que estava acometendo na saúde do indivíduo, somente após as Guerras Mundiais que as técnicas de amputação se aprimoraram, possibilitando e garantindo a reabilitação e funcionalidade do membro perdido (Fernandes, 2015).

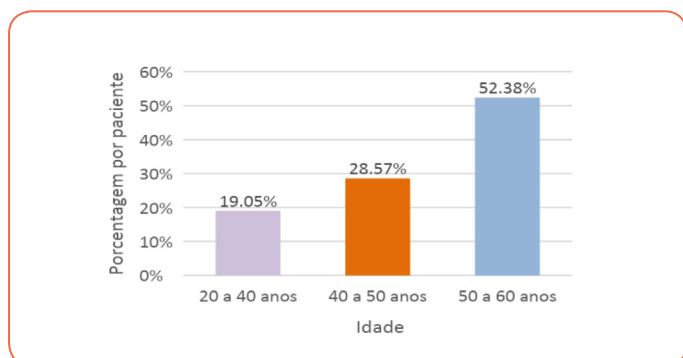
Atualmente, as causas de amputações no mundo vêm crescendo, devido diversos outros fatores que envolvem o cotidiano das sociedades contemporâneas, tais como: o aumento da violência urbana, o envelhecimento populacional e as doenças crônicas adquiridas, como a diabetes (Chamlian & Starling 2013). Em consonância a esses fatores, cerca de 85% dessas amputações no Brasil são de membros inferiores, com média de 94% delas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

Como profissional da saúde funcional, o TO encontrasse como profissional inserido a atuar com essa população, trabalhando na preparação do coto para a realização do enfaixamento no processo de protetização, confecção de instrumentos de adaptações funcionais e ambientais como as próteses que possam ocupar esses sujeitos afetados pela perda motora de um de seus membros, tanto no contexto do lar, do trabalho e do lazer, visando sempre uma maior autonomia do indivíduo (Brasil, 2013).

O estado do Piauí está entre dos três estados do Brasil com maior percentual de amputações, junto com o Rio de Janeiro e Maranhão. O município de Teresina-PI é referência no estado na realização dessas cirurgias de amputações, o Hospital de Urgência de Teresina (HUT) é um dos locais responsável por maior parte delas, pois conta com a estrutura de um Centro Cirúrgico com 09 salas de cirurgia e 55 leitos na enfermaria, sendo o maior e melhor equipado da cidade na prestação desse tipo de serviço (FMS, 2008; ENSP, 2010).

Este hospital dispõe de uma equipe multidisciplinar, incluindo o profissional de Terapeuta Ocupacional, que atua com o objetivo de manter e/ou recuperar as complicações decorrentes do processo de hospitalização, relacionados ao funcionamento de atividades ocupacionais, desde as mais básicas, como vestir, alimentar e banhar, até as mais complexas que visam o retorno desse indivíduo na sociedade, como as que dizem respeito ao seu trabalho. O único profissional terapeuta que atua na instituição tem também o papel de realizar adaptação de mobiliário e ofertar orientação aos familiares quanto ao cuidado pós alta (Caillet-Bois, Hernández, Muñoz, Murray, & Illán, 2012).

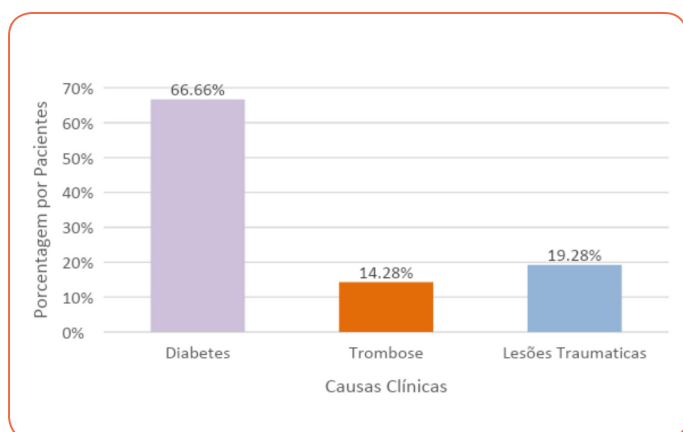
Esta pesquisa foi realizada no período de agosto a novembro de 2017, foram avaliados 21 pacientes amputados dos Membros Inferiores (MMII) na Clínica Médica do HUT, que permaneceram, especificamente por mais de uma semana internados na referida instituição, como mostra o Gráfico 1.

**Gráfico 1 - Quantidade de pacientes por idade e sexo da Clínica Médica do HUT**

Fonte: FERREIRA, 2017.

Dos 21 participantes da pesquisa, 12 eram do gênero masculino (57,14%) e 09 do feminino (42,85%). A faixa etária variou entre 29 e 60 anos (20 a 40 = 19,05%, entre 40-50 = 28,57, entre 50-60 = 52,38%). Quanto as causas que levaram esses sujeitos a serem hospitalizados, o resultado entra em concordância com o estudo realizado por Nogueira & Ferreira (2016), foi verificado que pessoas do gênero masculino têm como principal motivo de amputação a ocorrência de traumas provocados por acidentes no trânsito e as do gênero feminino são em decorrência de doenças vasculares, dentre elas a diabetes.

Quando abordado as causas mais frequentes da amputação no HUT, observou-se que 66,6% são de origem metabólica por disfunção glicêmica (diabetes), depois foi a trombose com 14,28% e 19,28% por lesões traumáticas, como verificado no Gráfico 2.

**Gráfico 2 - Fatores etiológicos das Amputações**

Fonte: FERREIRA, 2017.

Embora esteja crescente o avanço para diminuição dos agravantes da diabetes, ainda é notório a existência da alta incidência de amputações de membros inferiores, decorrentes dos fatores estigmatizantes da doença, sendo eles, o tempo de diagnóstico, amputações anteriores, doença vasculares periféricas e complicações cardiovasculares e até mesmo a

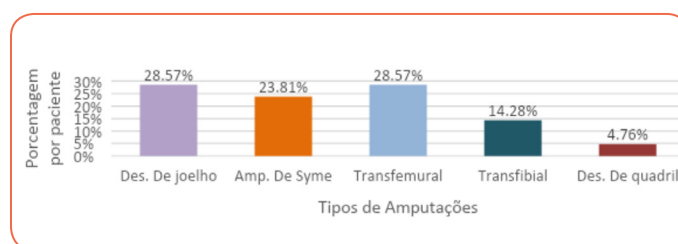
desorientação em relação ao cuidado pessoal (Bueno, Batista, & Thomazelli, 2016).

A trombose como vista na pesquisa, também é uma das complicações responsáveis pelas amputações. Caracteriza-se por ser uma doença que causa inflamação das paredes dos vasos sanguíneos, na maioria das vezes os de médio calibre, acarretando na formação de trombos nas paredes desses vasos, ocasionando dores fortes e perda de tecido no membro, consequentemente levando a amputação, que na sua maioria ocorrem em pessoas idosas, acamadas, sedentárias e fumantes (Tinoco, 2016).

No estudo de Mascarenhas, 2016 aponta que outra importante causa de amputação são os traumas gerados pelos acidentes automobilísticos, com maior predominância na população jovem, devido a imaturidade no trânsito como o uso de altas velocidades nas pistas, a ausência de capacete na condução das motocicletas e a realização de ultrapassagens perigosas.

Como anteriormente colocado, as principais intercorrências que geram as amputações, são de predominância em diabéticos, em sua grande maioria devido ao uso inadequado de calçados, ferimentos no pé e principalmente a manipulação incorreta dos MMII, em decorrência dessas observações podemos verificar que elas determinam também os níveis de amputações (Almeida, 2008; Bortello, 2010; Senefonte, *et al.*, 2012).

Quanto aos níveis de amputações encontrados no HUT, sua maioria está relacionada a desarticulação de joelho (28,57%), transfemural (28,57%), amputação de syme (23,81%), transfibial (14,28%) e desarticulação de quadril (4,76%) como mostra o Gráfico 3. Segundo Silveira, *et al.*, (2015), dependendo do nível de amputação do MMII, a capacidade funcional motora é alterada. Os tipos de amputações são responsáveis por terminar o grau de funcionalidade que o indivíduo passa a ter, quais os tipos de órteses/próteses que podem usar e as adaptações que são necessárias para cada nível.

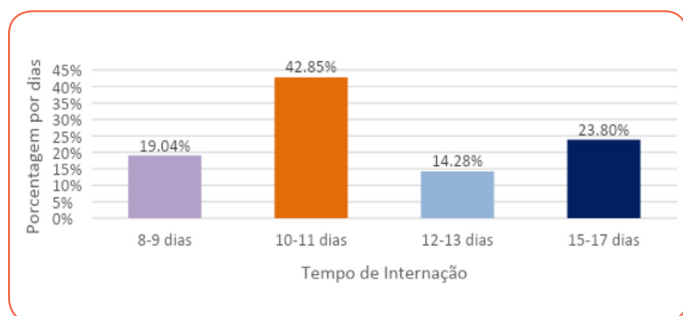
**Gráfico 3 - Tipos de Amputações**

Fonte: FERREIRA, 2017.

A recuperação do procedimento cirúrgico da retirada de membro (amputação) em sua maioria é longo, pois, trata-se de cirurgias evasivas e minuciosas. Silva (2015) em seu estudo

verificou que o período de hospitalização de pacientes amputados variou de 8 a 16 dias, valores altos quando relacionados as outras intervenções cirúrgicas.

**Gráfico 4 - Tempo de Internação na Clínica Cirúrgica**



Fonte: FERREIRA, 2017.

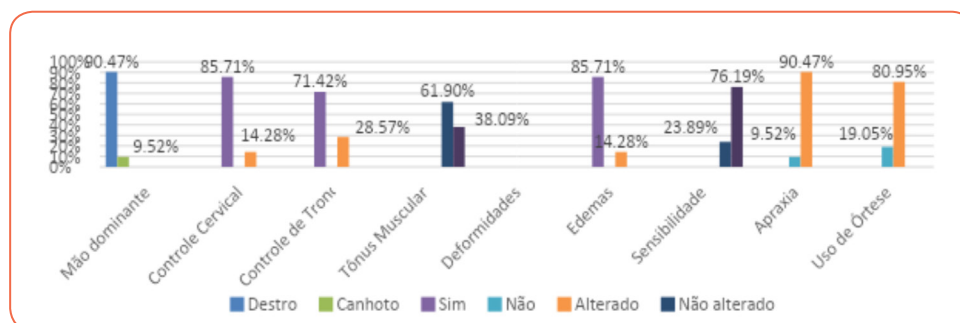
O período de hospitalização dos pacientes encontrados na clínica cirúrgica, ficou entre 8 a 17 dias relatado no Gráfico 4. Dado a partir da entrada no hospital até o encaminhamento para clínica cirúrgica. Segundo Nogueira (2015)

relatar a rotina e/ou estadia do paciente no ambiente hospitalar, implica fornecer informações acerca do impacto negativo que esse processo pode ocasionar ao paciente e ao seu tratamento, como decorrência um dos fatores, o imobilismo.

A síndrome do imobilismo desencadeia diversos prejuízos ao indivíduo gerando alterações das características morfológicas, bioquímicas e biomecânicas podendo também demorar os aspectos psicológicos ocasionando patologias psicológicas, como ansiedade, depressão, isolamento e labilidade emocional (Santos Boechat, Manhães, da Gama Filho & Istoe, 2015).

Visando verificar os acometimentos das capacidades motoras destes indivíduos hospitalizados, realizou-se uma avaliação física para apurar as complicações secundárias à amputação e o tempo de hospitalização. Quando realizada a avaliação física observou-se os aspectos negativos devido grande incidência de tônus muscular alterado e a presença de edemas, que se apresentaram como maior número de amostra, explicado no Gráfico 5.

**Gráfico 5 - Aspectos avaliados na avaliação Física**



Fonte: FERREIRA, 2017.

A mudança dos aspectos motores em pacientes decorrentes a hospitalização é observada constantemente pelos profissionais de saúde no ambiente hospitalar. Como forma de avaliar a execução de tarefas dos pacientes e o desempenho ocupacional durante o processo de adoecimento, amputação e hospitalização, utilizou-se como ferramenta avaliativa a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), avaliação publicada em 1990 por Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko, & Pollock criada por pesquisadores canadense a partir do Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (MDCO), para ser utilizada como guia para terapeutas ocupacionais, na avaliação baseado na prática centrada no cliente (Law, et al., 2009).

O MDCO tem como base de compreensão a relação do indivíduo, ambiente e ocupação, esses componentes são os responsáveis por determinar o conceito do desempenho ocupacional humano. Em decorrência desse pensamento, a COPM

foi criada para avaliar o desempenho voltado nos anseios pessoais do cliente. Devido a singularidade de cada indivíduo, essa avaliação tem suas variáveis de acordo com seu cliente (Law *et al.*, 2009).

A estrutura da COPM não foi desenvolvida para avaliar desvios de normalidade provenientes empiricamente, já que esta avaliação não impõe padrão para desempenho ocupacional baseado na população em geral, os escores obtidos com cada sujeito são comparados com ele mesmo (Andolfato, 2009).

A maneira como a COPM se baseia está voltada para prática centrada no cliente e na sua ocupação, que é uma prática que melhora a funcionalidade e auto eficácia do indivíduo. Essa abordagem é uma das mais utilizadas pelo profissional da TO, pois abrange as escolhas do cliente, proporcionando o engajamento as ocupações que ele considera mais importantes (Pontes & Polatajko, 2016).

A COPM é dividida em duas etapas, a primeira consta com o perfil epidemiológico do cliente junto com uma tabela de atividades que é o local de coleta dos “problemas de desempenho” que os clientes vão julgar com os numerais de 1 a 10 como importantes a eles e que estão prejudicados, um outro quadro encontra-se subdividido em três esferas de acordo com áreas de desempenho denominadas autocuidado, produtividade e lazer (Law et al., 2009).

O tempo médio para a avaliação variou entre 20-40 minutos. Em seu estudo Sousa de Andrade, Araújo Seabra, & de Moura Ramos, (2015), pontuou que com base na aplicação da COPM o paciente, unicamente, disponibiliza as suas ocupações consideradas importantes. Os participantes dessa pesquisa enumeraram as atividades mais importantes para eles, assim como relataram o maior nível de dificuldade em executá-las. Como nessa pesquisa foi exposto no Quadro 1.

**Quadro 1: Problemas citados pelos pacientes**

Autocuidado	Quantidade vezes citadas por pessoas	Produtividade	Quantidade vezes citadas por pessoas	Lazer	Quantidade vezes citadas por pessoas
Lavar-se	8	Voltar a trabalhar	2	Participar de esportes	3
Vestir-se	14	Locomover-se pela sala da enfermaria	17	Ir para igreja	5
Usar o vaso sanitário	3			Visitar Família e amigos	5
Transferir-se da cama para a cadeira de rodas	7			Ir para festas	2

Fonte: Ferreira (2017).

Analisando os dados do Quadro 1, verifica-se que uma grande quantidade de participantes demonstrou importância às atividades de autocuidado, ao qual estão inseridas as AVDs<sup>1</sup> e AIVDs<sup>2</sup> de lavar-se, vestir-se, usar o vaso sanitário e transferir-se da cama para a cadeira de rodas. De acordo com Bastista & Luz (2012) no procedimento da amputação o indivíduo que antes com total autonomia realiza suas atividades básicas, passa a realizá-las com auxílio de outra pessoa, que acarreta nele sentimentos de incapacidades, impotência e um empobrecimento da autoimagem, principalmente na execução de atividade básicas a si.

Dentre os fatores pontuado na avaliação está a locomoção, que é um comprometimento limitante, uma vez que a habilidade de locomoção demanda um grupo de capacidades motoras, que permeia o deslocamento do indivíduo de um lugar para outro (Gallahue, Ozmun & Goodway, 2013). A ruptura da locomoção envolve diretamente na prática diária humana, acarretando baixos escores para desempenho e satisfação

ocupacional (Biffi, Aramaki, Silva, Garavello & Cavalcant, 2017).

Grande parte dos participantes estão em idade produtiva, poucos deles citaram dificuldades relacionadas a essas atividades. Mesmo que a maioria da população de amputados de MMII exibam múltiplas limitações funcionais, a amputação em si não implica por completo na sua independência. Outros fatores irão determinar essas limitações a pessoa amputada, dentre eles os contextos nos quais vivem, sua interação neles, a informação sobre seus direitos e a reabilitação pós alta hospitalar (Biffi, et al., 2017).

A segunda etapa da avaliação é responsável por referenciar os dados anteriormente coletados pelo cliente como mais importantes, para então serem julgados com maior detalhe, pois nessa etapa é avaliado os 5 (cinco) itens de problemas mais elucidados na primeira etapa. Que são destrinchados de acordo com o desempenho e satisfação ao qual está executando as atividades (Law et al., 2009).

Existem três variáveis na avaliação, os problemas, o desempenho e a satisfação, sendo que não necessariamente estas precisem demonstrar relação direta. Pois a importância dada

1 Atividades Básicas de Vida Diária.

2 Atividades Instrumentais de Vida Diária.

a uma atividade, exclusivamente, não significa que o paciente conseguiu desempenhá-la, e ainda expressar satisfação em realizá-la (Viêro, Ponte, Pommerehn & Delboni, 2017).

Observou-se que existe correlação significativa entre desempenho e satisfação em relação aos problemas citados pelos entrevistados no HUT, a média dos valores de desempenho em relação as de satisfação. Como é mostrado na Quadro 2 o grau de insatisfação dos participantes em realizar as tarefas ditas como importantes relacionados ao desempenho de autocuidado.

**Quadro 2: Análise descritiva dos fatores citados pelos participantes – Autocuidado**

Autocuidado	Desempenho Média	Satisfação Média
	(+/-)	(+/-)
Lavar-se	4,85	2,57
Vestir-se	5,3	3,0
Usar o vaso sanitário	4,75	4,0
Transferir-se da cama para a cadeira de rodas	4,16	2,3

Fonte: Ferreira (2017).

A média referente ao desempenho e satisfação, respectivamente, dos entrevistados sobre as atividades de lavar-se [ (4,85) ;(2,57) ] vestir-se [ (5,3); (3,0) ]; usar o vaso sanitário [ (4,75); (4,0) ]; transferir-se da cama para a cadeira [ (4,16); (2,3) ], foram as atividades mais citadas como problemas de desempenho ocupacional pelos participantes, no autocuidado.

O estudo de Abdalla, et al., 2013 mostra que os principais aspectos afetados na qualidade de vida do amputado estar relacionado aos aspectos físicos e psicossociais e apresentam dificuldades em aceitar a relação de dependência que inicialmente apresenta de atividades de autocuidado.

Quanto aos fatores de produtividade, estes foram destinados as atividades que relacionadas a socialização e produção de renda, foi abordado dos entrevistados as atividades das quais houve ruptura e apresenta dificuldade devido a sua atual condição, notou-se uma ênfase dada pelos pacientes a necessidade de poder voltar a trabalhar [ (5,0); (3,2) ] e locomover-se pela sala da enfermaria [ (4,6); (3,33) ], como mostra na Quadro 3.

**Quadro 3: Análise descritiva dos fatores citados pelos participantes – Produtividade**

Produtividade	Desempenho Média	Satisfação Média
	(+/-)	(+/-)
Voltar a Trabalhar	5,0	3,2
Locomover-se pela sala da enfermaria	4,6	3,33

Fonte: Ferreira (2017).

Um fator relacionado aos problemas de produtividade, destacado pelos autores na literatura e verificado no quadro acima, é a acessibilidade, que em locais, no geral, como as residências dos pacientes e em ambientes públicos é bastante restrita a esses indivíduos, as quais são causadas, na grande maioria dos casos, em decorrência das falhas nas construções urbanas e na falta de políticas públicas direcionadas ao acesso a mobilidade no nosso país (Sousa de Andrade, Araújo Seabra, & de Moura Ramos, 2015).

Quanto aos componentes de lazer analisados e mensurados pelos sujeitos pesquisados, verificou-se as seguintes médias: participar de esportes [ (4,6); (3,33) ], ir para igreja [ (5,5); (2,5) ], visitar família e amigos [ (3,3); (2,3) ] e ir para festas [ (3,25);(2,25) ]. Almeida (2008) relata que o sujeito quando passa a depender de terceiros para realizar atividades de lazer e dos meios sociais tem seu grau de autonomia prejudicado em decorrência, principalmente, dos fatores psicológicos afetados por essa perda em questão, causando sentimentos, incapacidade, ansiedade, inferioridade e isolamento. O Quadro 4 mostra a correlação significativa das variáveis desempenho e satisfação quanto ao componente de lazer dos participantes.

A existência de estudos sobre a prática do lazer com pessoas amputadas é escassa, porém, Martinelli (2011) aponta que o lazer é importante para o desenvolvimento das escolhas relacionadas aos interesses e desejos pessoais de pessoas com deficiência, pois favorece a elas o ganho de independência, que nesse caso encontram-se excluídas socialmente.

Devido a esse estigma preconiza-se que é de fundamentação do profissional da TO oferecer ao paciente a autonomia de opinar sobre o que importante as suas necessidades significativas de lazer.

**Quadro 4: Análise descritiva dos fatores citados pelos participantes – Lazer**

Lazer	Desempenho Média	Satisfação Média
	(+/-)	(+/-)
Participar de esporte	4,6	3,33
Ir para igreja	5,5	2,5
Visitar Família e amigos	3,3	2,3
Ir para festas	3,25	2,25

Fonte: Ferreira (2017).

Nos três quadros de componentes de desempenho da avaliação ocupacional dos pacientes do HUT, apontaram significância acentuada nas variáveis de desempenho e satisfação, as mesmas mostram índices mais elevados na média quando eram discutidos o ato de desempenhar as atividades, contudo o grau de satisfação ao qual eram realizados apresentavam-se inferior, mostrando a relação de insatisfação no desempenho ocupacional dos participantes da pesquisa em realizar as atividades devido o processo de amputação.

**Discussão**

A realização de estudos que enfocam a avaliação com sujeitos em alterações do estado funcional demonstra relevância significativa no contexto hospitalar. Este estudo mostrou a relação entre desempenho ocupacional e amputação de MMII.

Percebeu-se com os dados coletados dos pacientes amputados na clínica cirúrgica no Hospital de Urgência em Teresina, apresentam queixas ocupacional em decorrência dos comprometimentos nas áreas e componentes de desempenho na realização de suas atividades, em especiais as áreas de atividades básicas de autocuidado, que foram mais mencionadas no estudo.

Apesar do número reduzido de pesquisa realizadas no Brasil nessa área por terapeutas ocupacionais, conclui-se a necessidade de desenvolvimento de outros estudos com essa temática, sobretudo com propostas de intervenção precoce sobre a prevenção da amputação que em sua maioria é decorrente de doenças metabólicas, devendo assim apresentar orientações de cuidado e execução de suas atividades básicas e produtivas a esse público, levando em consideração que terapeuta ocupacional é o profissional que tem entendimento dos por-

menores das atividades, estando habilitado para intervir na melhoria no desempenho ocupacional desses pacientes. Incluindo essa intervenção não somente na atenção secundária (ambiente hospitalar) mas na atenção primária.

Os resultados da pesquisa relacionados as atividades cotidianas justificam, pois, o encaminhamento, presença e intervenção do terapeuta ocupacional no atendimento ao sujeito amputado. Foi observado por meio desta pesquisa, que a avaliação desse profissional dentro do ambiente hospitalar pode favorecer ao paciente a possibilidade de ganho na qualidade de vida, pois por meio dessa avaliação é realizado o prognóstico ocupacional desses pacientes. ■

[Recibido: 23/09/2019- Aprobado: 16/05/2020]

**Referencial**

- Abdalla, A. A., Galindo, J., de Carvalho Ribeiro, S., Riedi, C., Ruaro, J. A., & Fréz, A. R. (2013). Correlação entre qualidade de vida e capacidade locomotora de indivíduos com amputação de membros inferiores. *ConScientiae Saúde*, 12(1),106-113.
- Alexandre, T. D. N. P. (2016). *A vivência do tempo ocioso na internação de longo período em um hospital geral*. [25] f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) — Universidade de Brasília.
- Almeida, A. E. C. G. D. (2008). *Diabetes mellitus como causa de amputação não traumática no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia*. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia.
- American occupational therapy association AOTA (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*,26, 1-49.
- Andolfato, C., & Mariotti, M. C. (2009). Avaliação do paciente em hemodiálise por meio da medida canadense de desempenho ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20(1), 1-7.
- Batista, N. N. L. D. A., & Luz, M. H. B. D. A. (2012). Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 244-250.
- Biffi, R. F., Aramaki, A. L., Silva, F. C. M., Garavello, I., & Cavalcanti, A. (2017). Levantamento dos problemas do dia a dia de um grupo de amputados e dos dispositivos de auxílio que utilizam. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 28(1), 46-53.
- Bortoletto, M. S. S., Viude, D. F., Haddad, M. D. C. L., & Karino, M. E. (2010). Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 32(2), 205-213.
- Brum, M. (2015). A influência do comportamento humano dentro das organizações. *Revista Pós-graduação: desafios contemporâneos*, 2(3), 181-198.
- Bueno, D. S., Batista, C. R., & Thomazelli, F. C. S. (2016). Amputação de membros inferiores em pacientes diabéticos qual é o controle dos fatores de risco? *Rev. AMRIGS*, 60(3), 220-229.



- Caillet-Bois, C., Hernández, M. E., Muñoz, P., Murray, S., & Illán, V. (2012). Prevalencia de intervenciones de terapia ocupacional en un hospital de agudos. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2). doi:10.5354/0719-5346.2012.25312
- Caldas, A. S. C., Facundes, V. L. D., & Silva, H. J. (2011). O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(3), 238-244.
- Chamlian, T. R., & Starling, M. (2013). Avaliação da qualidade de vida e função em amputados bilaterais de membros inferiores. *Acta Fisiátrica*, 20(4), 229-223.
- Conselho federal de fisioterapia e terapia ocupacional. Aprova a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e das outras providências. *Resolução 429, de 08 de julho de 2013. Lex: Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional – COFFITO. 2013*
- Constantinidis, T. C. (2012). “Cabeça vazia, oficina do diabo”: concepções populares do termo ocupação e a terapia ocupacional. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 691-700.
- Corrêa, G. C., & Santana, V. C. (2014). Avaliação do impacto de uma intervenção de terapia ocupacional com ênfase no desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com deficiência visual. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(1), 43-50.
- Crepeau, E., Cohn, E., & Schell, B. (2011). Prática de terapia ocupacional contemporânea nos Estados Unidos. *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 218-223.
- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP. Amputações atingem mais de 40 mil pacientes diabéticos no SUS, 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/4262>. Acesso em: 05.11.2017.
- Fernandes, A. C., Ramos, A. C. R., Filho, M. C. de M. & Ares, M. de J. J. (2015). *Reabilitação*. 2ed. Barueri (SP): Manole, 256-267.
- Fundação Municipal de Saúde de Teresina FMS. Hospital de Urgência Dr. Zenon Rocha (HUT). Piauí, 2008. Disponível em: <http://fms.teresina.pi.gov.br/hospital-de-urgencia-dr-zenon-rocha-hut>. Acesso em: 09. Nov.2017.
- Galheigo, S. M. (2008). Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(1), 20-28.
- Gallahue, D. L., Ozmun, J. C., & Goodway, J. D. (2013). Compreendendo o desenvolvimento motor-: bebês, crianças, adolescentes e adultos. AMGH Editora.
- Gritti, C. C., Paulino, V. U., Marques, L. H. N., Castiglioni, L., & Bianchin, M. A. (2015). Desempenho ocupacional, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pacientes com epilepsia. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(1), 93-101.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2009). Medida canadense de desempenho ocupacional (COPM). *Belo Horizonte: Editora UFMG*.
- Martinelli, S. A. (2011). A importância de atividades de lazer na terapia ocupacional/the importance of leisure activities into occupational therapy. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 19(1).111-118.
- Martins, L. A., & de Camargo, M. J. G. (2014). O significado das atividades de Terapia Ocupacional no contexto de internamento de gestantes de alto risco/The meaning of the Occupational Therapy activities in the hospitalization context of high risk pregnancy. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 22(2). 361-371.
- Nogueira, I. L. S. (2015). A importância do ambiente físico hospitalar no tratamento terapêutico do paciente hospitalizado. *Revista On-Line IPOG*,9(10) 1-15.
- Nogueira, M. I., & Ferreira, F. R. M. (2016). Teorias, tecnologia e seu uso na compreensão do cérebro humano. *Khronos*, (2), 50-70.
- Pedretti, L. W., & Early, M. B. (2005). *Terapia ocupacional-capacidades práticas para as disfunções físicas*. Editora Roca. (5)126-132.
- Pontes, T. B., & Polatajko, H. (2016). Habilitando ocupações: prática baseada na ocupação e centrada no cliente na Terapia Ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24(2), 403-412.
- Santos Boechat, J. C., Manhães, F. C., da Gama Filho, R. V., & Istoe, R. S. C. (2015). A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *InterSciencePlace*, 1(22).89-193.
- Senefonte, F. R. D. A., Rosa, G. R. D. P. S., Comparin, M. L., Covre, M. R., Jafar, M. D. B., Andrade, F. A. M. D. , & Nogueira Neto, E. (2012). Amputação primária no trauma: perfil de um hospital da região centro-oeste do Brasil. *Jornal Vascular Brasileiro*, 11(4), 269-276.
- Silveira, J. F., de Lima, K. B., da Luz Goulart, C., Adolfo, J. R., Cardoso, D. M., da Silva, A. C. F., & Paiva, D. N. (2015). Avaliação da capacidade funcional, força muscular e função pulmonar de pacientes amputados e protetizados ao nível transfemural: estudo piloto. *Cinergis*, 16(1).01-04.
- Sousa de Andrade, V., Araújo Seabra, M. M., & de Moura Ramos, I. E. (2015). Correlação entre fadiga e desempenho ocupacional de indivíduos com esclerose múltipla. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(4). doi: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0592>
- Tinoco, P. C. A. (2016). Tromboangeíte obliterante: diagnóstico, manejo e tratamento. *RBAC*, 48(4), 307-10.
- Viêro, P. B., Ponte, A. S., Pommerehn, J., & Delboni, M. C. C. (2017). Diabetes Mellitus tipo 1 e 2: interferência das complicações vasculares e neurológicas no desempenho ocupacional/Type 1 and 2 Diabetes Mellitus: interference of vascular and neurological complications in occupational performance. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(1), 75-84.

#### Cómo citar este artículo:

Thuiza de Sousa A. y Ferreira Dantas Carvalho G.(2020). Avaliação do desempenho ocupacional de indivíduos amputados em um hospital de urgência em Teresina-pi. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 23-32.

## Violencia hacia las mujeres en el ámbito del ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional. Análisis de relatos de violencia simbólica y económica.

Violence against women in the professional practice of Occupational Therapy. Analysis of reports of symbolic and economic violence.

Andrea Portela | Julieta Giantinoto | Julieta Briglia | Ayelén Daniela Bursztyn | Julieta Jeroncich | Aldana Maiani

### Andrea Portela

Licenciada en Terapia Ocupacional. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Terapeuta ocupacional de planta del Hospital P. Piñero del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Integrante de la Agrupación Terapeutas Ocupacionales Libres - ATL.

andraportelato@gmail.com

### Julieta Giantinoto

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta ocupacional de planta del Cesac Nro.47 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Integrante de la Agrupación Terapeutas Ocupacionales Libres - ATL.

julietagiantinoto@gmail.com

### Julieta Briglia

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta ocupacional de planta del Cesac Nro.9 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Integrante de la Agrupación Terapeutas Ocupacionales Libres - ATL.

juliet\_173@yahoo.com.ar

### Ayelén Daniela Bursztyn

Licenciada en Terapia Ocupacional. Integrante de la Agrupación Terapeutas Ocupacionales Libres - ATL.

bursztynaye@gmail.com

### Julieta Jeroncich

Licenciada en Terapia Ocupacional. Residente de primer año en Residencia de la Provincia de Buenos Aires, H.I.G.A San Martín de La Plata. Integrante de la Agrupación Terapeutas Ocupacionales Libres - ATL. Mail:

jeroncich@gmail.com

### Aldana Maiani

Licenciada en Terapia Ocupacional. Maestranda en Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Terapeuta ocupacional de planta del Hospital P. Piñero del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Integrante de la Agrupación Terapeutas Ocupacionales Libres - ATL.

aldanamaiani@hotmail.com

### Resumen

En este trabajo se analizan los relatos de situaciones de violencia simbólica y económica vividas por terapeutas ocupacionales (TOs) mujeres durante el ejercicio de la profesión, basados en la "Encuesta a Terapeutas Ocupacionales Mujeres sobre Violencia en el Ámbito Laboral en la Argentina" desarrollada por la Agrupación Terapeutas Ocupacionales Libres - ATL, durante los meses de noviembre y diciembre de 2018. El entrecruzamiento teórico-empírico hizo posible establecer relaciones entre los significados e interpretaciones que las TOs asignaron a situaciones de violencia de distintos tipos y los motivos por los cuales las caracterizaron, en algunos casos, como situaciones de violencia basadas en el género. Se pudieron pesquisar significados relacionados a la "desvalorización profesional" tanto en los relatos de violencia simbólica como en los de violencia económico-patrimonial. En la violencia económica, esta noción aparece ligada principalmente a la precarización laboral y la inequidad en la retribución económica que perciben las mujeres TOs. Por otro lado, en la violencia simbólica, se vincula principalmente a la división sexual del trabajo donde persisten estereotipos y roles de género, que se manifiestan, por ejemplo, en la invisibilización de los logros profesionales y la exclusión de tareas que implican reconocimiento. Conocer las representaciones e interpretaciones de las TOs sobre las violencias cotidianas en el ejercicio profesional, nos permite identificarlas y desnaturalizarlas para generar acciones colectivas que propicien trabajos más igualitarios y respetuosos de derechos.

**Palabras Claves:** violencia hacia la mujer, violencia laboral, terapia ocupacional, mujeres trabajadoras.

### Abstract

*This paper analyzes the reports of symbolic and economic violence experienced by female Occupational Therapists (OTs) during the exercise of the profession, based on the "Survey of workplace violence against female Occupational Therapists in Argentine" developed by ATL (Group of Free Occupational Therapists) during the months of November and December 2018.*

*The theoretical-empirical cross-linking made it possible to establish relationships between the meanings and interpretations that OTs assigned to violence situations of different types and the reasons why, in some cases, were characterized as gender-based violence.*

*Meanings related to "professional devaluation" could be found in both types of violence studied. In the case of economic violence, this notion appears mainly linked to job insecurity and inequality in the economic remuneration that female OTs receive. In symbolic violence, it is mainly linked to the sexual division of labor, where gender stereotypes and roles persist and manifest, for example, in the invisibility of professional achievements and the exclusion of tasks that imply recognition.*

*Pointing out the representations and interpretations of the OTs about daily violence in professional practice allows us to identify and denaturalize these multiple violence and generate collective actions that propitiate more egalitarian and right-respectful work spaces.*

**Key words:** violence against women, labor violence, Occupational Therapy, working women.

## Introducción

En este trabajo se analizan las narraciones que describen situaciones de violencia simbólica y económica vividas por terapeutas ocupacionales (TOs) mujeres durante el ejercicio de la profesión, basadas en la “Encuesta a Terapeutas Ocupacionales Mujeres sobre Violencia en el Ámbito Laboral en la Argentina” que desarrolló la Agrupación Terapeutas Ocupacionales Libres – ATL, durante los meses de noviembre y diciembre de 2018<sup>1</sup>.

En el primer informe donde se publicaron los resultados preliminares de este proyecto pudimos bosquejar algunas hipótesis que vinculan los distintos tipos de violencia (psicológica, simbólica, económico-patrimonial, física y sexual) a las condiciones en las cuales las TOs nos desarrollamos profesionalmente. Los resultados allí presentados dan cuenta de la magnitud de la problemática de la violencia dentro de nuestra profesión: el 73% de las 330 encuestadas experimentó al menos un tipo de violencia durante la práctica profesional y se describieron un total de 480 situaciones, de las cuales 119 fueron de violencia económico-patrimonial y 105 de violencia simbólica (Portela, Rosemblat, Briglia, Rey Ferraro y Vázquez, 2019).

En el presente trabajo se analizan las narrativas de las TOs, con el objetivo de rescatar las interpretaciones que las mismas realizan sobre las situaciones vividas. Se hace hincapié en conocer si esas interpretaciones contemplan la cuestión de género como causante de la violencia o dejan por fuera esta variable.

Luego, se incluye un entrecruzamiento teórico-empírico entre las categorías de análisis que surgen de este proceso y los desarrollos teóricos actuales, a fin de establecer relaciones entre distintos aspectos de las situaciones de violencia simbólica y económico-patrimonial y la forma en que las TOs la significan e interpretan.

## Metodología

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2018 se difundió a través de los canales de comunicación de distintas asociaciones profesionales de TOs de Argentina, una encuesta autoadministrada y voluntaria sobre la violencia en el ámbito laboral.

1 Agrupación Terapeutas Ocupacionales Libres-ATL es un colectivo de terapeutas ocupacionales y estudiantes de Terapia Ocupacional de Buenos Aires que se formó en el año 2015 con un profundo interés en nuestra disciplina y en cómo las variables políticas, económicas, sociales y culturales la atraviesan. A lo largo de estos años, ATL realizó múltiples acciones políticas, gremiales y académicas. Luchamos por un Estado garante y promotor de derechos y por una Terapia Ocupacional crítica, social y con perspectiva de género.

Página web: <https://agrupacionterapist.wixsite.com/misitio> IG: @agrupacion\_terapeutas\_libres Facebook: Agrupación Terapeutas Ocupacionales Libres-ATL

La población objetivo fueron TOs mujeres con ejercicio profesional en el país. El tamaño muestral se estableció en 330 en base a información proporcionada por la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO), que arrojaba, para el año 2018, la cifra de 12.000 TOs habilitadas/os para el ejercicio profesional. El muestreo fue no probabilístico y el método de selección, casual o accidental.

El instrumento de recolección de datos se construyó especialmente para esta investigación utilizando herramientas que proporcionan los formularios Google. Previo al trabajo de campo, se realizó una prueba piloto. Finalmente, el cuestionario quedó compuesto por trece secciones. La primera, recogió información para la caracterización de la muestra (edad, nacionalidad, lugar de formación y provincia en la que desarrolla la profesión). Las siguientes cinco, indagaron las situaciones de violencia física, psicológica, simbólica, económico-patrimonial y sexual-reproductiva vividas durante el ejercicio de la profesión. 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 afirmaba haber vivido alguno de estos tipos de violencia relevados, se habilitaba una serie de quince ítems que debían responderse enfocándose en la situación más significativa experimentada dentro de ese tipo particular.

Los ítems para la caracterización de las situaciones de violencia fueron: frecuencia/repetición, rol de la TO y antigüedad, condiciones de contratación, área de trabajo, tipo de dispositivo y gerenciamiento, lugar/es en que aconteció la violencia, rol, género y cantidad de personas que la ejercieron y acciones llevadas adelante a posteriori.

El instrumento a su vez incluyó, como ítems de llenado opcional, la posibilidad de describir en forma de breve relato, la situación de violencia experimentada y los motivos por los cuales se consideró a la misma, o no, como violencia basada en género, tanto en el momento en que ocurrió, como en la actualidad.

Finalmente, las últimas secciones del cuestionario abordaron la formación en perspectiva de género de las encuestadas y comentarios sobre la encuesta.

De esta manera, el cuestionario incluyó variables que permitieron la cuantificación de datos sobre las circunstancias en las que se producen situaciones de violencia durante el ejercicio de la profesión en el país<sup>2</sup>. Y, también, incluyó ítems que permitieron a las encuestadas la expresión de opiniones, significados, interpretaciones, valoraciones y relaciones a través de las cuales explicaron los acontecimientos.

En este trabajo se analizarán las dimensiones cualitativas de dos de las variables principales del estudio: violencia simbó-

2 Un primer informe de estos resultados fue publicado en julio de 2019 en la Revista Argentina de Terapia Ocupacional (Portela et al., 2019)

lica y violencia económico-patrimonial. Para esto, se trabajó sobre las narrativas de cada una de las situaciones de violencia aportadas por las encuestadas, y sus razones para considerarlas (o no) como violencia basada en el género.

El procesamiento del material narrativo se organizó en distintas etapas. Primero, se segmentó según el tipo de violencia descripta para luego codificar las distintas situaciones de acuerdo a su temática, e identificar los distintos argumentos por los cuales las TOs las interpretaban o no como violencia basada en el género.

De este modo, se construyeron categorías provisionales que permitieron aglutinar situaciones cuyos significados e interpretaciones por parte de las encuestadas eran asimilables. Las categorías definitivas se construyeron a partir de la incorporación de elementos teóricos que surgieron del rastreo y la búsqueda bibliográfica. Las relaciones encontradas en la articulación de los relatos con el material teórico permitieron refinar las categorías formuladas inicialmente y profundizar el análisis del material narrativo.

### **Relatos de violencia económico-patrimonial en el ámbito laboral.**

La violencia económica es aquella que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer (Ley Nacional N°26.485). Éste tipo de violencia fue experimentado por 119 de las TOs entrevistadas (36%). El 63% de ellas sufrió este tipo de violencia en más de una oportunidad y si bien el 27% refirió que la situación se dio sólo una vez, en la descripción que hacen se evidencia que la situación se sostuvo durante periodos de tiempo considerables (Portela et. al, 2019).

Los episodios de violencia que describen, involucran situaciones de retrasos en el pago del sueldo, retenciones en el mismo sin causa, presión para facturar trabajos no realizados, etc. Relatan, además, que sus sueldos eran menores que el de otras/os profesionales del mismo rango, que recibieron amenazas vinculadas a echarlas de sus puestos y que no quisieron otorgarles licencias.

En este tipo de violencia se identificó a la modalidad de contratación y el tipo de gestión de la institución como factores de riesgo: el 80% de las situaciones ocurrieron en instituciones de gestión privada y el 64% de las TOs que la sufrieron eran monotributistas (contra un 31% en relación de dependencia). En el 93% de los casos fueron personas que ocupaban cargos de mayor status quienes ejercieron la violencia, sin diferencias significativas en cuanto a su género (en varias situaciones, ni siquiera se hacía referencia a personas físicas, sino que la violencia provenía de “la institución”, “la dirección”, “la oficina de personal”, “el Estado”, etc.). El 53% de las TOs se encontraban en los primeros años de ejercicio de la profesión,

mientras que el 32% tenía más de 3 años de antigüedad en el cargo y sólo el 10% ocupaban puestos jerárquicos (Portela et.al, 2019).

De las 119 TOs que afirmaron haber sufrido violencia económico-patrimonial, 25 eligieron no contar la situación vivida. De las 94 encuestadas que sí narraron la situación, pudimos identificar que en 78 relatos había otros tipos de violencias asociadas: psicológica (63%), simbólica (34%) violencia sexual (10%) y física (5%). Cabe destacar que en algunos de estos relatos se detectó la intersección de más de tres tipos de violencia.

En 19 relatos se describen prácticas ligadas a la precarización laboral, como el incumplimiento de derechos laborales, irregularidades en la contratación, prácticas abusivas, castigos, falta de insumos, etc. En casi la mitad de las situaciones (49) el eje está en la retribución económica a la que se describe como *inadecuada, injusta, insuficiente y desigual*. Se hace referencia directa a la desvalorización profesional en 26 relatos.

### **La desvalorización de la profesión: inequidad y brecha salarial como violencia económica.**

El 36% de las situaciones de violencia económica estuvieron relacionadas con la inequidad en el salario o remuneración. Muchas de estas situaciones se interpretan como desvalorización de la tarea profesional, y en algunos casos las encuestadas la asocian a la cuestión de género.

Una TO que trabajaba en un Centro Educativo Terapéutico de gestión privada, manifiesta diferencias en su sueldo y las adjudica directamente al género: “*ganás menos por ser mujer*”.

Otra TO que trabaja en una ONG relata una situación similar y refleja la mirada de sus jefes: “*...para quienes dirigen la institución, es un plus extra ser hombre*”.

Un gran número de encuestadas vincula la brecha salarial a la profesión en sí misma y la desvinculan de la cuestión de género. Aparecen muchas situaciones en las que el sueldo de las TOs está por debajo del de otras/os profesionales:

“*Mi jefe le paga más a un kinesiólogo que a una TO*”.

“*El valor hora para TO es menor a la de otros profesionales...la violencia económica está relacionada a la profesión. No es una violencia de género*”.

La desvalorización económica de la profesión que las encuestadas perciben como violenta y que, en algunos casos, relacionan directamente con el género y en otros con la profesión en sí misma, encuentra su punto de intersección en el concepto de disciplina feminizada. Al respecto, Daniela Testa (2013) manifiesta que la participación femenina en una profesión que se constituye en relación de subordinación a la jerarquía

médica, puede ser comprendida, además, en el marco de un contrato sexual más amplio “silenciado o reprimido” que determina la subordinación de la mujer como una forma de relación velada que avala un orden social patriarcal.

La desigualdad salarial en una profesión feminizada requiere tener en cuenta que la división sexual del trabajo establece una serie de roles y mandatos sociales, políticos y económicos para hombres y otros, para mujeres. La división social y científica del trabajo está atravesada por esta lógica, de manera que el género funciona como uno de los factores más importantes que determinan la posición social, el reconocimiento y el valor de la práctica de una profesión. La injusta organización social de los cuidados responsabiliza exclusivamente a las mujeres de las tareas domésticas y reproductivas. Por este motivo, en el mercado del trabajo, se concentra la participación de las mujeres en ciertas ocupaciones relacionadas con los cuidados y la reproducción de la vida, es decir, en labores social y económicamente desvalorizadas y por lo tanto, de menor remuneración. Este fenómeno se denomina “segregación horizontal” (Organización Internacional del Trabajo Américas, 2019)

Los relatos de las colegas exponen, no solo la brecha y la inequidad salarial que sufren por ser TOs y mujeres, sino también, las formas en que la desvalorización profesional se expresa dentro de una profesión feminizada. Esto es, en formas simultáneas de violencia simbólica, psicológica y económica.

*“las TO somos nombradas ‘talleristas’ y cobramos menos que el resto de la planta profesional.”*

*“...nos abonaban menos que a los hombres sin dar explicaciones. Hacían referencia a hacernos un favor al trabajar en ese lugar. Y que no encontraríamos algo mejor.”*

*“Mis honorarios eran bajos... pero además se me expresaba verbalmente que mi trabajo estaba muy bien pago. Encubría el menosprecio a la profesión.”*

Las representaciones que para la sociedad implican las prácticas de atención a otros/as, se encuentran todavía inferiorizadas respecto de la importancia social que suponen. El aporte económico que una mujer puede hacer en el hogar producto de esta actividad, es considerado “secundario” o complementario al sueldo masculino.

*“... al reclamarle mi sueldo me dijo que para qué lo necesitaba si mi marido tenía dinero”*

Por otra parte, las actividades de ayuda y cuidado ejercidas por nuestra profesión están históricamente ligadas a la noción de servicio voluntario, marcado por influencias caritativas y filantrópicas. Esto es, al trabajo invisible y gratuito de las mujeres.

Sólo en uno de los relatos se hizo mención a las dificultades para el acceso a cargos de mayor jerarquía. Ésta es otra

dimensión de relevancia para analizar la brecha salarial por razones de género: la “segregación vertical” del mercado de trabajo, también conocida como “techo de cristal”. Esto es, el tope que enfrentan las mujeres para acceder a los estadios superiores de la estructura jerárquica en el trabajo y que las concentra en los puestos técnicos, no estratégicos y de menor responsabilidad, remuneración y reconocimiento. La ausencia casi total de este tipo de relatos en las encuestas podría relacionarse con las limitaciones que, como profesión feminizada, tenemos para acceder a lugares de poder dentro de las instituciones donde trabajamos.

*“Los kinesiólogos cobraban más que el resto del equipo (éramos todas mujeres) y nuestro sueldo y aumento los gestionaba el kinesiólogo, coordinador de todo el equipo. Pedía más para kines y no se nos permitía organizarnos o tener nuestra propia coordinadora TO”.*

En este sentido, es probable que las ocupaciones masculinizadas se hayan visto beneficiadas en sus condiciones laborales y salariales no sólo porque cuentan con un mayor reconocimiento social, sino también por tener una larga y consolidada historia de sindicalización, a diferencia de las ocupaciones más feminizadas (OIT Américas, 2019).

### **Precarización laboral como violencia económica.**

El trabajo en nuestra sociedad continúa mostrando el carácter de precariedad que se impuso desde hace décadas. La flexibilización laboral en nuestra profesión se evidencia en sueldos bajos, “pasantías”, salarios “en negro”, horas extras impagas, incumplimiento de licencias por enfermedad, maternidad, etc. La base de los fenómenos de violencia en el trabajo debe situarse en las modalidades de explotación y gestión de la fuerza de trabajo. Éstas son el terreno propicio de la violencia laboral y por tanto, es preciso poner en evidencia las condiciones socioeconómicas y organizacionales del trabajo que actúan como elementos desencadenantes de la violencia (Wlosko & Ross, 2019).

Estas inequidades que están presentes para todos/as, empeoran en el caso de las mujeres trabajadoras. Los relatos de las encuestadas muestran de manera muy clara la articulación del binomio capitalismo-patriarcado.

### **El caso de las embarazadas y las madres.**

Varias encuestadas manifestaron haber sufrido situaciones de precarización laboral o incumplimiento de sus derechos laborales durante el embarazo o como consecuencia de la maternidad: no acceder a las licencias pagas, ni horario de lactancia, no percibir aguinaldos, etc.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la maternidad es un factor relevante a la hora de identificar a los

grupos de mujeres más afectados por la violencia laboral, ya que se evidencia una disparidad salarial significativa entre las que tienen personas menores a su cargo y aquellas que no están en esa situación (OIT Américas, 2019). Esto configura una restricción sobre los derechos de las mujeres y constituye, no solo violencia económica, sino también, violencia sexual y reproductiva.

### *Las amenazas de despido y el abuso de poder*

La desestructuración de los vínculos en los colectivos de trabajo producto de la devaluación de las regulaciones y normativas vinculadas con la convivencia en los espacios laborales constituye el antecedente necesario para el desarrollo de dinámicas violentas. Las prácticas arbitrarias, son posibles debido a la volatilización de las reglas comunes en el trabajo. El aliento de la competitividad entre pares genera terreno fértil para la violencia. Se instituyen así, una serie de reglas informales y “castigos” que pueden provenir de un superior, de un grupo de pares o de un grupo compuesto por ambos (Wlosko & Ross, 2019).

Del análisis de las entrevistas, surgen como “castigos” frecuentes: la negación de vacaciones y otras licencias, y los despidos (amenazas)

*“Me amenazaba con sacarme ‘de patitas’ a la calle”*

*“Cuando hacemos cursos a algunas les pagan los días y a otras no, redistribuyen las horas de verano favoreciendo a algunas profesionales más que a otras.”*

*“Luego de un reclamo salarial con algunas compañeras de trabajo fuimos citadas a la casa del director (...) Fuimos ninguneadas y descalificadas, además se vislumbraba una cierta amenaza encubierta”*

### **Relatos de violencia simbólica en el ámbito laboral.**

La violencia simbólica contra las mujeres está constituida por la emisión de mensajes, iconos o signos, valores o patrones estereotipados que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación, que naturalizan o justifican la subordinación y la violencia contra las mujeres en la sociedad (Ley N° 26.485).

De acuerdo a los resultados de la encuesta, 105 mujeres (32% de la muestra) identifican haber sufrido violencia simbólica durante el ejercicio de la profesión, y el 70% de ellas (73 TOs) afirma haberla experimentado en más de una oportunidad. Al igual que en otros tipos de violencia, aquellas con menos años de experiencia y en cargos de menor jerarquía estuvieron más expuestas a sufrir violencia simbólica que las que se desempeñaban en cargos de conducción o tenían más trayectoria en la profesión. No se puede asociar su presencia a características específicas de las áreas, dispositivos, o tipo de gerencia-

miento de las instituciones donde ocurrió. En el 61% de las situaciones, la violencia provino de uno o varios varones y en el 24% de una o varias mujeres. En el resto de los casos los/las agresores/as fueron de distintos géneros (Portela et. al, 2019)

De las 105 TOs que afirmaron haber sufrido violencia simbólica, sólo 79 decidieron narrar la situación vivida. La diversidad de sus relatos expone la variedad de modos de entender la violencia simbólica y cómo ésta se expresa en los ámbitos de trabajo en una gama de fenómenos de distinta intensidad que son vividos como injustos, arbitrarios, descalificantes y/o humillantes.

Los relatos aportados fueron categorizados atendiendo al tipo de conductas que describen las TOs y/o al significado que a las mismas le asignan. Así, encontramos 46 situaciones de *desvalorización profesional* (aquí se aglutinan ejemplos de expresiones, conductas, tareas demandadas y prácticas organizacionales percibidas como descalificadoras hacia el rol profesional), 20 relatos que describen *comentarios y chistes misóginos*, 6 de *sugerencias o comentarios en relación al cuerpo, la vestimenta y el arreglo personal*, 5 de *arbitrariedades o abuso de poder* y 2 que corresponden específicamente a otros tipos de violencia.

En las narrativas encontramos que los comentarios sexistas y las actitudes misóginas son parte del cotidiano en el ejercicio profesional de las TOs. Varios relatos describen la exposición constante a comentarios machistas<sup>3</sup>, mayormente hechos en forma de “chistes machistas”, bromas de tinte sexual o, a recibir apodos por parte de jefes o compañeros. También hubo menciones a exigencias sobre el aspecto físico ligadas a estereotipos de belleza (maquillarse o vestirse de determinada forma).

En 46 situaciones de violencia simbólica aparecen referencias directas a la desvalorización profesional por parte de compañeros/as<sup>4</sup> y jefes/as. En 34 de estas situaciones, las encuestadas las relacionan con la feminización de la carrera; esto es, con la idea de que ser mujer y pertenecer a una profesión mayoritariamente ejercida por mujeres, influye en el sostenimiento de prácticas institucionales de discriminación y maltrato hacia las TOs.

La asignación de tareas que describen las terapistas no corresponde a las injerencias profesionales, pero puede explicarse a partir de los roles de género y la división sexual del trabajo.

3 El machismo es una ideología que engloba el conjunto de actitudes, conductas, prácticas sociales, creencias, destinadas a perpetuar la inequidad de género. El machismo es una forma de sexismo en la que se discrimina y menosprecia a las mujeres y disidencias sexuales como “inferiores” al “hombre”.

4 En este artículo se busca evitar el uso del masculino genérico, las autoras promovemos la libertad y el respeto a las diversidades de género, entendiendo la importancia del uso de un lenguaje inclusivo, no sexista y no binario.

Estos roles suponen ciertas cualidades físicas, intelectuales y emocionales, asignadas como “naturales” para cada género. De esta manera, mujeres y varones estaríamos “naturalmente” preparados para distintos tipos de trabajos (Lamas, 2000; Lagarde, 2011). Los relatos permiten observar cómo las TOs son responsabilizadas en sus trabajos de tareas ligadas a la domesticidad y ponen en evidencia el modo en que las jefaturas, independientemente del género de quien las ocupe, reproducen la división sexual del trabajo, dejando entrever la desigualdad en el trato y en las exigencias laborales para con las TOs mujeres<sup>5</sup>. Varios investigadores coinciden que el desempeño de este tipo de tareas en el ámbito laboral refuerzan los rasgos de subordinación y desvalorización de la mujer y su trabajo (Anker, 1997; Ariza, 2000; Olivera & Araiza, 2000).

*“Nos hacía preparar café y también trabajar en el horario del almuerzo en el comedor mientras los hombres TOs trabajaban en otros espacios”.*

*“Tenía que encargarme de la decoración, la limpieza y el orden de los espacios de la institución”.*

*“Algunas de las frases que me decían: ‘acompañalo vos al baño que sos mujer’, ‘limpia el piso que sos mujer’, ‘limpia la mesa’...”*

*“En un ocasión un profesional me dice: te voy a derivar una paciente, porque necesita estar entretenida, ustedes le pueden enseñar a hacer manualidades, esas cosas de mujeres”.*

La falta de valoración profesional es un tipo de violencia simbólica que para las TOs encuestadas también se materializa en situaciones donde el factor común es la invisibilización, la exclusión o el no reconocimiento de la tarea y los logros profesionales.

*“...siempre fueron peores para nosotras las condiciones del espacio físico y materiales a usar en relación a los compañeros de otras profesiones. Llegué a no tener lugar estable y ver sobre el momento donde trabajar... No lo consideré violencia basada en el género sino violencia hacia la profesión”.*

*“... en una oportunidad hicimos un proyecto con un compañero psiquiatra y lo presentó solo con su firma”.*

*“En una jornada de formación profesional (...) el cronograma especificaba cada módulo con las disertaciones y los nombres de los doctores correspondientes. En el caso de las disertaciones de TO, se generalizaba como ‘rehabilitadoras locales’... Lo considere violencia basada en el género porque el objetivo era invisibilizarnos y quitarnos identidad a cada TO”.*

*“Nos mudaron a un espacio provisorio al lado del comedor. Inicialmente sin agua ni lugar para nuestros materiales”.*

*“Colaboré en la creación de un centro de día con hogar y al momento de distribuir las coordinaciones eligieron a un psicólogo recién recibido que se desempeñaba como orientador de sala... Lo consideré violencia basada en el género porque claramente hubieran elegido cualquier varón antes que una mujer”.*

*“No me permiten participar de ciertas decisiones cuando mis compañeros varones de igual rango sí lo hacen”.*

El ocultamiento y/o invisibilización de las tareas profesionales desarrolladas por las TOs también son formas de exclusión de lugares y funciones que implican reconocimiento y validación profesional y actúan como barreras para el desarrollo profesional de las mujeres. Estas conductas son percibidas por las encuestadas como violencia por sus claros mecanismos de discriminación, exclusión y segregación que imponen límites y restringe los “lugares” que pueden ocupar. Las relaciones de poder entre profesiones y servicios se materializan, entre otras cosas, en el uso del espacio físico dentro de las instituciones, y así, expresan el valor y reconocimiento de las mismas. Es un lenguaje “simbólico”, al igual que la omisión de los nombres de las profesionales disertantes de una jornada o en la autoría de un trabajo conjunto. A través de este lenguaje se comunica la exclusión de ciertos “lugares” y se impone condiciones desiguales para el desarrollo profesional.

Por otro lado, en los relatos también se pone de relieve la resistencia para permitir el ingreso de una mujer a posiciones que son percibidas como masculinas según los cánones establecidos, como ser aquellos puestos que ostentan poder, estatus o liderazgo.

Las encuestadas interpretaron como desvalorización profesional a la limitación en las injerencias profesionales que surge de la exclusión de actividades y espacios que implican un reconocimiento de la trayectoria, la formación o el desempeño profesional (espacios de toma de decisión, docencia, etc.).

El “mansplaining”<sup>6</sup> también aparece en los relatos cuando, por ejemplo, compañeros varones con menor formación o incluso pacientes, intentan explicar a las TOs la forma en que deben hacer su trabajo.

*“...me quiere explicar cómo coordinar talleres cuando él no los realiza, ni sabe”.*

*“Los pacientes varones descalificaban los planes terapéuticos, o se negaban a realizar determinadas actividades por considerarlas femeninas... mis compañeros varones no recibían los mismos planteos ni descalificaciones”.*

5 Cabe aclarar que en 27 de las 46 situaciones de descalificación profesional descriptas, el género del/los agresor/es fue masculino; en 10 casos fue femenino y en 9 situaciones las/los agresoras/es fueron personas de ambos géneros.

6 Acto paternalista en el que un varón intenta explicar algo sin tener en cuenta el hecho que la mujer que está recibiendo la explicación sabe más sobre el tema que él.

En varias de las descripciones de las situaciones de violencia simbólica aparecen asociados otros tipos de violencia, como ser: violencia sexual en forma de acoso verbal<sup>7</sup>, violencia económica<sup>8</sup> y violencia psicológica<sup>9</sup>.

### **La violencia en el ámbito laboral hacia las mujeres ¿es siempre violencia de género?**

La violencia laboral es definida como toda acción, omisión o comportamiento, destinado a provocar, directa o indirectamente, daño físico, psicológico o moral a un/a trabajador/a como amenaza o acción consumada. Es una forma de abuso de poder que tiene por finalidad excluir o someter al otro/a y constituye una violación de los derechos humanos y laborales. La misma incluye: violencia de género, acoso psicológico, moral y sexual en el trabajo. Puede provenir de niveles jerárquicos superiores, del mismo rango o inferiores (Ministerio de Trabajo de la Nación Argentina, 2019).

Pero, ¿cuándo la violencia laboral hacia las mujeres es también violencia de género? A pesar de que el 70% de las colegas que refirieron situaciones de violencia no contaban con formación en perspectiva de género; 278 de las situaciones fueron consideradas por ellas como violencia de género.

Respecto de las situaciones de violencia simbólica (105): el 80% fueron consideradas violencia de género al momento de completar la encuesta, pero sólo el 59% se consideró así en el momento que ocurrió. De las situaciones de violencia económico-patrimonial (119): el 40% es percibida como violencia de género en la actualidad, y sólo el 23% en el momento en que ocurrió. Se observa un notable aumento en la cantidad de terapistas que han cambiado su percepción con el transcurso del tiempo, tanto en las situaciones de violencia simbólica como económico-patrimonial.

#### **1- Violencia económico-patrimonial en el ámbito laboral y violencia basada en el género**

Fueron 48 las encuestadas que sufrieron violencia económica y la consideraron también como violencia de género al momento de contestar la encuesta. En el 60% de estas situaciones fue un varón o varios varones quienes ejercieron la violencia. El principal motivo que expusieron para clasificarla como

7 En 9 situaciones clasificadas como "comentarios misóginos" se identifica acoso sexual.

8 En 6 casos la desvalorización profesional llevó a la pérdida de oportunidades de promoción a cargos de mayor jerarquía o a una menor retribución económica por igual trabajo que los varones.

9 En 5 situaciones de abuso de poder se describen arbitrariedades donde la persona que ejerció la violencia utilizaba su posición de autoridad para amenazar con perder el cargo o imponer sus opiniones en la dirección de los tratamientos.

violencia de género fue la atribución del trato desigual a su condición de mujer. En 9 de estos casos las entrevistadas aseguran que la desigualdad en el trato laboral incluía diferencias salariales solo por la condición de género:

*"Era muy notoria la diferencia que hacían en la institución, su argumento (para justificar las diferencias en las condiciones de trabajo) era que los kinesiólogos hombres levantaban y manipulaba a los pacientes más pesados".*

*"Si eras hombre valoraban tu opinión y también te aumentaban el sueldo".*

Cuatro de ellas relatan actitudes machistas acompañadas de "amiguismos" hacia los compañeros varones que incluían no solo mejores remuneraciones sino también mejores condiciones de contratación:

*"A los kinesiólogos varones, le pagaban más. Sobre todo si formaban parte de un equipo de fútbol que el dueño tenía."*

*"Había diferencias con algunos pocos que caían mejor al dueño del lugar, la mayoría hombres [...] No solo diferencia de sueldo sino que esas personas estaban en relación de dependencia y el resto éramos monotributistas".*

Algunas TOs cambiaron su perspectiva sobre la situación con el paso del tiempo, a partir de la toma de consciencia de la "naturalización" de la violencia machista en el pasado: "...pensaba que eso era normal. No me di cuenta", "No tenía conciencia de que se trataba de una forma de violencia".

Otras TOs interpretaron la violencia económica como una forma de disciplinamiento a las mujeres que defienden sus derechos y lideran a sus compañeras/os haciendo escuchar su voz:

*"Creo que quería marcar quién mandaba (...) no lo hubiera hecho si yo fuera un varón. Supongo que también tiene que ver con cierto rol de portavoz que yo tomaba en representación de mis compañeros. De esta forma me mostraba a mí y al resto quién, finalmente, tenía el poder."*

También hubo explicaciones centradas en las desigualdades estructurales:

*"...condicionar el salario es una forma de controlar a las mujeres, condicionar su participación social y su carga de trabajo (trabajar más para equiparar salario de varón)".*

Sin embargo, la mayoría de las encuestadas (70 TOs) sostuvieron que la situación de violencia económica sufrida no estuvo relacionada con el género. En 39 de estas situaciones, quienes ejercieron la violencia fueron también mujeres y ésta constituyó una de las principales razones para sostener que no se trataba de violencia de género. Otro argumento frecuente (36 casos) vincula las causas de la violencia a la precarización laboral que afecta a todos/as las/los trabajadores (modalidades de contratación injustas, baja remuneración, flexibilización



laboral, etc.) tanto hombres como mujeres, sin percibir el género como estructurante de desigualdades.

## 2- Violencia simbólica en el ámbito laboral y violencia basada en el género

En las situaciones que hacían referencia a *comentarios* misóginos, chistes machistas, comentarios en “doble sentido” de tinte sexual, sugerencias y/o exigencias en *relación al cuerpo, la vestimenta o el arreglo personal de las terapistas*, casi el 100% (25/26 casos) las considera actualmente como violencia basada en el género. En el único caso que no se la consideró así, la encuestada adjudica las bromas y apodosos a la xenofobia que sufría debido a su nacionalidad.

*“La consideré como violencia de género, pero en el equipo no le dimos trascendencia. Quizás hoy estemos más empoderadas y conscientes de estas situaciones....tengo más herramientas para visualizarla y una sociedad más sensible”.*

*“Es violencia de género porque a los varones no se les hizo exigencias en relación a la apariencia, y recibían otro trato y respeto”.*

De estas situaciones, sólo en 4 casos no se los interpretó como violencia basada en el género desde el mismo momento en que aconteció por ser una circunstancia muy frecuente y naturalizada de la que recientemente toman conciencia.

*“No la consideré en su momento como violencia de género porque creo que lamentablemente uno lo tiene tan incorporado como “natural” que no le di esa importancia ni connotación de violencia. Luego sí, por ser una agresión verbal de un hombre a una mujer al plantear situaciones desubicadas y descontextualizadas solo por ser mujer”.*

*“En ese momento lo minimicé, por las dudas, no quería exagerar.”*

En los casos de violencia simbólica categorizados como “*desvalorización profesional*” la percepción de la situación como violencia de género pasa del 48% (en el momento que ocurrió) a 72% (en la actualidad). Los motivos de las encuestadas para considerarla así pueden resumirse en tres: se trataba de exigencias vinculadas a estereotipos de género, la conducta se dirigía solo hacia las mujeres y no hacia los compañeros varones, y por último, la persona de la cual provenía la violencia tenía características machistas o antecedentes de conductas misóginas.

Las razones por las cuales 11 de ellas en un primer momento no la habían considerado violencia de género y luego cambiaron su perspectiva están relacionadas a: la naturalización de estas situaciones en el pasado, a que la vincularon al poder médico hegemónico o la interpretaron como abuso de autoridad. Cabe mencionar un caso que la TO adjudicó a sus “*falencias personales*” la violencia sufrida.

Finalmente, en los 13 casos de *desvalorización profesional* que no fueron considerados como violencia basada en el género, los principales argumentos fueron: 1- la violencia estaba vinculada al menosprecio hacia la profesión por parte de profesiones hegemónicas, 2- los varones estaban igualmente expuestos a estas situaciones o, 3- no era violencia de género porque la había ejercido otra mujer.

## Reflexiones finales

El trabajo con las narrativas de las TOs que sufrieron violencias implicó dar cuenta de qué sintieron y cómo pensaron y piensan sus malestares en el ejercicio profesional.

En los relatos se pudo observar como suelen actuar de manera solapada y simultánea varios tipos de violencias.

Tanto en la violencia económico-patrimonial como en la violencia simbólica se pesquisaron significados relacionados a la “desvalorización profesional”. En la primera, esta noción aparece íntimamente relacionada a las diferencias salariales que pudimos vincular a los conceptos de segregación horizontal y vertical y a los procesos de creciente precarización laboral que llevan a una mayor fragilización de las condiciones laborales, con la consecuente exposición a abusos de poder por parte de personas de mayor rango. Confirmamos, como ya se había observado en los resultados preliminares, que existe una relación entre la violencia económico-patrimonial y las relaciones laborales que se dan, en un marco de creciente desregulación, dentro de instituciones privadas donde son escasas las posibilidades de sindicalización.

Los relatos de violencia simbólica, por su parte, expresaron como desvalorización profesional a la asignación de tareas “domésticas” o “femeninas”, basadas en la división sexual del trabajo, donde persisten estereotipos de género que invisibilizan los logros y la experiencia profesional y excluyen de toda actividad que implique reconocimiento o autoridad.

La precarización laboral aparece como la principal condición que posibilita la violencia económica, por sobre la cuestión de género. El 80% de las TO que sufrieron violencia simbólica la consideraron violencia basada en el género, mientras que solo el 40% de las que sufrieron violencia económica la identificaron de este modo.

De todas formas cabe resaltar que, en ambos tipos, fueron muchas las TOs que cambiaron su perspectiva con el paso del tiempo. A este respecto, consideramos de gran influencia la expansión del movimiento feminista que habilita la visibilización de la violencia patriarcal dentro de las relaciones laborales, cuestión históricamente silenciada por procesos de naturalización y ocultamiento de las desigualdades. Algunas encuestadas, señalaron también la posibilidad que les dio la propia encuesta para reflexionar y resignificar situaciones vividas en el ámbito laboral.

Este trabajo fue desarrollado previo a la pandemia de COVID-19. Entendemos que este será un punto de inflexión a nivel social, cultural, económico y vincular. En este contexto, la salud y los cuidados, ámbitos femeninos por excelencia, son temas centrales en las noticias y toman un valor social inesperado. Las y los trabajadoras y trabajadores sanitarios son aplaudidos/as por la sociedad que, ahora, los/las perciben como imprescindibles para afrontar los desafíos que el futuro plantea. Tenemos esperanza que esta difícil situación que el mundo atraviesa generará un gran cambio en la forma de pensar la salud, el trabajo de las mujeres y el cuidado de otros. ■

[Recibido: 23/11/2019 - Aprobado: 13/5/2020]

## Referencias

- Anker, R. (1997). La segregación profesional entre hombres y mujeres. Repaso de las teorías. *Revista internacional del trabajo*, 116(3), 343-370.
- Ariza M., y Oliveira, O. (2000). *Género, trabajo y familia consideraciones teórico- metodológicas*. En *La población de México, situación actual y desafíos futuros* (pp. 203-207). Consejo Nacional de Población (CONAPO). México.
- Connelly, F. y Clandinin, D. (1995). *Relatos de experiencias de investigación narrativa*. En Larrosa, Arnaus, Ferrer, et al. *Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación*. Barcelona, España: Alertes
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México: UNAM.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, vol. 7, núm. 18, enero-abril, 2000, p. 0. Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México.
- 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.
- Lima: OIT Américas/ Oficina Regional para América Latina y el Caribe. (2019). *La brecha salarial entre hombres y mujeres en América Latina: En el camino hacia la igualdad salarial*. Recuperado de: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_697670.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_697670.pdf)
- Ministerio de trabajo de la Nación Argentina. Oficina de Asesoramiento sobre Violencia Laboral. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/oavl/esviolencialaboral>
- Oliveira, O., Araiza, M. (2000). Género, trabajo y exclusión social. *Revista de estudios demográficos y urbanos*. 43, 11-33.
- Portela, A., Rosemblat, F., Briglia, 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.
- Testa, D. (2013). Curing by doing. La poliomiélitis y el surgimiento de la Terapia Ocupacional en Argentina (1956-1959). *História Ciencia Saude Manghinos*.
- Wlosko, M. y Ros, C. (2019). *Aportes de la Psicodinámica del Trabajo al análisis de la violencia laboral: análisis del caso de enfermería*. En Wlosko, M. & Ros, C. (coordinación general y compilación), *El trabajo entre el placer y el sufrimiento*. Remedios de Escalada, Argentina: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.

---

## Cómo citar este artículo:

Portela, A., Giantinoto, J., Briglia, J., Bursztyn, A. D., Jeroncich, J. y Maiani, A. (2020). Violencia hacia las mujeres en el ámbito del ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional. Análisis de relatos de violencia simbólica y económica. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 33-41.

## Estereotipos, factores psíquicos protectores, y apoyo social percibido en personas mayores hacedoras y receptoras de la ciudad de Mar del Plata

Stereotypes, protective psychic factors, and perceived social support in older people doers and receivers in Mar del Plata

María Julia Xifra

### María Julia Xifra

Licenciada en Terapia Ocupacional.  
Magister en Psicogerontología  
Docente en las Asignaturas Teoría y Metodología y Técnicas de Investigación Social en la Facultad de Ciencias de la Salud y T. S. (UNMdP).  
Auxiliar de Coordinación Programa Sociopreventivo (PAMI).  
Integrante del Grupo de Investigación Estudios de Comunidad. Facultad de Psicología (UNMdP).  
Integrante del Centro de Investigaciones sobre Sujeto, Institución y Cultura. Facultad de Psicología (UNMdP).  
julyxifra@yahoo.com.ar

### Resumen

Los factores psíquicos protectores son un eje fundamental para comprender los diversos modos de envejecer, que pueden derivar en vulnerabilidad o resiliencia. Este estudio descriptivo correlacional, pretendió estimar si existe diferencia significativa respecto de los factores psíquicos protectores, los estereotipos negativos hacia la vejez y el apoyo social percibido, comparando dos grupos de personas mayores: 1) aquellas que concurren, en calidad de receptoras, a instituciones de PAMI para solicitar y tramitar prestaciones y/o recursos y 2) aquellas, que en calidad de hacedoras, promueven beneficios para el colectivo, gestionando en centros de jubilados. La información se recolectó a través de un cuestionario sociodemográfico, Cuestionario de Apoyo Social (Sherbourne & Stewart, 1991) MOS, Inventario de Factores Psíquicos Protectores en el Envejecimiento FAPPREN (Zarebski & Marconi, 2013) y el Cuestionario sobre Estereotipos en la Vejez CENVE (Sánchez Palacios, 2004). Los resultados mostraron que existe correlación entre las variables, aquellas personas que perciben mayor apoyo social son aquellas que presentan mayor prevalencia de factores protectores y expresan menores creencias negativas hacia la vejez. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hacedoras y receptoras respecto al apoyo social percibido ( $U = 963,50$ ,  $p \leq .01$ ), los estereotipos ( $U = 1666,000$ ,  $p \leq .01$ ) y los factores psíquicos protectores ( $U = 1554,00$   $p \leq .01$ ), siendo los hacedoras los que perciben mayor apoyo social y factores protectores, así como menor prevalencia de estereotipo negativo. Esto pone en evidencia la situación de vulnerabilidad del grupo de receptoras y las necesidades de un colectivo que requiere una planificación y puesta en práctica de estrategias de prevención.

**Palabras Claves:** envejecimiento, estereotipo, apoyo social, factores protectores.

### Abstract

*The protective psychic factors are a fundamental axis to understand the various ways of aging, which can turn into vulnerability or resilience. This descriptive correlational study aimed to estimate if there are significant differences between protective psychic factors, negative stereotypes about aging and perceived social support, comparing two groups of older people: 1) those, called receivers, they go to PAMI institutions to obtain subsidies or benefits and 2) those, called doers, who promote benefits for the group, in retirement centers. The information was collected through a sociodemographic questionnaire, Social Support Questionnaire MOS (Sherbourne & Stewart, 1991), Inventory of Protective Psychic Factors in Aging FAPPREN (Zarebski & Marconi, 2013) and the Questionary Aging Negative Stereotypes CENVE (Sánchez Palacios, 2004). The results showed that there is a correlation between the variables, those who perceive greater social support are those who have a higher prevalence of protective factors and express lower negative beliefs toward the elderly. Statistically significant differences were found between doers and recipients regarding perceived social support ( $U = 963.50$ ,  $p \leq .01$ ), stereotypes ( $U = 1666,000$ ,  $p \leq .01$ ) and protective psychic factors ( $U = 1554,00$   $p \leq .01$ ), being the doers who perceive greater social support and protective psychic factors, as well as lower prevalence of negative beliefs about aging. This evidence the vulnerability situation of the group of recipients and the needs of a group that requires planning and implementation of prevention strategies.*

**Key words:** aging, stereotype, protective factors, social support.

## Introducción

La teoría de la transición demográfica describe los cambios en la estructura poblacional asociándolos con la producción económica de una sociedad determinada. En particular, América Latina, ha realizado una transición demográfica acelerada. Las bajas tasas de natalidad y mortalidad han llevado a que la estructura poblacional de algunos países, como la Argentina, presenten un fenómeno demográfico denominado envejecimiento poblacional (Kanje, 2015). Se puede hablar de envejecimiento poblacional como un proceso en el cual se modifica la estructura de edad de una población, en este caso la cantidad de personas mayores aumenta en relación a las más jóvenes (Zarebski et al, 2015).

La ciudad de Mar del Plata presenta un envejecimiento poblacional creciente y además características distintivas respecto de otras ciudades del país. Los últimos datos oficiales relevados, según el Censo Nacional del año 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), arrojaron que el total de la población es de 618.989 personas, 119.006 son mayores de 60 años, representando el 19,2% de la población total. Haciendo un análisis de datos publicados por la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA) podemos observar cómo los registros poblacionales en Argentina y en particular, en el Partido de General Pueyrredón, se han modificado desde el último registro censal a la fecha. En el caso de Mar del Plata, se ha observado un incremento del porcentaje de personas mayores de 60 años de edad, llegando al 25,8% (Cicciari, 2017).

En el Partido de Gral. Pueyrredón el envejecimiento de la población se debe a: la baja tasa de fecundidad, al alargamiento en la expectativa de vida y en especial, en gran medida, al aporte migratorio en general y en particular a las migraciones de las personas mayores (Golpe, 2007). Mar del Plata posee un capital simbólico basado en la infraestructura urbana, la oferta de servicios, pero además los turistas y las prácticas migratorias estacionales han ido convirtiendo a la "ciudad real" en un espacio significativo, siendo institucionalizada como la "ciudad feliz" (Golpe, 2007).

Las investigaciones llevadas a cabo por el Grupo SAVYPCE (1998-2000) permitieron conocer, en esta ciudad costera, los diversos sistemas de apoyo social para las personas mayores. Estos estudios han permitido clasificar los sistemas de apoyo en formales (públicos/privados) e informales. Los primeros serían los pertenecientes al Estado o al Mercado, mientras que los informales serían aquellas Organizaciones de Mayores (OMA) que nuclean pares por afinidades e intereses comunes, los amigos, vecinos y familiares que brindan distintos tipos de apoyo. Actualmente encontramos gran cantidad de OMA dentro de la sociedad civil, entre las cuales se encuentran los centros de jubilados (54 Registrados en PAMI, Partido de Gral

Pueyrredón, según datos aportados por el Programa Socio Preventivo del Instituto), representando un campo de lucha, en el cual las personas mayores se vuelven protagonistas, hacedoras, ejerciendo su ciudadanía como una alternativa frente al edaísmo y la exclusión que transita este colectivo (Golpe & Arias, 2005).

La vejez puede considerarse como un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento, así nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y morimos envejeciendo. La vejez sería aquella etapa de la vida en que las señales del envejecimiento se tornan más visibles y reflejan el paso del tiempo (Kanje, 2015). Si pensamos que la vejez se construye socialmente, la misma dependerá del contexto sociocultural e histórico, lo que determinará una gran variabilidad en las formas de envejecer que tienen las personas. Como refiere Manes et.al. (2016) las vejezces son múltiples y heterogéneas.

El trabajo con personas mayores lleva a cuestionarse por qué existen distintos modos de envejecer y el enfoque psicogerontológico, desde un paradigma que abarca la complejidad humana, se constituye como una de las perspectivas en la búsqueda de respuestas. A partir de una experiencia con trabajadoras sociales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), en algunos centros de jubilados, pudo observarse la heterogeneidad de personas mayores que allí concurren. Por un lado, se observan personas que gestionan o participan en diversas actividades de organización en los centros y, por otro lado, puede observarse a las personas mayores que acuden a PAMI solicitando una prestación y/o recurso ante una necesidad económica o material puntual.

Lo expresado condujo a hacer un análisis comparativo entre dos grupos, el de personas mayores que, en calidad de *hacedores*, con responsabilidades de gestión en los centros de jubilados, promueven beneficios y actividades para el sector de las personas de edad. Este grupo participa activamente en la toma de decisiones, ya sea recibiendo a los profesionales y afiliados, estando en contacto permanente con la sede de PAMI para demandar recursos para el resto del colectivo. A partir de la gestión garantiza el funcionamiento del Programa Socio Preventivo en lo que respecta a actividades y refrigerio. Todo este conjunto de actividades los convierte en protagonistas y dinamiza su trayectoria vital. Por otra parte, están las personas que, en calidad de *receptores* de prestaciones y/o recursos de PAMI (para cuidador, servicios, alquiler, alimentos o bolsa de alimentos, comedor, etc.), sólo se acercan a instituciones vinculadas a PAMI para solicitar las mismas y cuando la trabajadora social las convoca para la renovación del trámite administrativo.

Como refieren algunos autores (Clark, 1997; Wilcock, 1998; Wood, 1998) ser un ser humano es *ser ocupacional*. La ocu-

pación se ha constituido en un imperativo biológico evidente en la historia de la humanidad y está vinculado a necesidades de supervivencia y desarrollo. Es importante aclarar que, si bien los seres humanos se comprometen en ocupaciones, y las mismas pueden definirse como “síntesis de hacer, ser y convertirse” (Wilcock, 1999, p. 3) en esta investigación se ha reservado el término *hacedor* para aquellos sujetos que, más allá de lo que cada uno hace con su tiempo, como organice sus actividades y los propósitos y significado que le otorguen, son capaces de relegar lo personal por el bien de un colectivo o su comunidad. Ulloa (2011) expresa como cada sujeto integrante de la cultura, es a un tiempo “hechura” y “hacedor” de ella. Puede ser considerado hechura en tanto demora parte de su libertad, en compromiso con el bien común de su comunidad; esa demora de su propio juego libre va edificando en él una ética de compromiso cultural. Esta renuncia, legítima su condición de protagonista “hacedor” de esa cultura, postergando parte de la propia libertad.

El contacto con personas mayores receptoras y hacedoras encargadas de la gestión en centros de jubilados llevó a la reflexión sobre aquellas condiciones psíquicas que conducirían al sujeto hacia la vulnerabilidad o resiliencia. En el marco de la Carrera de Especialización en Psicogerontología, se llevó a cabo una prueba piloto (Xifra, 2017), con la misma población de este estudio, en la búsqueda de explorar y comparar si existe diferencia significativa respecto de los factores psíquicos protectores y los estereotipos negativos hacia la vejez. Dicho análisis permitió no solo el hallazgo de diferencias estadísticamente significativas entre subgrupos de comparación, sino también el conocimiento de variables sociodemográficas que pusieron en evidencia un notable contraste en cuanto a la red de apoyo social. El apoyo social puede definirse como “la ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social” (Fernández Ballesteros, 1992, p. 177) favoreciendo una serie de “actividades personales que se asocian positivamente con sobrevivencia” (Sluzki, 1996, p. 81) así como el bienestar biopsicosocial del adulto mayor.

Las distintas formas de envejecimiento demuestran que, aunque el organismo se deteriore o desgaste, las personas no necesariamente declinan a nivel emocional, los determinantes biológicos y sociales no alcanzan para entender la calidad de vida en el envejecer (Zarebski, 2015). Los factores de riesgo psíquico de envejecimiento patológico son definidos por Zarebski (2015), desde una perspectiva psicogerontológica, como la manifestación de aquellas características de personalidad que propician condiciones de vulnerabilidad emocional y dificultades en los vínculos. Los factores protectores serían aquellos que permitirían, por el contrario, resiliencia frente a los avatares del envejecer, son aquellas características psíquicas de un sujeto que reducirían el ries-

go de envejecimiento patológico (Zarebski, 2015). Del mismo modo es fundamental el análisis de los prejuicios o estereotipos. Un buen envejecimiento será propio de un sujeto que estará en condiciones de poner en cuestión y relativizar los prejuicios y el imaginario social en relación al llegar a viejo, así como las propias representaciones anticipadas respecto a la propia vejez (Zarebski, 2015).

Algunas investigaciones (Bauzá Aguilar, 2011; Callis Fernández, 2011; Gómez Carroza & León de Barco, 2010; Miguel Negro & Castellano Fuentes, 2012) aportaron evidencia sobre las creencias que el sujeto mantiene sobre sí mismo y la estructura de creencias que el sujeto mantiene sobre el resto de los mayores. Los estereotipos de la categoría social personas viejas resultan especialmente intrigantes, siendo que la vejez es la única categoría social a la que todas las personas van a pertenecer en algún momento, ya que la única posibilidad de no llegar a viejo es la muerte en edades más jóvenes (Sánchez Palacios, 2004).

En relación a los prejuicios, Manes et.al. (2016) establece una distinción terminológica de los conceptos diferencia y desigualdad. Mientras que *diferencias* hace referencia a las características externas entre las personas, en los modos de ser, por ejemplo el color de piel o la orientación sexual, la *desigualdad* se produce “cuando algunas o varias de estas diferencias se articulan en formas de relaciones que suponen la apropiación de ciertos recursos que dan lugar a la constricción de las condiciones de la vida cotidiana de sujetos y grupos” (p. 8). Es en la vida cotidiana donde se reproducen las desigualdades mediante la discriminación, las creencias negativas hacia determinados grupos. El planteo de desigualdades y la construcción social de la vejez llevan a una complejización de lo que la categoría *Vejez* implica, reforzando un estereotipo negativo de las personas mayores por lo cual se asocian con enfermedad, dependencia, pasividad, inutilidad, entre otros. Es en la búsqueda de eliminar las barreras institucionales, jurídicas y físicas, que limitan la igualdad en la vejez, que se fundamenta el paradigma de derechos de las personas mayores. La promoción de los derechos humanos, es esencial en la concepción de una sociedad inclusiva para todas las edades, donde las personas mayores puedan participar plenamente, sin discriminación y en condiciones de igualdad (Machado, Cabana, Carballo, Merlo Laguillo & Wood, 2017).

A partir de lo expuesto este estudio se planteó los siguientes objetivos: Estimar si existe diferencia significativa respecto de los factores psíquicos protectores, los estereotipos negativos hacia la vejez y el apoyo social percibido entre personas mayores que sólo concurren, en calidad de receptores, a instituciones de PAMI a tramitar prestaciones y/o recursos y mayores que, en calidad de hacedores, se desempeñan en actividades de gestión en centros de jubilados vinculados al Instituto, así como analizar y comparar, entre receptores y hacedores, la

relación entre factores psíquicos protectores, los estereotipos negativos hacia la vejez y el apoyo social percibido.

Tres de los supuestos que guiaron este estudio fueron: Existe relación entre los factores psíquicos protectores para un envejecimiento saludable y los estereotipos en la vejez, siendo que las personas mayores que exhiben menor prevalencia de factores psíquicos protectores presentan mayor nivel de creencias de estereotipos negativos hacia la vejez. La diversificación de vínculos e intereses no será igual en personas mayores que sólo concurren, en calidad de receptoras de prestaciones y/o recursos, a instituciones de PAMI, que en aquellos mayores hacedores que se desempeñan en actividades de gestión en centros de jubilados, siendo que los envejecientes hacedores presentarán mayor diversificación de vínculos e intereses. La flexibilidad y disposición al cambio será mayor en personas mayores hacedoras que en las receptoras.

## Método

Desde un enfoque cuantitativo se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal.

## Participantes

La población estuvo constituida por personas mayores que concurren a centros de jubilados vinculados a PAMI o sede del instituto, de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2017, en calidad de hacedores para gestionar o en calidad de receptoras de prestaciones y/o recursos (ayuda económica para alquiler, cuidador, pago de servicios, medicamentos, asistencia a comedor de centro de jubilados o recepción de bolsón con alimentos). Se utilizó un muestreo no probabilístico por cuotas, siendo un criterio de exclusión para conformar el subgrupo de receptoras realizar actividades de gestión en centros de jubilados de PAMI o en otro sitio. La muestra quedó conformada por 148 personas mayores, de las cuales 75 fueron hacedoras y 73 receptoras.

Mientras que en el subgrupo de receptoras la edad mínima fue de 60 años y la máxima de 94 ( $M=75,85$ ), en el subgrupo de hacedoras fue de 61 años la mínima y 85 años la máxima ( $M=72,79$ ). En cuanto al género no se observaron diferencias entre ambos subgrupos, en las receptoras se registró un 68,5 % de mujeres y un 31,5 % de varones, y en el subgrupo hacedoras 72 % de mujeres y un 28 % de varones.

En referencia al nivel de instrucción pudo observarse que mientras que en el subgrupo de personas mayores receptoras el mayor porcentaje presentó el nivel primario incompleto (27,4 %) y nivel primario completo (24,7%), en el subgrupo de hacedoras el mayor porcentaje presentó el nivel secundario completo (33,3 %) y nivel primario completo (29,3%). En el subgrupo hacedoras se observó mayor porcentaje de casa-

dos (41,3 %) y viudos (37,3 %), registrándose solo 2 solteros (2,7%), en el subgrupo receptoras se registró mayor porcentaje de viudos (35,6 %), un 24,7 % de casados y 12 solteros (16,4 %). Respecto al grupo de convivencia el subgrupo de receptoras presenta un mayor porcentaje de personas que viven solas (61,6 %), mientras que en el subgrupo hacedoras el mayor porcentaje vive con el conyugue/pareja (45,3 %).

## Instrumentos:

Se administró un cuestionario de datos sociodemográficos para analizar variables como edad, género, nivel de instrucción, estado civil, grupo de convivencia, tenencia de subsidio de PAMI, participación en actividades de gestión/organización en los centros de jubilados, participación en actividades/talleres en centros de jubilados, participación en alguna actividad recreativa/deportiva en institución/club, etc.

Para identificar factores psíquicos protectores se utilizó el Cuestionario de Factores Psíquicos Protectores en el Envejecimiento (FAPPREN) (Zarebski & Marconi, 2013). Este evalúa los factores a través de 80 ítems agrupados en 10 dimensiones: 1. Flexibilidad, 2. Auto-cuestionamiento, 3. Auto-indagación, reflexión y espera, 4. Riqueza psíquica y creatividad, 5. Pérdidas, vacíos, compensación con ganancias, 6. Auto-cuidado y autonomía, 7. Posición anticipada respecto a la propia vejez, 8. Posición anticipada respecto de la finitud, 9. Vínculos intergeneracionales, 10. Diversificación de vínculos e intereses.

Para medir el nivel de estereotipos hacia la vejez se implementó el Cuestionario sobre Estereotipos en la Vejez (CENVE) (Sánchez Palacios, 2004). Este instrumento está formado por 15 ítems, agrupados en 3 factores: salud, motivacional-social y carácter personalidad, con 5 ítems cada uno, cuyo formato de respuesta sigue un modelo tipo Likert.

El apoyo social percibido fue medido con el Cuestionario de Apoyo Social (MOS), realizado en EEUU (Sherbourne & Stewart) en 1991. Está compuesto por 20 ítems. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a 4 dimensiones del apoyo social: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

## Procedimientos y aspectos éticos del estudio

Se utilizó para el presente estudio un documento de consentimiento informado que consta de la descripción de datos personales del investigador e institución de la Tesis, los objetivos del estudio, tipos de datos que se solicitan y garantía de confidencialidad.

La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y diciembre de 2017. Las personas mayores hacedoras fueron contactadas en los centros de jubilados con previa visita o llamado telefónico. Para convocar a los mayores receptoras se solicitó auto-

rización en PAMI, siendo contactados en la sede del instituto (Balcarce 3296) o en los centros de jubilados donde los trabajadores sociales hacen guardia o funciona el comedor.

Con respecto al subgrupo de mayores hacedores, el contexto de administración en su mayoría fue autoadministrado. El tiempo aproximado para completar los cuatro instrumentos fue de 35 a 40 minutos. A diferencia de este subgrupo, el de receptores de beneficios, en su mayoría solicitó se les administrara en contexto de entrevista personal.

**Procesamiento de los datos**

Los datos fueron informatizados y luego analizados con el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS 19. Se llevaron a cabo análisis exploratorios a través de pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov). Se realizaron correlaciones entre las variables factores psíquicos protectores, estereotipos negativos hacia la vejez y apoyo social percibido (Rho de Spearman). Se aplicaron medidas estadísticas para comparar los subgrupos de personas mayores (prueba de Mann-Whitney ya que los datos no se distribuyen normalmente). Finalmente se aplicó Alfa de Cronbach para valorar la fiabilidad del CENVE, FAPPREN y MOS.

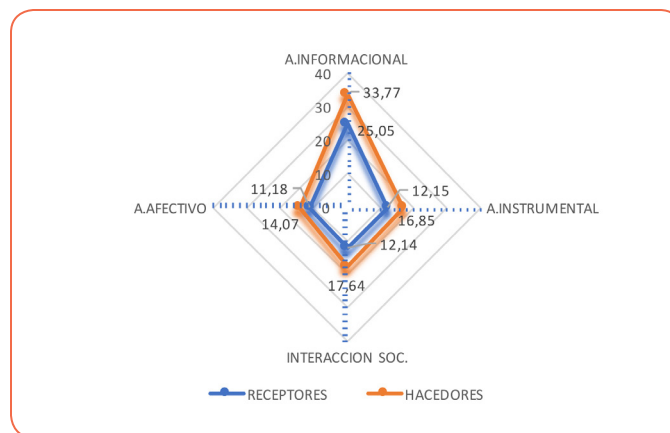
**Resultados:**

Ambos grupos, que motivaron la siguiente investigación, presentaron diferencias en cuanto a variables sociodemográficas, pero también en otros aspectos relevantes a evaluar. Uno de ellos es la participación en talleres propuestos, en los centros de jubilados. Los resultados evidenciaron que mientras los hacedores participan el 78,7 %, del subgrupo receptores solo participan el 16,4 %. También se indagó la participación en otros espacios institucionales fuera de los centros de jubilados, lo cual reflejó que, mientras de los hacedores participan el 45,3 %, los receptores un 15,1 %.

En cuanto al apoyo social percibido se observó que existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos subgrupos de comparación (U= 963,50, p<.01). Respecto a las cuatro dimensiones del apoyo social percibido pudo registrarse que: presentan diferencia estadísticamente significativa entre ambos subgrupos de comparación el apoyo emocional informacional (U= 1119,00, p<.01), el apoyo instrumental (U= 1249,50, p<.01), la interacción social positiva (U= 811,00, p<.01) y el apoyo afectivo (U= 1341,50, p<.01).

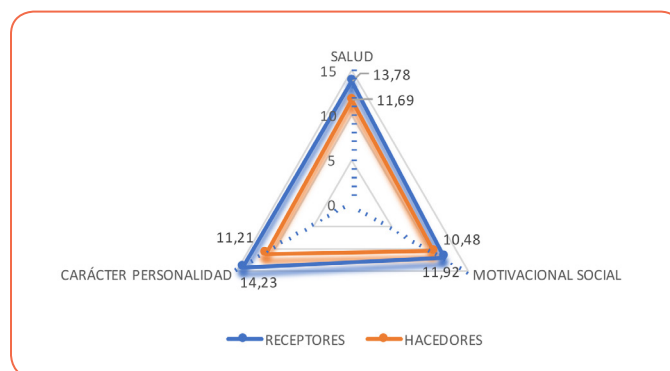
El gráfico 1 permite comparar el valor de Media de los subgrupos de las cuatro dimensiones del apoyo social percibido. A mayor valor de la Media mayor es el área de superficie abarcada por el subgrupo, por lo tanto, mayor es el apoyo social percibido. Puede observarse que el área de superficie que abarcan los hacedores es mayor que los receptores.

**Gráfico 1: Media de total de apoyo social percibido y dimensiones: apoyo emocional informacional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo en ambos subgrupos de comparación**



El nivel de estereotipo negativo hacia la vejez evidenció diferencia estadísticamente significativa entre ambos subgrupos de comparación (U= 1666,000, p<.01). También se observó diferencia estadísticamente significativa entre ambos subgrupos en sus tres factores, a saber: salud (U= 1885,50, p<.01), motivacional social (U= 2106,00, p<.05) y carácter personalidad (U= 1475,50, p<.01), siendo que los receptores exhiben mayor nivel de estereotipo negativo que los hacedores, como puede observarse en el Gráfico 2.

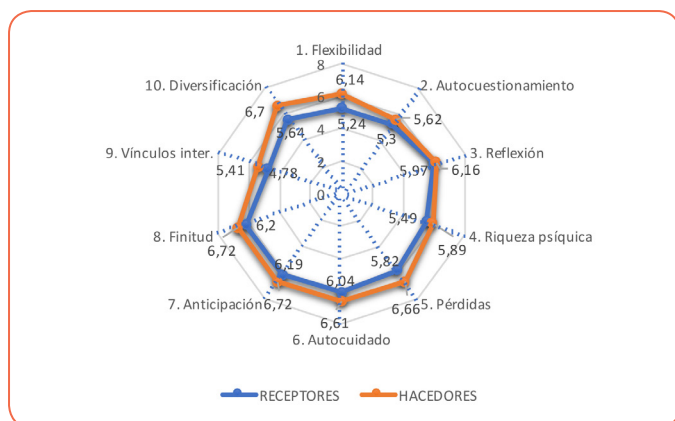
**Gráfico 2: Estereotipos negativos hacia la vejez según subgrupo de comparación**



Los factores psíquicos protectores (TOTAL) presentaron diferencia estadísticamente significativa entre ambos subgrupos de comparación (U= 1554,00 p<.01). Las dimensiones que presentaron diferencia estadísticamente significativa fueron: Flexibilidad (U= 1865,00 p<.01), pérdidas vacíos compensación con ganancias (U= 1727,50 p<.01), autocuidado y autonomía (U= 2079,50 p<.01), posición anticipada respecto a la propia vejez (U= 2049,00 p<.01), vínculos intergeneracionales (U= 1996,50 p<.01) y diversificación de vínculos e intereses (U= 1612,00 p<.01). El gráfico 3 compara el valor de la Media de

cada una de las dimensiones de la variable factores psíquicos protectores, registrándose diferencias con un área de superficie mayor para el subgrupo hacedores.

**Gráfico 3: Factores psíquicos protectores según subgrupo de comparación**



Si bien no se hallaron diferencias significativas en el factor riqueza psíquica y autocuestionamiento-autoindagación, pudo observarse que los hacedores presentaron mayor prevalencia de este factor.

En cuanto al análisis de la correlación entre las variables de estudio, en el total de la muestra, los resultados mostraron correlaciones estadísticamente significativas entre:

MOS y CENVE: Rho de Spearman ( $\rho = -,223$ ,  $p < .01$ ). Se evidencia correlación negativa entre el apoyo social percibido y los estereotipos negativos. A mayor apoyo social menor nivel de estereotipo.

MOS y FAPPREN: ( $\rho = ,402$ ,  $p < .01$ ). Existe correlación entre el apoyo social percibido y los factores psíquicos protectores, siendo que a mayor apoyo social percibido mayor prevalencia de factores psíquicos protectores.

CENVE y FAPPREN: ( $\rho = -,378$ ,  $p < .01$ ). Presenta una correlación negativa entre el nivel de estereotipo negativo hacia la vejez y los factores psíquicos protectores. Siendo que a mayor nivel de estereotipo menor prevalencia de factores psíquicos protectores.

El análisis de las correlaciones en cada subgrupo permitió registrar que, en el subgrupo receptores, se halló una asociación entre el apoyo social percibido y los factores psíquicos protectores ( $\rho = ,365$ ,  $p < .01$ ). Por su parte en el subgrupo de hacedores se halló asociación entre el apoyo social y los factores psíquicos protectores ( $\rho = ,236$ ,  $p < .05$ ), entre los factores psíquicos protectores y el nivel de estereotipo ( $\rho = -,489$ ,  $p < .01$ ), así como también una correlación negativa entre los factores psíquicos protectores y el factor salud ( $\rho = -,382$ ,  $p < .01$ ), el factor motivacional social ( $\rho = -,356$ ,  $p < .01$ ) y el factor carácter personalidad ( $\rho = -,517$ ,  $p < .01$ ).

Las diferencias halladas en cuanto a la edad de hacedores y receptores llevaron a reflexionar acerca de si las diferencias estadísticamente significativas halladas en las variables (factores psíquicos protectores, estereotipo y apoyo social) podían deberse a la edad. Por lo que se realizó el análisis estadístico eliminando los 5 casos de mayor edad en el subgrupo receptores (Prueba de Mann-Whitney). Las pruebas evidenciaron que no hay diferencia respecto al análisis de la totalidad de los casos.

Los tres instrumentos utilizados, a saber MOS ( $\alpha = ,966$ ), FAPPREN ( $\alpha = ,804$ ) y el CENVE ( $\alpha = ,829$ ) presentaron un alto grado de fiabilidad.

### Discusión:

La ciudad de Mar del Plata es el escenario en que se ha desarrollado este estudio descriptivo y comparativo que pretendió conocer la población de personas mayores que concurren a los centros de jubilados.

Los hallazgos aportaron conocimiento sobre el subgrupo de hacedores, quienes disponen de mayor cantidad de familiares y amigos, como así también perciben mayor apoyo emocional informacional, afectivo, instrumental e interacción social positiva. Además, presentan mayor prevalencia de factores psíquicos protectores. Los resultados confirman que las personas mayores hacedoras presentan mayor aceptación a los cambios y las transformaciones que implica el envejecimiento siendo más flexibles en sus hábitos y rutinas, pudiendo abrirse a lo nuevo, así como planificar a futuro. Los hacedores en comparación con los receptores, han logrado en mayor medida, mantener el contacto con sus familiares y amigos, abrirse a nuevos vínculos, realizando esta tarea de voluntariado y por lo tanto seguir trabajando a pesar de la jubilación. Con respecto al género no se observaron diferencias en cuanto a varones y mujeres entre subgrupos, pero es fundamental profundizar el análisis en cuanto a las personas mayores hacedoras. Entre los años 2007 y 2008 en un estudio realizado en Mar del Plata (Golpe et.al., 2014), fueron entrevistados líderes de OMA. Lo que se observaba hasta hace 10 años atrás era que, si bien participaban tanto varones como mujeres en actividades de gestión en los centros, el cargo de presidencia o vicepresidencia era ocupado mayoritariamente por hombres. En la actualidad se observa un mayor protagonismo de las mujeres, donde la visita a 23 organizaciones de mayores permitió observar que los cargos jerárquicos también pueden ser ocupados por "ellas". Así como sucede en otros ámbitos, actualmente en los centros de jubilados hay un proceso de feminización. Estos cambios en los lugares de poder, en estas organizaciones, podrían ser objeto de futuros estudios, para comprender las dinámicas que se generan por género, donde las mujeres históricamente han ido cambiando su lugar y su relación con los hombres. Las mujeres se han empoderado, se



han vuelto protagonistas, desempeñando roles que expanden su trayectoria vital.

Lipovetsky (2006) se refiere acerca de la nueva figura social de lo femenino, describiendo cómo en las sociedades occidentales contemporáneas se instituye una ruptura en la historia de las mujeres, que deja en evidencia un nuevo avance en el estatus social e identitario de lo femenino, al cual denomina *la tercera mujer*. Hace décadas se observa un esfuerzo por romper con determinados estereotipos de género donde se sigue asociando al hombre con los roles públicos e instrumentales y a la mujer a roles privados, estéticos y afectivos, desgajar el pasado histórico y sus creencias. *La tercera mujer*, en este sentido, es la que consigue reconciliar a la mujer radicalmente nueva y a la mujer siempre repetida.

La comparación entre personas mayores hacedoras y receptoras evidenció diferencias en cuanto al estado civil, el grupo de convivencia, a lo cual se suma que el subgrupo de receptoras presentan exigua participación en talleres y escaso apoyo social percibido. Estos valores muestran que este colectivo percibe que dispone con menor frecuencia de alguien que los asista en caso de estar enfermos, en cama, ir al médico, los ayuden en sus tareas domésticas, expresan contar en menor medida con alguien que los escuche, entre otros apoyos. A pesar de esto los receptoras no se acercan a los centros de jubilados o lo hacen escasamente. Si afirmamos que los centros de jubilados brindan oportunidades a los mayores de integrarse en grupos de pares, los mismos podrían constituirse en una importante fuente de apoyo social.

Con respecto a los factores psíquicos protectores los receptoras tienen menor prevalencia respecto de los hacedoras. Este grupo manifestó menor flexibilidad, mayor dificultad para aceptar los cambios que implica el envejecimiento, así como ser más rígidos a la hora de modificar sus hábitos y rutinas, lo cual se refleja en su menor disposición a incorporarse a una institución donde podrían desarrollar actividades o poner en práctica un proyecto personal. Con respecto a la autonomía y el autocuidado se registró que también son menos constantes con el cuidado de su salud y aceptan con menos frecuencia el uso de bastón, audífono o silla de ruedas.

Las personas mayores receptoras también exhiben mayor nivel de estereotipo negativo hacia la vejez que las hacedoras. Esta visión negativa de vejez se ve reflejada en la ausencia de interés en la participación en espacios, ya sea de mayores o intergeneracionales. Las receptoras evitan involucrarse en actividades que podrían exponerlas a dificultades, limitaciones, resolución de problemas, que pongan en juego sus competencias comunicativas, laborales, entre otras.

#### Limitaciones:

Si bien en este estudio no se ha realizado una evaluación cognitiva para identificar déficit en las personas mayores que par-

ticiparon, ya que no fue una variable de interés para el análisis, aquellas que presentaron dificultad en la comprensión de las consignas fueron excluidas de la muestra, no considerándose los instrumentos para el análisis. Se sugiere en futuros estudios evaluar la posibilidad de incluir en el instrumento aclaración de los términos consultados, como por ejemplo “chochean”, ya que los mismos pueden dar lugar a diversas interpretaciones.

#### Conclusión:

Los resultados permiten concluir que los objetivos propuestos se han alcanzado y se ha aportado evidencia a favor de los supuestos planteados.

Mientras que la mayor parte de los estudios se enfocan en los factores biológicos, los cognitivos, así como los factores que provienen del medio como la carencia de recursos económicos y materiales, este estudio se constituye en un aporte en la medida que suma el análisis de los factores psíquicos protectores además de los factores culturales y sociales, enfocándose en los diversos apoyos con que cuentan los mayores que gestaron los interrogantes que llevaron a la comparación de grupos, siendo que algunos presentan interés para el terapeuta ocupacional que trabaja en diversos niveles de prevención en el área gerontológica, siendo la psicogerontología un enfoque teórico que sustenta el análisis, aportando una perspectiva enriquecedora para la población de estudio.

El escaso apoyo social percibido, sumado a escasos factores psíquicos protectores y a una visión negativa con respecto a la vejez, que se traduce en una pobre participación a nivel social, transforman al grupo de receptoras en un colectivo en situación de vulnerabilidad, permitiendo visibilizar la problemática de las vejeces desiguales. Este análisis no queda ajeno de todos los condicionantes sociales que participan al abordar la cuestión social del envejecimiento, ya que la misma se encuentra en permanente relación con otros factores como la pobreza, el género, las migraciones, etc., en un contexto con su propia realidad y sus particularidades (Manes, et.al., 2016).

Por ello Manes et.al. (2016) plantean que para poder comprender a la vejez, desde los diversos vectores que la atraviesan, es importante recurrir a la interseccionalidad, “la cual da cuenta de las múltiples formas de opresión estructural que operan en una persona, como por ejemplo la edad, la clase social, la etnia, el género, la nacionalidad, etc., y que están interrelacionadas (...) No se puede comprender a la vejez, entonces, como una única, sino como múltiples vejeces, que se van configurando y viviendo situacionalmente dependiendo del contexto y de los sujetos (p. 5).

Los hallazgos de este estudio han conducido a una reflexión sobre la sociedad y la cultura como factores que modelan el modo de envejecer. En este sentido es preciso mencionar las

restricciones que la cultura patriarcal ha impuesto al género femenino y esto ha determinado modos de sentir, asumir derechos, ocupar espacios, realizar funciones y sostener valores (Yuni & Urbano, 2001). El rol de las mujeres en las OMA revela que la experiencia femenina ha adquirido nuevos significados. Estas mujeres se han desmarcado de las asignaciones tradicionales que pesan sobre su condición (edad y género: mujeres envejecientes), encuentran un espacio donde adoptan un protagonismo y se redefinen en un proceso de subjetivación femenina. La vejez no es un estado al que se llega sino un proceso, en el cual estas mayores hacedoras van encontrando nuevas formas de funcionamiento, nuevas posibilidades y oportunidades para probarse, para superar crisis y transiciones que permitirán aprender y re-aprenderse, reelaborar su identidad. El desarrollo de actividades en el centro les permite continuar la búsqueda, explorar sus potencialidades, desplegar un proyecto no desarrollado, cumplir con sueños pendientes y expectativas, poniendo en juego nuevas inquietudes, seguridades, responsabilidades, libertades, en una búsqueda de sentido entendiendo que la vejez puede ser una etapa para el cumplimiento de deseos e ideales.

El estudio de estos dos grupos de mayores, permite observar como a pesar de atravesar circunstancias adversas, pueden adoptarse caminos diferentes. Evidentemente las características de personalidad son el eje en el cual gira el análisis aquí propuesto, ya que intervienen para que cada sujeto, a pesar de los avatares del envejecer, adquieran capacidad resiliente. Aquellos sujetos, que presentan escasez de factores psíquicos protectores, ante los cambios o circunstancias adversas adoptan una postura pasiva, lo que demuestra que el problema no son las pérdidas, sino la forma de aferrarse a lo perdido. Por lo expuesto no solo se requiere de plasticidad neuronal, sino de poder ser flexible, diversificarse, conservando la personalidad íntima, de manera de lograr la continuidad, pero soportando los cambios a los que debe enfrentarse. Las personas en el camino del envejecimiento se enfrentan a diversos acontecimientos que pueden ir afectando su identidad, los factores protectores o de riesgo psíquico con que cuenten determinarán como lo transiten y su modo de envejecer-ser (Zarebski, 2005). De la prevalencia o escasez de los mismos depende el desenlace o camino de llegada, que puede derivar en vulnerabilidad o en resiliencia. Esta capacidad de resiliencia depende además de la interacción de la persona con su entorno, y si bien las redes vinculares no constituyen por sí mismas un factor protector, la escasez de apoyo social se constituye en un predictor de vulnerabilidad.

En conclusión, estas personas mayores receptoras son los que alertan y requieren mayor atención. En este grupo se han sumado el escaso apoyo social, la pobreza material y cognitiva a la pobreza psíquica, lo que permite predecir mayor probabilidad de envejecimiento patológico, lo cual fundamentaría

la intervención del terapeuta ocupacional. Desde un enfoque psicogerontológico es importante señalar que detectar a tiempo los factores de riesgo psíquicos permitiría operar para producir las transformaciones subjetivas necesarias, para que los sujetos en el camino del envejecimiento, durante su trayectoria vital, puedan re-crearse, construir diversas alternativas. Considerando además central el enfoque de los derechos de las personas mayores (Machado et.al., 2017) abordando la problemática de la igualdad, integridad, así como el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, entendiendo que la meta es redistribuir los recursos materiales y culturales aspirando a vejeces más igualitarias. ■

[Recibido: 16/02/2020- Aprobado: 11/05/2020]

## Referencias

- Bauzá Aguilar, V. (2011). Mitos y prejuicios en la tercera edad. *La Habana*, 8(1). Obtenido de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/cum-56165>
- Callis Fernández, S. (2011). Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. *Ciencia en su PC*(2), 30-44. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181322257004>
- Cicciari, M. R. (2017). *Informe sobre las condiciones de la vida de las personas mayores en la ciudad de Mar del Plata*. Pontificia Universidad Católica Argentina UCA.
- Clark, F. (1997). Reflections on the human as an occupational being: Biological need, tempo and temporality. *Journal of Occupational Science*, 4(3), 86-92.
- Fernández Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Fundación caja de Madrid: SG Editores.
- Golpe, L. I. (2007). Las prácticas migratorias del otoño de la vida, hacia una ciudad emblemática. En F. Capopardo, M. Da Orden, & E. Pastoriza, *Pasado y presente de la Mar del Plata Social*. Mar del Plata: EUDEM.
- Golpe, L., & Arias, C. (2005). *Sistemas formales e informales de apoyo social para los adultos mayores*. Grupo SAVYPCE. UNMDP. Mar del Plata: Ediciones Suarez.
- Golpe, L., Perez, P., Giorgetti, L., Molero, N., Bidegain, L., Lado, S., . . . Avale, D. (2014). *Vejez frágil: Criterios de institucionalización y derechos de los adultos mayores. Un debate para la gerontología institucional*. UNMDP. Mar del Plata: Ediciones Suarez.
- Gómez Carroza, T., & Leon de Barco, B. (2010). Estereotipo de los ancianos. Percepción de los ancianos sobre sí mismos y sobre su grupo. *Apuntes Psicol.*, 28(1), 5-18. Obtenido de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/180>
- INDEC, I. N. (2010). Resultados Censo Nacional de Población, Hogar y Viviendas 2010. Argentina.
- Kanje, S. (2015). Introducción a la gerontología Social. *Asignatura Gestión de atención. El sujeto, las instituciones y las redes comunitarias*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Maimónides.
- Lipovetsky, G. (2006). *La Tercera mujer. Permanencia y Revolución de lo femenino* (6 Edición ed.). Barcelona: Editorial Anagrama.

- Machado, E., Cabana, B., Carballo, B., Merlo Laguillo, Y., & Wood, S. (2017). Vejez y desigualdad desde la perspectiva latinoamericana. *II Congreso Latinoamericano de Teoría Social y Teoría Política*. Buenos Aires.
- Manes, R., Carballo, B., Cejas, R., Machado, E., Prins, S., Savino, D., & Wood, S. (2016). Vejez desiguales. Un análisis desde el enfoque de los derechos de las personas mayores. *Margen*(83), 1-13.
- Miguel Negredo, A., & Castellano Fuentes, C. L. (2012). Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos. Escala sobre el Prejuicio hacia la vejez y el envejecimiento. *Int. j. psychol. psychol. ther*, 12(1), 69-83. Obtenido de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-119214>.
- Orosio Perez, O. (2017). Vulnerabilidad y Vejez. *Intersticios Sociales*(13), 1-34. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-49642017000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642017000100003&lng=es&tlng=es).
- Salvarezza, L. (1988). *Viejismo. Los prejuicios contra la vejez en Psico-geriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez Palacios, C. (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. *Tesis Doctoral*. España: Universidad de Málaga.
- Sherbourne, C., & Stewart, A. (1991). The MOS social support Survey. *Soc Sci Med*, 32, 705-714.
- Sluzki, C. (1996). *De como la red social afecta la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social en E Dabas y D Najmanovich Redes el lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.
- Ulloa, F. (2011). *Salud ele-Mental. Con toda la mar detrás*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Wilcock, A. (1998). *An occupational perspective of health*. NJ: Slack.
- Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 46, 1-11.
- Wood, W. (1998). Biological requirements for occupation in primates: An exploratory study and theoretical synthesis. *Journal of occupational Science*, 5, 68-81.
- Xifra, M. J. (2017). *Factores psíquicos protectores para un envejecimiento saludable Blog de Psicogerontología. Universidad Maimonides*. Obtenido de <http://psicogerontologia.maimonides.edu/publicaciones/>
- Yuni, J., & Urbano, C. (2001). *Mirame otra vez. Madurescencia femenina*. Argentina: Editorial Mi Facu.
- Zarebski, G. (2005). Envejez-siendo. *Revista Tiempo*(17).
- Zarebski, G., Kabanchik, A., Kanje, S., Monczor, M., Tornatore, R., De Grado, C., & Marconi, A. (2015). *Narcisismo, Resiliencia y Factores Protectores en el envejecimiento*. Buenos Aires: Gerontólogos Asociados.
- Zarebski, G., Marconi, A., & Serrani, D. (2013). *Inventario de Factores Psíquicos Protectores en el envejecimiento Zarebski & Marconi) Manual de Aplicación, Evaluación e interpretación*. Editorial Académica Española. Obtenido de <http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2017/02/LIBRO-FAPPREN.pdf>

---

**Cómo citar este artículo:**

Xifra M.J. (2020). Estereotipos, Factores psíquicos protectores, y Apoyo social percibido en adultos mayores hacedores y receptores de la ciudad de Mar del Plata. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 42-50.

## Vínculo terapéutico. Perspectiva de profesionales de terapia ocupacional y usuarios, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un estudio de investigación

The therapeutic bond from the perspective of the Occupational Therapists and the users, in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires health facilities: a research investigation

Florencia Inés Lungarzo | Giselle Bardessono | Carla Noelia Mondelo

### Florencia Inés Lungarzo

Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de San Martín.  
Concurrente de 1er año del Programa de Residencia y Concurrencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda.

flungarzo@hotmail.com

### Giselle Bardessono

Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de San Martín.  
Terapista Ocupacional del Centro Multidisciplinario "Cassia", General Pacheco, Buenos Aires.

gibardessono@gmail.com

### Carla Noelia Mondelo

Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de San Martín.

carlamondelo1@gmail.com

### Resumen

Estudio de investigación realizado en el marco de la tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional (T.O.) durante el mes de noviembre de 2018 hasta febrero de 2019. El propósito fue conocer las percepciones del vínculo terapéutico de los profesionales de T.O. y los usuarios, ya que según el rastreo realizado del estado del arte, la bibliografía era dirigida mayormente al rol y habilidades del profesional, por lo que entrevistar a los usuarios era necesario e interesante, permitiéndonos a partir de los resultados reflexionar acerca de la importancia del vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., partiendo del recorrido histórico del concepto propiamente dicho hasta llegar a nuestros contextos históricos sociales. Estos vínculos se basan en un intercambio bidireccional – ida y vuelta – que nos lleva a pensar en cada realidad de manera distinta, desafiando nuestras prácticas diarias, examinando nuestro pensamiento para no caer en estructuras que reduzcan la complejidad de la persona. Estas realidades nos interpelan constantemente repensando nuestras estrategias de intervención para no caer en un reduccionismo que haga perder nuestra mirada holística. La metodología de estudio fue descriptiva, prospectiva, transversal con estrategia metodológica mixta (cuali-cuantitativa). La muestra fue no probabilística casual y estuvo conformada por 22 profesionales de T.O. y 22 usuarios, pertenecientes a los efectores públicos y privados de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Palabras Claves:** Vínculo, terapia ocupacional, usuarios, salud.

### Abstract

*Research study carried out within the framework of the degree thesis in Occupational Therapy (O.T.) during the month of November (2018) until February (2019). The purpose was to study the perceptions of the therapeutic bond between professionals of O.T. and users, because according to the previous investigation that had to be done for the present work, the bibliography found was mainly about the role and skills of the professional, so interviewing the users was necessary and interesting, allowing us, according to the results obtained, to reflect about the importance of the therapeutic bond during the O.T. process, starting from the historical journey of the concept itself until we reach our historical social contexts. These bonds are based on a two-way exchange that leads us to think about each reality differently, challenging our daily practices, examining our way of thinking so as not to fall into "structures" that reduce the complexity of the person. These realities constantly question us, rethinking our intervention strategies so as not to fall into a reductionism that makes us lose our holistic view.*

*The methodology of this study was descriptive, prospective, and cross-sectional with a mixed methodological strategy (qualitative – quantitative). The sample was non-probabilistic by chance and consisted of 22 professionals from O.T. and 22 users, belonging to the public and private health facilities of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

**Key words:** therapeutic bond, Occupational Therapy, users.

## Introducción

El presente escrito aborda la temática sobre las perspectivas de los profesionales de T.O. y usuarios en torno al vínculo terapéutico, realizando un recorrido desde lo histórico del concepto de relación terapéutica hasta llegar a nuestros contextos históricos sociales que plantean otros tipos de vínculos. Estos se basan en un intercambio bidireccional – ida y vuelta – que nos lleva a pensar en cada realidad de manera distinta, desafiando nuestras prácticas diarias, examinando nuestro pensamiento para no caer en estructuras que reduzcan la complejidad de la persona. Estas realidades nos interpelan constantemente repensando nuestras estrategias de intervención para no caer en un reduccionismo que haga perder nuestra mirada holística.

Conocer ambas perspectivas permitiría revalorizar la construcción del vínculo desde un enfoque humanista que tenga en cuenta las prioridades e intereses del usuario desde su capacidad de autodeterminarse. En consecuencia, se podrían generar vínculos estables que promuevan la salud y potencien una mayor autonomía por parte de los usuarios.

Por otro lado podrían afirmar, en base al conocimiento existente, que el modelo centrado en la persona, el razonamiento clínico, la empatía y otras características del profesional frente al usuario son importantes en la formación del vínculo terapéutico que se lleva a cabo en todo el proceso de intervención de T.O., además de tener en cuenta las características que mencionan los usuarios como relevantes en la formación del vínculo, abriendo la posibilidad de generar espacios de mayor empatía que provean potencialmente cambios en favor del tratamiento y mayor adherencia por parte del usuario.

## Relación terapéutica y sus aportes teóricos

En el siglo XX el término *relación terapéutica* fue introducido como consecuencia de la fuerte influencia de los conceptos psicoanalíticos, fundamentalmente los fenómenos inconscientes de la transferencia y contratransferencia (Castellanos Ortega, 2016).

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association, 2014) menciona que los profesionales de T.O. intervienen a través de un enfoque de colaboración y comprensión a lo largo del proceso de intervención desarrollando destrezas de comunicación e interacción con los usuarios cada vez que se establece un encuentro. En el mismo, Pellegrini Spangenberg (2013) sostiene que el propósito está en ayudar al usuario a identificar sus problemas y planificar objetivos, entre otros.

La formación de la relación terapéutica se estructura a partir del uso terapéutico de uno mismo como parte integral de toda la práctica. El desarrollo de la misma se lleva a cabo a través del razonamiento clínico centrado en la persona y la empatía.

La empatía es el intercambio emocional entre los terapeutas ocupacionales y los clientes que permite una comunicación más abierta, asegurándose de que los profesionales se conecten con los clientes en un nivel emocional, con el fin de ayudarles en su actual situación de vida (American Occupational Therapy Association, 2014, p. 19)

Surge aquí el uso de un componente fundamental, la empatía, ya que permite conectar a nivel emocional con los usuarios. Esta, junto con la narrativa y el razonamiento clínico a lo largo del proceso otorga sentido y significado a la información que se le brinda al usuario. En relación al usuario, Price (2011) señala que se presenta desde su realidad, y el profesional de T.O. mediante el uso de sus cualidades es quien permitirá que la relación terapéutica se lleve a cabo en un cierto grado de intimidad poniéndose en juego factores como la identidad del usuario, el grado de recuperación esperada, la duración y complejidad de dicha recuperación, que incluye el proceso de T.O.

Según Ayres Rosa (2011) uno de los desafíos para los profesionales que trabajan en rehabilitación es comprender los valores y las preocupaciones de los usuarios y reflexionar sobre sus prioridades, en contraposición al modelo médico hegemónico que impone su conocimiento en el que los usuarios quedan sujetos bajo el mandato experto de los profesionales. Además plantea como otro desafío a los contextos institucionales que se rigen bajo este modelo ya que resultan ser una barrera para los profesionales que utilizan el modelo centrado en el cliente influyendo en el ámbito de la terapia.

En Argentina, entre las décadas de 1940 y 1970, se originaron saberes y prácticas denominadas posteriormente como la Teoría del Vínculo (Pichon-Riviére, citado en Taragano, 1980). El autor encuadra su estudio dentro del campo de la psiquiatría del vínculo y de las relaciones interpersonales, tomando como fuente principal a la teoría de las relaciones del objeto que imperaba en el psicoanálisis kleiniano (concepto unidireccional) correspondiente a la estructura interna del vínculo, ampliando dicho concepto. Este se focaliza en los efectos subjetivos que tiene el encuentro con el otro (concepto bidireccional); siendo aquí donde ocurre un tipo particular de relación con el objeto del cual surge una conducta más o menos fija. Desde esta perspectiva el vínculo es siempre un vínculo social, y a través de la relación con esa persona, en este caso usuario, se repite una historia de vínculos que están determinados en un tiempo y espacio. El vínculo se relaciona con la noción de rol, de estatus y de comunicación. La comprensión del otro en términos de rol proporciona la posibilidad de poder entrar en la situación del usuario y comprenderla, colaborando en su tratamiento y generando una relación interpersonal entre este y el profesional.

Liliana Paganizzi menciona que: “el vínculo es bipolar, bidireccional, o sea que los componentes aportan indefectiblemente

a esa relación común” (Paganizzi y otros, 1991, p. 58). Asimismo, la autora refiere que el vínculo terapéutico sucede en un espacio particular llamado encuadre, considerado como un organizador del vínculo, y su funcionamiento dependerá de las condiciones del usuario (momento vital, el tipo de problemática) y de las actitudes del profesional de T.O. (p. 59). En relación a la construcción de los vínculos se cree necesario comprender la dinámica existente según cada sujeto, destaca los llamados vínculos primarios que permitirán la construcción de otros a lo largo de la adultez. El vínculo primario de cada sujeto se establece en la primer relación con la madre, y con la inclusión del padre se constituye el primer grupo de pertenencia. Estos darán lugar, más adelante, a los vínculos interpersonales o secundarios. Siendo interesante mencionarlos, ya que en los vínculos interpersonales (terapéuticos en nuestro caso) suelen reactualizarse aquellas formas primarias de relacionarse con un otro denominado *vínculo transferencial* decir, la manera en que cada sujeto se relaciona e interactúa con un otro depende de la construcción de sus vínculos primarios y hacen posible dentro de su contexto terapéutico, una transferencia significativa. Por otra parte, Pichon-Riviére (citado en Ritterstein, 2008) señala al sujeto como un ser activo, protagonista de la historia, cognoscente en tanto aprehende de esta realidad que está viviendo, la cual se desarrolla en etapas reestructurando nuevos vínculos atravesados por miedos y confusión, dependiendo de cada usuario.

Ante lo expuesto, resulta importante conocer *¿cuál es la perspectiva acerca del Vínculo terapéutico para los usuarios (mayores de 18 años) y los profesionales de T.O. en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre los años 2018-2019?*

### Marco Teórico

El término “perspectiva” deriva del latín *perspicere*, mirar a través de, observar atentamente (Real Academia Española, s.f.). Este concepto se utiliza en las artes gráficas y por analogía a estas nociones, se llama perspectiva al punto de vista desde el cual se considera un asunto determinado, es decir la visión subjetiva del sujeto. En dicho trabajo esto hace referencia a la mirada subjetiva acerca del vínculo terapéutico de los profesionales y los usuarios.

Pichon-Riviére define el vínculo como una “estructura compleja que incluye al sujeto, al objeto y los momentos de comunicación y aprendizaje” (citado en Paganizzi y otros, 1991, p. 57). Paganizzi menciona que el vínculo es bipolar, bidireccional, es decir los componentes aportan indefectiblemente a esa relación común. Los vínculos tienen un carácter dialéctico de enriquecimiento o empobrecimiento, en todo caso mutuo. Asimismo, refiere que un vínculo es terapéutico cuando sucede en un espacio particular, llamado encuadre, el cual lo

considera como organizador del mismo. El funcionamiento dependerá de las condiciones del usuario, momento vital, el tipo de problemática y de las actitudes del profesional de T.O (Paganizzi y otros, 1991).

Según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association, 2014) el uso terapéutico de uno mismo permite desarrollar y administrar la relación terapéutica con los clientes mediante la narrativa, el razonamiento clínico, la empatía y el modelo centrado en el cliente. Se desarrolla la relación terapéutica mediante el uso de destrezas de comunicación interpersonal del profesional con el fin de comprender las experiencias y deseos de intervención de los usuarios.

Asimismo, las cualidades terapéuticas necesarias por parte del profesional de T.O. para desarrollar una buena relación con el usuario durante todo el proceso según Pellegrini Spangenberg (2013) son:

- Empatía: Habilidad de comprender cómo la otra persona se siente, ponerse en su lugar sin confundirse. Escuchar lo que el usuario dice y estimularlo a ampliar los puntos de vista, colabora a comprender sus sentimientos.
- Sensibilidad: Estar en alerta hacia las necesidades del usuario, es leer los mensajes que da, principalmente los no verbales (lenguaje corporal, miradas, movimientos de manos, entre otras).
- Respeto: El usuario necesita ser reconocido como persona única, individual, con intereses y valores propios, los cuales pueden ser muy diferentes a los del terapeuta.
- Calidez: Interés, entusiasmo y sentido amistoso que el terapeuta contagia.
- Autenticidad: Habilidad de abrirse a la situación. Para poder lograrlo, el terapeuta debe en primer lugar ser consciente de sí mismo y sentirse cómodo consigo mismo.
- Específico o Sencillez: El arte de plantear cosas de manera simple, directa y concreta, focalizando sólo en lo más relevante. No inferir.
- Inmediatez o el aquí y el ahora: Es la práctica de dar una devolución o *feedback* justo después de que el evento haya sucedido. Este término incluye la idea de focalizar la atención del usuario en el aquí y ahora. (p. 138)

Dias Barros, Garcez Ghirardi y Lopes (2006) plantean que “es necesario ir más allá de la idea de la Terapia Ocupacional exclusivamente como una profesión sanitaria cuyo paradigma fundador limita su rol a la mediación entre salud y enfermedad” (p. 145). Los autores refieren que este cuestionamiento favorece la visión del usuario como un ser sociopolítico inmerso en un proceso histórico y cultural, más que una simple suma de partes fragmentadas.

Según De Barbieri (2005) la relación personal paciente-terapeuta, el encuentro existencial, es crucial para el proceso de cambio y de transformación de la persona. Es a través de este vínculo que el paciente tiene la oportunidad de vivenciar un *vínculo sano*, un modelo de relacionamiento que quizás no ha vivido en toda su vida.

El encuentro libera, el amor libera, el valor muestra un campo de posibilidades imprevistas para la persona. No curó el terapeuta, no curó la técnica. Lo que cura es la relación. El encuentro entre dos personas, una dispuesta a ayudar y la otra a ser ayudada. (De Barbieri, 2005, p. 498)

Por otra parte, Merhy, Feuerwerker y Cecim (2006) refiere que es la comprensión de las particularidades del trabajo en salud reconocer primeramente el hecho de que la salud se produce en *acto*, es decir el producto de trabajo en salud, solo existe en la misma producción y directamente con las personas involucradas en el proceso: usuarios y trabajadores. Señala que para concretar un acto de salud, los trabajadores utilizan un *maletín tecnológico*, compuesto por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías *duras*, que corresponden a los equipamientos, medicamentos, etc.; las tecnologías *blanda-duras*, que corresponden a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología; y las tecnologías *blandas*, que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario.

El autor manifiesta que son las tecnologías blandas las que otorgan vida al trabajo en salud, ya que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto.

Es exactamente en ese espacio del trabajo vivo, en el cual los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos de salud. Es en ese espacio privado, en que ocurre la relación intersubjetiva entre trabajador y usuario, que se construye y re-construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido, al menos para los trabajadores, pero preferentemente para las dos partes. (Merhy, Feuerwerker y Cecim, 2006, p. 151)

Por último, en relación al razonamiento clínico en T.O., Mattingly y Fleming (1994, citados en Moruno, Talavera & Cantero, 2009), distinguen el razonamiento procesal, interactivo y condicional. De estos, el interactivo se basa en la relación terapéutica durante todo el proceso de T.O., consistiendo en individualizar la intervención y entender al paciente como un todo. Por eso, logra convertirse en una guía de cómo el terapeuta puede interpretar y utilizar acciones verbales y no verbales en el proceso de relación e interacción con el paciente para comprender su situación, favorecer la implicancia del sujeto en el tratamiento o evaluación, establecer y consolidar la relación terapéutica, elaborando un lenguaje compartido

de acciones y significados, estableciendo límites y normas. El razonamiento interactivo hace hincapié en las estrategias que utilizan los terapeutas ocupacionales a la hora de realizar una mejor comprensión de los sentimientos de los pacientes acerca de su situación ocupacional y del proceso terapéutico en el que se hallan inmersos.

### Aspectos metodológicos

El trabajo presentó como objetivos generales: Identificar y caracterizar el vínculo terapéutico desde la perspectiva de los profesionales de T.O. y usuarios en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; y como objetivos específicos:

- Conocer la percepción del vínculo terapéutico construido a través de la experiencia del profesional de T.O. desde la perspectiva de los mismos, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Conocer la percepción del vínculo terapéutico de los usuarios, desde el momento en que recibieron atención de T.O., en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para ello se trabajó con un diseño descriptivo, prospectivo, transversal con estrategia metodológica mixta (cuali-cuantitativa). Los instrumentos de recolección de los datos fueron a través de dos tipos de entrevistas semi estructuradas, distintas, diseñadas para los profesionales de T.O. y usuarios, durante el mes de noviembre de 2018 hasta febrero de 2019 en los servicios de T.O. de los efectores de salud de la Ciudad de Buenos Aires, según los criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

### Criterios para los profesionales de terapia ocupacional

#### Criterios de Inclusión:

- Ser profesional de T.O. o Lic. en T.O.
- Tener como mínimo un año de experiencia en el ejercicio de la profesión.
- Ejercer como profesional de T.O. o Lic. en T.O. en los efectores de salud (público y/o privado) del campo físico, mental y comunitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

#### Criterios de Exclusión:

- Ejercer como T.O. o Lic. en T.O. fuera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Profesional de T.O. o Lic. en T.O. que ejerza en el domicilio del usuario.

## Criterios para Usuarios

### Criterios de Inclusión:

- Personas de ambos sexos, a partir de 18 años en adelante, que concurren al servicio de T.O. en los efectores de salud (público y/o privado) del campo físico, mental y comunitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Usuarios que cuenten con más de un mes de tratamiento.

### Criterios de Exclusión:

- Usuarios con trastornos mentales severos en fase productiva.
- Usuarios que reciban tratamiento en domicilio.

El trabajo de investigación partió de dos universos, el primero comprendido por todos los profesionales de T.O. que se desempeñan en efectores de salud del campo físico, mental y comunitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018 y 2019; y el segundo conformado por todos los usuarios que concurren al servicio de T.O. en los efectores de salud, en el campo físico, mental y comunitario en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2018 y 2019.

Con la finalidad de incluir la mayor cantidad de miembros posibles para cada universo se solicitó vía e-mail a la Asociación Argentina de T.O. (AATO) y a la Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (ATOG-BA) listado de profesionales que ejerzan la disciplina dentro de dicha ciudad. La AATO respondió no contar con la información solicitada ya que no disponía en ese entonces de un registro formal de profesionales del país, y ATOG-BA informó el registro de ciento once (111) profesionales de T.O. que se desempeñan en hospitales (incluyendo las residencias de T.O.), centro de salud y acción comunitaria y casas de medio camino que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Finalmente, ante los requisitos protocolares y administrativos por parte de las instituciones públicas se dificultó acceder a los mismos, por lo que la muestra quedó conformada por aquellos profesionales que aceptaron participar de la investigación y posibilitaron el acceso a entrevistar a los usuarios que asistían a dichos servicios correspondientes a los efectores de salud de CABA.

Por ello, el tipo de muestra fue no probabilística casual; y se conformó por 22 profesionales de T.O. y 22 usuarios de manera voluntaria. Antes de comenzar cada entrevista se tomó el consentimiento informado correspondiente a cada participante contemplando los recaudos éticos y dejando asentado el resguardo y preservación de la identidad de quienes participasen, informando además acerca de la finalidad del trabajo de investigación, los alcances y formación.

Las entrevistas quedaron compuestas por 4 y 3 variables suficientes respectivamente, las cuales mediante la metodolo-

gía cuantitativa, permitieron caracterizar y contextualizar la muestra, llevando a cabo para cada variable el análisis univariado correspondiente utilizando tablas de frecuencia (absoluta, relativa y porcentual):

- Profesionales de T.O.: Edad, género autopercebido, años de experiencia laboral y campo de intervención.
- Usuarios: Edad, género autopercebido, tipo de efector de salud (privado – obra social/prepaga – o público).

En cuanto a los ejes de análisis, contaron con 4 y 3 ejes respectivamente, estos posibilitaron conocer sus perspectivas sobre el vínculo terapéutico:

- Profesionales de T.O.: Percepción del vínculo terapéutico, cualidades para la construcción del vínculo terapéutico (de acuerdo a las cualidades terapéuticas según Pellegrini Spangenberg (2013) descriptas en el marco teórico), factores que influyen en la construcción del vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., vínculo terapéutico durante el proceso de T.O.
- Usuarios: Percepción del vínculo terapéutico desde su experiencia, factores que influyen en la construcción del vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., cualidades para la construcción del vínculo terapéutico (de acuerdo a las cualidades terapéuticas según Pellegrini Spangenberg (2013) descriptas en el marco teórico).

El material resultante se analizó combinando los enfoques cualitativos y cuantitativos. Se realizó la lectura general de las entrevistas y se categorizaron frases y/o párrafos utilizando los ejes de análisis como organizadores. Una vez categorizadas las respuestas cualitativas, se cuantificaron de acuerdo a la repetición de las mismas con el fin de registrar al tópicos como dato numérico.

## Resultados

Resultados de los profesionales de T.O.

Características de la muestra: el tamaño de la muestra fue de 22 profesionales, 95 % de género femenino y 5 % de género masculino. La edad promedio fue de 41 años, y 16 años fue el promedio de experiencia laboral. El 50 % de los profesionales se desempeñaban en el campo físico, mayormente en el sector privado (clínicas de rehabilitación).

Los profesionales de T.O. destacaron que la relación terapéutica es el pilar sobre el cual se construye la intervención, algunos la describieron como un ida y vuelta entre profesional y usuario:



- (...) es darle todo el tiempo el lugar al otro, a que decida, a que opine, a que tome decisiones, bueno a que se haga cargo de lo que decide y yo voy acompañando eso; y respetando todo el tiempo el no del otro, el que me confronte. (Entrevista T.O. N° 21, 2019)

Incluyendo el concepto de usuario como sujeto participante en la relación. Por ello, podría resultar un denominador común hablar de la importancia del vínculo terapéutico en la intervención de T.O. según la muestra. Esta consideración podría tener su fundamento en los pilares de nuestra disciplina, la cual integra desde sus inicios una mirada holística y un constante empeño en buscar los intereses del usuario, como bien se mencionó a lo largo del trabajo.

En relación a las cualidades necesarias que debe tener un profesional para construir un buen vínculo durante el proceso de intervención la mayoría (68,18 %) coincidió en que la empatía es la cualidad determinante para la construcción del vínculo, siendo esta una actitud estable, la habilidad que nos permite colocarnos en el lugar del usuario, no verlo como una patología u objeto a tratar, sino un sujeto al cual pretendemos comprender, escuchar y estimular a ampliar sus puntos de vista para su propio desarrollo (Pellegrini Spangenberg, 2013). Este intercambio emocional entre los profesionales y usuarios permite una comunicación más abierta humanizando la relación. Asimismo, la Calidez (36,36 %) y Autenticidad (31,81 %) fueron consideradas como cualidades importantes para los profesionales entrevistados.

Por otro lado, en relación al vínculo se destacan las siguientes citas:

- (...) respetar los valores, las creencias, a pesar de que no sean compartidas (...)” (Entrevista T.O. N° 17, 2019)
- (...) estar consciente de que cada persona es individual, que tiene sus individualidades (...) teniendo en cuenta siempre la particularidad de cada una de las personas con las que trabajas. (...) un buen vínculo, es también ser permeable a estas cosas, ser flexible me parece que es importante también a cada una de las personas. (...) flexibilidad y adaptarte al otro (...) (Entrevista T.O. N° 18, 2019)

En éstas se observa la importancia de respetar los valores y decisiones de los usuarios que asisten al servicio de T.O. Se podría pensar en aquello que sostiene Rogers (1967) desde una mirada humanista en la cual cada persona está dotada de rasgos que la capacitan para dar significado a su vida, respondiendo en los distintos momentos y circunstancias de manera autónoma. Por otra parte, desde el lugar de los profesionales se asume desde el vínculo, la posibilidad de aportar al desarrollo de ese potencial.

Por otra parte, como mencionan varios autores, el proceso de razonamiento proporciona una estructura (un marco de

pensamiento) para organizar y apoyar el pensamiento clínico y la reflexión (Moruno, Talavera y Cantero, 2009). Por lo cual a partir de las respuestas brindadas por los profesionales se reflexionó acerca de la importancia del vínculo entre T.O. y usuario durante el proceso del mismo, estableciendo una relación horizontal entre pares tal como refiere la Entrevista T.O. N° 20 (2019):

- la relación de ser humano a ser humano, establecer eso, para después poder pensar otra cosa, porque si no hay relación, si no está este intercambio par, no hay posibilidad de otra cosa (...)

Esto permite repensar y replantear el razonamiento clínico, considerando al usuario como sujeto activo en la elección y participación de su tratamiento. Como refiere la Entrevista T.O. N° 21 (2019):

- (...) un buen vínculo es: uno, como sujeto, repensar e ir cambiando todo el tiempo la estrategia. No es que el otro se tiene que adaptar a lo que yo le digo, porque no es que yo tenga la verdad ocupacional. (...) No es mi responsabilidad que el tratamiento vaya bien, es entre los dos.

### Resultados de los usuarios

Características de la muestra: el tamaño de la muestra fue de 22 usuarios, 45 % de género femenino y 55 % de género masculino. La edad promedio fue 43 años. Los usuarios entrevistados correspondían a 4 instituciones distintas (centro de rehabilitación, hospital privado, consultorio y hospital público), de los cuales el 73 % de ellos asistían al sector privado, mayormente a centro de rehabilitación y hospital privado (campo físico).

A partir de las respuestas en relación al vínculo terapéutico se percibió el carácter dialéctico bipolar - ida y vuelta -, que se presenta en este. Del total de la muestra se detectó que existe una relación entre lo que manifestaron los profesionales de T.O. en las entrevistas y las vivencias o percepciones de los usuarios con respecto a la calidad del vínculo terapéutico.

En relación a los factores que influyen en la construcción del vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., la mayoría (72,72 %) coincidió en que la empatía es un factor determinante para facilitar la construcción del vínculo terapéutico durante el proceso de T.O., tal como lo manifestaron los profesionales de T.O. en sus respuestas. Dadas las singularidades de cada sujeto se comprende que esta cualidad se manifestará de manera distinta, sin embargo comparten un mismo significado para todos los entrevistados, el sentirse escuchado y comprendido.

Asimismo, el conocimiento teórico (54,54 %) y la calidez (40,90 %) por parte del profesional son considerados fundamentales para la construcción del vínculo. Para los usuarios es nece-

sario que el T.O. esté preparado para enfrentar o resolver las distintas intervenciones individuales desde su conocimiento teórico formal además de generar un clima de intimidad ameno entre profesional y usuarios.

Por otro lado, en cuanto a las cualidades necesarias de los T.O. para la construcción del vínculo terapéutico durante el proceso de intervención se observó a través de los datos recogidos que lo descrito en la teoría es reflejado en la práctica, siendo la empatía (63,63 %) un componente fundamental para establecer una relación, la misma posibilita la entrada a un clima de confianza y sensación de percibir interés por parte del otro, pero sólo podrá consolidarse como una actitud estable, es decir como cualidad, en la medida en la que exista un continuum entre la actitud primera (empática) y el desarrollo de la habilidad como cualidad.

En relación a esto, los usuarios percibieron en el vínculo terapéutico *sentir confianza* (criterio más destacado, 59,09 %), seguido de *percibir interés* (31,81 %) y *sensación de independencia en adoptar decisiones y elecciones* (22,72 %). En los resultados se pudo observar el uso del modelo centrado en la persona en T.O., el cual se basa en la importancia del rol activo de los usuarios en la intervención, teniendo en cuenta sus intereses, valores y necesidades, así como sus derechos frente a los profesionales (Price, 2011).

Por otro lado, en relación a sus aportes personales para la construcción del vínculo terapéutico se destacó la predisposición (40,90 %) y el compromiso (18,18 %) en el proceso de intervención.

De acuerdo a lo expuesto, es interesante citar a Price (2011) ya que señala que los usuarios se presentan desde su realidad, en el cual se ponen en juego factores como su identidad, el grado de recuperación esperada, la duración y complejidad de dicha recuperación, que incluye el proceso de T.O. y destacar la importancia del *maletín de tecnologías blandas* según Merhy, Feuerwerker y Cecim (2006), ya que posibilita un espacio privado en el que ocurre la relación intersubjetiva entre profesional y usuario produciendo sentido en el hacer. Tal como refiere la Entrevista Usuario N° 19 (2018):

- El buen trato repercute en el tratamiento, uno se siente más acompañado, te predispone, influye en la mejora.

## Conclusiones

La utilización del concepto de vínculo terapéutico en la práctica de todos los campos de intervención de T.O. es considerado como un factor determinante para el tratamiento, permite abrir un espacio de escucha que facilita conectar emocionalmente con el sujeto, humanizando dicha relación. Como refiere la Entrevista T.O. N° 6 (2018):

- Por ejemplo el recuerdo de pacientes que atendí muchos años y que fallecieron, en ese momento tomo conciencia de la parte que ocupé en sus vidas y ellos en la mía; y si más allá de haberlos ayudado o no en su desempeño ocupacional, pude brindarles respeto, afecto.

Como se menciona, este factor humanizante está íntimamente conectado con el vínculo y se relaciona directamente con las cualidades que permiten la construcción del mismo reflejadas en las respuestas de los usuarios entrevistados: la empatía, la sensibilidad y la autenticidad, principalmente, tecnologías blandas que permiten a los profesionales de T.O. trabajar sobre la realidad singular de cada usuario (Merhy, Feuerwerker y Cecim, 2006) y posibilitar una comunicación más abierta y una voluntad constante de *estar y hacer con ellos* (Price, 2011), partiendo de la habilidad del profesional de generar un espacio cómodo y seguro estando alerta a las necesidades del usuario. Tal como refiere la Entrevista T.O. N° 6 (2018):

- es parte del tratamiento para mí, generador de bienestar o de resistencia, un canal para que circule la terapia.

Partiendo de la siguiente respuesta:

- Yo pongo en discusión la palabra vínculo pero bueno, por una cuestión de que para mí un vínculo se genera a través de muchísimo, muchísimo tiempo y no tenemos esa cantidad de tiempo para realmente establecer un vínculo (...) (Entrevista T.O. N° 19, 2019)

Se repensó sobre la formación del vínculo en el tiempo y la consolidación del mismo. Se entiende que el tiempo de atención y la prolongación del tratamiento suele estar supeditado a distintos factores, como el número de sesiones autorizadas en las obras sociales, la capacidad con que cuenta el servicio para incorporar usuarios, los tiempos a los cuales responder para dar el alta, entre todos. Todos estos influyen en la formación del vínculo y en definitiva en su capacidad de colaborar en todo el proceso de intervención. Llevándonos entonces a reflexionar que es necesario, por una parte, tener en cuenta los tiempos, y por otra, planificar cómo llegaremos a propiciar el espacio para lograr el vínculo que deseamos tener con los usuarios, no ya como medio sino como fin, sabiendo que podremos (o no) lograr ciertos objetivos terapéuticos, pero teniendo la certeza, si estamos convencidos de ello, que podremos enriquecernos tanto los profesionales de T.O. como los usuarios, dado que nuestro razonamiento e intervención está centrado en la persona, en lo que la persona es, comprendiendo sus valores y preocupaciones, y reflexionando sobre sus prioridades (Ayres Rosa, 2011). El vínculo terapéutico nos permite conocer las necesidades reales de los usuarios y realizar así, intervenciones que sean efectivas y duraderas en el tiempo.

Asimismo, entendiendo a la persona como un ser biopsico-social, inmerso en su medio ambiente, es necesario desta-

car que como profesionales de la salud debemos mirar a la persona en todas sus dimensiones tal como refiere Simó Algado (2016): “no podemos separar a la persona de su medio ambiente ya que muchas veces determina directamente el desempeño y la participación ocupacional” (p. 177). Es decir entender al sujeto, la realidad y su contexto conjuntamente, como menciona la Entrevista T.O. N° 21 (2019):

- Para mí, no ver una patología, no ver un objeto, una enfermedad enfrente, ver un sujeto. Y tratar de entender ese sujeto en el contexto en el que vive. Ya te digo, si viene con la ropa sucia, bueno, yo puedo decir está descompensado, no tiene conciencia de enfermedad de que tiene la ropa sucia, o tal vez decir bueno, no tiene jabón, ¿dónde vive?, no tiene agua.

Por otra parte, se observó a través de los datos recogidos la relación que se genera entre el sujeto y la actividad. Es así como T.O., usuario y actividad forman un conjunto con características propias, con un espacio común y espacios particulares de cada uno que se interrelacionan entre sí (Paganizzi y otros, 1991, p. 61). Tal como menciona la Entrevista T.O. N° 5 (2018):

- la actividad también es parte del vínculo... es un desafío también la actividad a través de este medio, qué es la actividad, construir, trabajar en eso como parte del vínculo es fundamental.

Esta cita llevó a cuestionarnos hasta qué punto la actividad se relaciona con las necesidades y los intereses reales del usuario, o será que responde a la aplicación de actividades pre-fijadas de acuerdo al campo de intervención y la patología. Hasta qué punto la elección de las actividades está relacionada realmente con los intereses y necesidades del usuario, o será quizá que las mismas terminan siendo determinadas por las teorías e instrumentos específicos o mismo por nuestras propias expectativas para con los usuarios.

Citandola Entrevista Usuario N° 9 (2018):

- “yo tengo 42 años por lo tanto a lo largo de mi vida tuve muchos años de terapia ocupacional y creo que el vínculo terapéutico fue cambiando depende de la época de mi vida, no es lo mismo hacer terapia ocupacional cuando sos adolescente que estás en estado pleno de rebeldía y que no querés hacer nada, que cuando sos adulto y que en realidad, vos te das cuenta que te están sirviendo las asistencias que te están dando, o sea, creo que el vínculo cambia completamente, o sea, yo recuerdo con mucho afecto a mi terapeuta ocupacional de la adolescencia pero la que me acompañó el último tiempo en la adultez, yo realmente, establecí un vínculo hasta de amistad, o sea éramos pares, es distinto. Creo que lo que cambia ahí es la perspectiva que tiene uno con su evolución por la edad... ¿no? por la etapa de la vida...”

Se remite al concepto de vínculo de Pichon-Rivière (citado en Taragano, 1980) en el cual señala que la manera en que cada sujeto se relaciona e interactúa con un otro depende de la construcción de sus vínculos primarios. Se considera entonces que no existiría un tipo de vínculo determinado sino que la construcción de estos depende de la historia de vida de cada usuario. “Todo individuo vive en un mundo continuamente cambiante de experiencias, de las cuales él es el centro.” (Rogers, 1967, p. 410) Esto lleva a pensar en situarnos en cada realidad de manera distinta, desafiando nuestras prácticas diarias, examinando nuestro pensamiento para no caer en *estructuras* que reduzcan la complejidad de la persona.

Finalizando, se concluye que la construcción del vínculo terapéutico comienza por una concepción clara de la complejidad de la persona, del sufrimiento subjetivo de la misma y el desarrollo de nuestras habilidades terapéuticas que nos permiten construir una buena relación con los demás:

El encuentro entre sujetos sólo es posible si se percibe al otro como un par, pero distinto de sí. “Trabajar el vínculo”, sentarse junto al paciente, compartir un espacio físico, es básico pero no alcanza. Vínculo es reconocer al otro, original, con su mundo particular de relaciones, sus dificultades y posibilidades, a descubrir o redescubrir, a construir, juntos. (Paganizzi y otros, 1991, p. 83)

Nuestra profesión tiene como esencia la persona, que permanece ante distintas realidades que pueden modificarse, como la ocupación y el contexto en el cual se desempeña. Estas realidades que envuelven a la persona nos interpelan constantemente repensando nuestras estrategias de intervención, para no caer en un reduccionismo que haga perder la esencia misma de la profesión, es decir, su mirada holística. “Hay que poner en el centro al sujeto como identidad, reconocerlo bajo esa condición y no como competencia y destreza para funcionar. Promover la diferencia y no las destrezas y capacidades.” (Guajardo Córdoba, 2016, p. 58).

### Comentarios finales

A partir de este estudio, se considera interesante para futuras investigaciones la realización de un trabajo de investigación de tipo longitudinal donde se pudiera analizar el desarrollo del vínculo terapéutico a lo largo de todo el proceso de intervención, ya que requiere de tiempo para la formación de lazos y consolidación del mismo. Este proceso de maduración permite entender aquellas bases primarias (vínculos primarios) tanto del usuario como del profesional de T.O. y los factores externos que dan la particularidad y singularidad a ese vínculo. Asimismo, este tipo de diseño permitiría acercarse a la posibilidad de encuadrar distintos tipos de vínculos según el campo de intervención para ver si existen diferencias o similitudes entre sí.

Por otra parte, podría haber sido de gran interés analizar cada vínculo terapéutico: profesional de T.O. junto con el usuario correspondiente, para observar cómo estos se fueron construyendo a lo largo del tiempo, ya que algunos profesionales de T.O. no pudieron contactarnos con usuarios de su servicio al momento de la entrevista.

Por otro lado, sería interesante abordar el tema en conjunto con otras disciplinas que puedan aportar sus conocimientos, como Psicología, Antropología y Sociología, que se ocupan de entender los pensamientos y conductas de la persona y la influencia de su comportamiento en la sociedad y entre pares, ya que para la realización de este trabajo ha sido necesario extraer elementos de estas y sus diferentes corrientes teóricas para poder comprender el significado del concepto y extrapolarlo a la disciplina de T.O.. El aporte en conjunto sería sumamente enriquecedor para pensar y trabajar la relación terapéutica y el abordaje desde su complejidad. ■

[Recibido: 7/01/2020 Aprobado: 4/05/2020]

## Referencias

- Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (2018). Buenos Aires, AATO.
- Asociación de Terapistas Ocupacionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2018). Buenos Aires, ATOGBA.
- American Occupational Therapy Association (2014). *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso. 3er edición*. Traducido de AOTA: "Occupational therapy practice framework: Domain and process" (3ª Ed.). Traducción no oficial para uso interno con fines docentes. (2015) Traductores: Martínez, S. L., Muñoz, H. F., Suazo, G. C. Santiago de Chile. Recuperado en: <https://es.scribd.com/document/334395122/Aota-2014-Traducida-u-Mayor>
- Ayres Rosa, S. (2011). Colaboración centrada en el cliente. En *Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B. Willard & Spackman. Terapia Ocupacional, 11ª Edición* (pp. 286-289). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Castellanos Ortega, M. C. (2016). *La Relación Terapéutica y su Enseñanza en Terapia Ocupacional: análisis de la situación en España*. (Programa de Doctorado: Investigación transdisciplinar en educación). Dirigida por: Egado, L; Picos, A. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid. Recuperado en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/22102>
- De Barbieri A. (2005). Lo que cura es el vínculo. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 63 (123), pp. 497-509.
- Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1421138>
- Dias Barros, D., Garcez Gherardi, M. I., Lopes, R. E. (2006). Terapia Ocupacional Social. Una perspectiva sociohistórica. En Kronenberg, F., Algado, S., Pollard, N. (Comps.). *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. (pp. 141-153). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Guajardo Córdoba, A. (2016). Texto inaugural. Construcción de identidades, epistemes y prácticas en Terapia Ocupacional en América Latina. En Simó Algado, S., Guajardo Córdoba, A., Corrêa Oliver, F., Galheigo, S. M., García-Ruiz, S. *Terapias Ocupacionales desde el Sur* (pp. 41-62). Chile: Editorial Universidad de Santiago de Chile
- Merhy, E. E., Feuerwerker, R., Cecim, R. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2 (2), pp. 147-160.
- Moruno, P., Talavera, M., Cantero, P. (2009). Razonamiento Clínico en Terapia Ocupacional. *Revista World Federation of Occupational Therapist Bulletin*, 59, pp. 1-7.
- Paganizzi, L. y otros (1991). *Terapia Ocupacional: Del hecho al dicho*. Editorial Psicoterapias Integradas Editores. Segunda parte: Doccencia.
- Pellegrini Spangenberg, M. (2013). El proceso de Terapia Ocupacional. En Sánchez, O., Polonio, B., Pellegrini Spangenberg, M. *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. (pp.135-139). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Price, P. (2011). La relación terapéutica. En *Crepeau, E. B., Cohn, E. S. y Schell, B. B. Willard & Spackman 11ª Edición* (pp. 328-341). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Real Academia Española. (s.f.). Perspectiva. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en junio de 2018, de <https://dle.rae.es/perspectiva>
- Ritterstein, P. (2008). *Aprendizaje y vínculo. Una mirada sobre el aprendizaje: Enrique Pichon Riviere y Paulo Freire*. Recuperado en <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ferrar>
- Rogers, C. R. (1967). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós
- Simó Algado, S. (2016). Una definición de Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. En Simó Algado, S., Guajardo Córdoba, A., Corrêa Oliver, F., Galheigo, S. M., García-Ruiz, S. *Terapias Ocupacionales desde el Sur*. (pp. 173-188). Chile: Editorial Universidad de Santiago de Chile (USACH).
- Taragano, F. (1980). Enrique Pichon Riviere. *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.

## Cómo citar este artículo:

Lungarzo, F., Bardessono, G. y Mondelo, C. (2020). Vínculo terapéutico. Perspectiva de profesionales de Terapia Ocupacional y los usuarios, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un estudio de investigación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 51-59.

## Emprendimientos que producen lo social: la fractura entre el mundo del trabajo y el mundo de la asistencia en Salud Mental

Enterprises that produce the social: the fracture between the world of work and the world of mental health care

María Victoria Araujo

### María Victoria Araujo

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de Quilmes). Diplomada en Salud Mental y Derechos Humanos (Universidad Nacional de José Clemente Paz). Terapeuta ocupacional en Taller Protegido de Producción APHE. Becaria de investigación Universidad Nacional de Quilmes.

mariavictoria.araujo@hotmail.com

### Resumen

En Argentina, la falta de una ocupación remunerada es el segundo factor –luego de la vivienda– que limita materialmente los procesos de externación: sin ingresos regulares y suficientes no es posible satisfacer las necesidades cotidianas de la vida fuera del hospital. El presente artículo destaca la importancia de crear dispositivos laborales que fomenten y garanticen la autonomía de las personas con padecimiento mental y que se instituyan como alternativas reales frente al manicomio, junto a otras estructuras de la red integrada de Salud. La Empresa Social emerge así como dispositivo que pretende vincular el mundo de la empresa, el mercado y la producción con el mundo de la asistencia, cruzando límites, enriqueciendo ambos mundos, intercambiando recursos y lenguajes. Se consideran y ponen en relieve las contribuciones del proceso de desinstitucionalización que aconteció en Italia hacia fines de los ´70, que junto con otras experiencias que se han dado hacia los ´80 en España, Brasil y Rio Negro, han dado inicio a un movimiento que apunta hacia lo que alguna vez pareció una utopía: el cierre progresivo de los manicomios y la introducción de una modalidad comunitaria en la atención de Salud Mental. Una de las estrategias básicas de la Reforma Psiquiátrica Italiana fue la creación de cooperativas como manera de asegurar lo que consideraron indispensable para la integración social de los usuarios: trabajar. Finalmente, se describe una de las tantas experiencias en clave de Empresa Social en Argentina.

**Palabras Claves:** Derechos humanos, trabajo, salud mental.

### Abstract

*The lack of paid employment is the second factor - after housing - that materially limits the processes of externalization In Argentina: without regular and sufficient income it is not possible to deal with the daily needs of life outside the hospital. This article highlights the importance of creating work devices that promote and guarantee the autonomy of people with mental illness offering alternatives to the asylum, parallel with other structures of the integrated Health network. The Social Enterprise emerges as a device that aims to link the world of business, the market and production with the world of assistance, reducing boundaries, enriching both worlds, exchanging resources and languages. Important contributions in the process of deinstitutionalization taken place in Italy towards the end of the 70s are considered. These, along with other experiences carried out in the 80s in Spain, Brazil and Rio Negro were the beginning of what was thought as a utopia: the progressive closure of the asylum centers and the introduction of a community modality in Mental Health care. One of the basic strategies of the Italian Psychiatric Reform was the creation of cooperatives as a way of ensuring what they considered essential for the social integration of users: work. Finally a description of one of the many experiences of Social Enterprise in Argentina is described.*

**Key words:** Human Rights, work, mental health.

## **Del manicomio hacia la auto organización: posibilitar la circulación en la trama social**

Para pensar en el cierre definitivo de los manicomios es necesario realizar una genealogía que permita dar cuenta la constitución de estos, junto con sus discursos y dominios de poder, mostrando, también, las historias alternativas y subversivas de las instituciones. Como señala Falcone (2010) por el año 1792, Philippe Pinel, oponiéndose a los métodos brutalmente coercitivos y propugnando el tratamiento moral para los “alienados” (como el abandono de las cadenas y los malos tratos), junto con su discípulo Jean Étienne Dominique Esquirol, creyeron y alentaron la fundación de manicomios para luchar contra ese mundo desolado donde la persona con padecimiento mental yace en la más absoluta inactividad, expuesto a toda suerte de abusos, encadenado y sin recibir tratamiento (Sacristán, 2009).

Contradiendo la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano que había promulgado la Asamblea de la Revolución, Jean Étienne Esquirol, creó los primeros 54 manicomios en Francia, como funcionario del gobierno del Emperador Napoleón II. Como afirma Galende (2015), cuando Napoleón expande su imperio, sus ejércitos difundieron también, esta construcción moderna de los gestos, los significados y la valoración de la locura, pero también los procedimientos para su exclusión de lo humano: una institución que nació motivada por deseos nobles como liberar al loco de las cadenas, se desvirtuó de tal manera que incluso hoy la palabra manicomio se vincula directamente con el terreno de la exclusión.

Documentos estándares de Salud Mental y Derechos Humanos como “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental” (Naciones Unidas, 1991) y la Declaración de Caracas (1990) sumado a la trayectoria empírica que se dio en algunos países de Europa y Latinoamérica, precedieron la legislación argentina.

Desde la década del ‘90, varias provincias encararon importantes cambios legislativos, como Río Negro con la Ley N° 2.440/91, “Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento psíquico”, pionera en legislar sobre la desmanicomialización. Esta ley regularizó lo que las prácticas ya habían validado como alternativa al encierro y que tuvo como uno de sus hitos el cierre del único neuropsiquiátrico de la provincia en octubre de 1988.

Continuó la provincia de Santa Fe legislando en 1992 la Ley N° 10.772, la cual establece que se privilegieran las alternativas que menos restrinjan la libertad y alejan del núcleo familiar y social a las personas con padecimiento mental. En el año ‘94 continúa Entre Ríos con la Ley N° 8.806, que plantea la tendencia a un modelo de atención basado en la comunidad con

sistema de puertas abiertas. De una manera más taxativa en las provincias de Río Negro y Entre Ríos se apuntó a la sustitución de los manicomios, y en Santa Fe a su transformación. (Chiarvetti, 2008)

En pleno período histórico signado por el neoliberalismo, finalizando la década del ‘90, se presentan la Ley N° 6.976 en la provincia de San Juan -que propone un modelo de atención basado en la comunidad, pero no plantea superación definitiva del monovalente, y la Ley N° 448/2000 de Salud Mental de la Ciudad, la cual deviene de lo que indican la Constitución de la Ciudad y la Ley Básica de Salud apelando a la desinstitucionalización progresiva creando redes de servicios y de protección social.

Hacia 2006 San Luis sanciona la Ley N° 536, la cual pone el foco en la prohibición de la institucionalización de las personas con padecimientos mentales. En 2009, Chubut con su Ley N° 384 plantea la superación del modelo custodial por el basado en la comunidad. En 2010, Córdoba sanciona la Ley N° 9.848 que explicita la prohibición de crear nuevos manicomios y la transformación de los monovalentes. Todos estos instrumentos legales fueron legitimando prácticas que se realizaban hacia el adentro de las organizaciones y servicios en diversas regiones del país, dando lugar en 2010, a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (en adelante LNSM) la cual fue un hito para la región de las Américas.

Al igual que la Legge Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori N° 180 que se promulgó en Italia hacia 1978, la LNSM es una ley que restituye y amplía derechos, transformando las relaciones de poder tendidas entre médicos psiquiatras y personas con padecimiento mental, que caracterizaron a través de doscientos años a las instituciones asilares.

Sumado al padecimiento mental, los hospitales psiquiátricos de todo el mundo se han ocupado de cubrir los problemas sociales como pobreza o desamparo social de las personas que alojan: con los recursos destinados a salud, deben cubrir también necesidades que deberían hacerse cargo otras áreas del estado. Si bien la LNSM intenta reparar esta situación, los dispositivos de externación no cuentan con recursos de todas las áreas involucradas (Desarrollo Social, Vivienda, Trabajo, etc.), de manera que replican la lógica manicomial, sin poder ser sostenidos en el ámbito socio-comunitario, por no contar con el presupuesto propio dirigido a tales objetivos. Tal como señalan Cohen y Natella (2013) referentes del movimiento desmanicomializador en Río Negro, en los casos de desvalimiento donde no se encontraban resueltas las necesidades de orden social, la institución se convertía en un lugar donde vivir produciendo una cultura depositaria y de exclusión conocida como cultura manicomial. Aquí se observa un gran desafío: seguramente la Ley y sus dispositivos allanan el camino,

pero es fundamental que las mismas personas involucradas en procesos de externación, puedan ejercer sus derechos de manera autónoma.

Hoy en Argentina, según datos del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019) se encuentran cerca de 12.000 personas internadas. Para avanzar en el cumplimiento de la LNSM, en concordancia con el Artículo 36 de dicha Ley que sostiene que se deben desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental desde diversas áreas ministeriales, sumado al Artículo 11 que indica que se deben implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria a través de servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional (cooperativas de trabajo, emprendimientos sociales, etc.) es necesario pensar estrategias comunitarias que den respuestas a estas problemáticas tan complejas, cuando el Estado no es promotor de las mismas. La resolución 715/2019 publicada el 26 de abril de 2019, la cual aprueba las pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental, señala a los emprendimientos socio-laborales como uno de los servicios territoriales de inclusión en tanto estructuras intermedias con base en la comunidad, y los define como dispositivos intermedios que funcionan en el punto de encuentro entre el mundo de la salud y el mundo del trabajo y sus objetivos fundamentales son la promoción de la salud, la integración socio-laboral creativa y productiva, la generación de bienestar psicosocial y la potencia de las habilidades de las personas en pos de lograr el máximo desarrollo posible en el ejercicio de sus derechos. Es importante destacar que, si bien la LNSM y la respectiva resolución 715/2019 reconocen y certifican la necesidad y el derecho de la inclusión laboral de las personas con padecimiento mental, mucho tiempo antes en todo el país se han llevado adelante distintas prácticas, enmarcadas en las normativas anteriormente nombradas, bajo diversas denominaciones (empresas sociales, emprendimientos sociales, emprendimientos socio-productivos, cooperativas sociales, etc.) aunando ideas y prácticas sin tener una definición específica y diferenciada entre cada una por no contar en Argentina con un marco regulatorio específico en cooperación social como si la tienen países como Italia, Brasil o Uruguay.

Para clarificar el significado y analizar a la Empresa Social, es necesario referir las prácticas y culturas que connota esta expresión en Italia, donde se ha originado. La noción de empresa social en los lugares originarios significa “realizar empresas, mejor aún, emprendimientos que produzcan lo social” (Leonardis, Mauri y Rotelli, 1994, p.11), que generen valor social agregado. La empresa social comienza invirtiendo en el único capital que poseen: las personas, mediante el reconocimiento de sus capacidades y la creación de las condiciones neces-

rias para que estas capacidades se puedan implementar, utilizar y transformar en algo coherente y real.

Muchas veces las personas que residen en los Hospitales Psiquiátricos requieren apoyo para la búsqueda, obtención y sostenimiento de un empleo y que ésta sea una modalidad de inclusión socio-laboral satisfactoria, y una integración que les permita intervenir en los intercambios simbólicos de la cultura y la sociedad. Si bien son necesarios los medios para la construcción activa del acceso real a los derechos a la asistencia, también deben serlo a producir, tener una casa, una actividad, una relación, medios económicos, etc. (Rotelli, 2015) El desempeño óptimo de la ley se halla entre la enunciación de derechos y el ejercicio concreto y cotidiano de los mismos.

La Empresa Social como estrategia de acceso a derechos, pretende trascender la pertenencia al sistema sanitario/terapéutico, para posibilitar espacios de trabajo con calidad y responsabilidad que les permita a las personas que emprenden el proceso de externación, recuperar y/o desarrollar habilidades laborales que posibiliten un empleo remunerado en condiciones dignas, con los apoyos y ajustes razonables que precise.

Existe un gran desarrollo en el campo teórico que comienza a construir el camino, pero con la fuerza de la experiencia y la diversidad de trayectorias, es posible contribuir a la creación de estos dispositivos, mejorando sus estrategias de expansión y consolidación a partir de las cadenas productivas solidarias: no simplemente en una esfera de actividad económica de segundo orden, paliativa o destinada a atender poblaciones pobres o marginadas por el movimiento del capital, sino como estrategia de transformación de los aparatos administrativos y organizativos de la asistencia.

### **De la rehabilitación en instituciones a la (re)-habilitación de derechos: modos de producción**

En agosto de 1971, el psiquiatra italiano Franco Basaglia asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste, Italia, donde estaban internadas 1.182 personas. Comenzó entonces un trabajo de transformación, rehabilitación y construcción de alternativas, realizado por un equipo de técnicos y que ha involucrado instituciones, gobiernos locales y voluntarios. En 1978 bajo la presión de los procesos de desinstitutionalización en curso en Trieste y en todo el país, se aprobó en Italia la Ley 180 que define la superación gradual de los hospitales psiquiátricos y su sustitución con un modelo radicalmente nuevo de atención territorial. Establece, también, que el tratamiento se basa en el derecho de la persona a la atención y a la salud y ya no más en el juicio de peligrosidad.

Ya en 1980, bajo la dirección de Franco Rotelli, los servicios que operaban en el territorio habían reemplazado las viejas formas de asistencia: un único lugar de atención, el manicomio, había sido sustituido por 40 servicios diferentes. Creando

oportunidades de trabajo, se ha podido garantizar una integración efectiva en el entorno social. Dentro de la reforma italiana, el trabajo constituye el nivel máximo de rehabilitación porque construye y precisa de muchas habilidades (crea identidad, sentido de pertenencia, devuelve sentido de la responsabilidad, implica relaciones personales, autonomía, etc.) y produce gran recupero de valores sociales si está realizado en lugares reales y no artificiales, con sentido personal, creando productos de calidad y no pasatiempos.

La primera experiencia surge en 1972, cuando se crea la Cooperativa de Obreros Unidos, que asociaba a 60 personas hospitalizadas que trabajan en limpieza del manicomio. Se estableció así un contrato sindical regular con cada trabajador, y de ese modo, no solo terminaron viejas prácticas de explotación de los usuarios, sino que sentó las bases para que, hacia 1980 se comenzaran a organizar en Trieste las cooperativas donde los socios eran los mismos usuarios del sistema público de salud. A mediados de los '80, aumenta el número de cooperativas que garantizan la inserción al trabajo, con una gradual extensión de la gama y de la calidad de las actividades (Dell'Aquila, 2012). En 1991, tomando en cuenta las experiencias previas, el Gobierno italiano aprueba la Legge Disciplina delle cooperative social N° 381, la cual prevé que éstas puedan gestionar servicios socio-sanitarios y educativos y realizar diferentes tipos de actividades (agrícolas, industriales, comerciales, entrega de servicios), orientadas a proporcionar empleo a personas desfavorecidas. Estas personas con algún tipo de vulnerabilidad deben ser, de acuerdo con la ley, por lo menos el 30% de los trabajadores de las cooperativas.

Como señala Rotelli (2000) el trabajo de Trieste puede ser resumido en una expresión: denominamos Empresa Social a aquella que hace vivir lo social, lo que es diferente a la situación precedente en la que lo social era expropiado de sus contradicciones delegando a los psiquiatras la reclusión de los pacientes dentro de los muros del manicomio.

Cuando se hace referencia a la producción de "lo social", se hace entendiendo a la Empresa Social como una estrategia productiva, pero cuyo lugar de elección es lo social, la reproducción, la distribución (De Leonardis, Mauri y Rotelli, 1994). La Empresa Social es "social", porque tiene como objetivo la reinserción social y laboral de personas en desventaja, y porque trabaja promoviendo la articulación entre una comunidad y sus instituciones.

Entonces, cuando hablamos de Empresas Sociales hacemos referencia a organizaciones asociativas que realizan una actividad económica regular (producción de bienes o servicios) con una definida finalidad social para la comunidad y la integración social de las personas, particularmente de los grupos socialmente vulnerables y vulnerados en su posibilidad de acceso a los derechos sociales, económicos y de integración social. La estrategia de Empresa Social se encuentra enmar-

cada dentro de la Economía Social (ES)<sup>1</sup>. Dicha expresión que ha resurgido en los últimos años, sobre todo en América Latina, tiene como antecedente empírico la expansión de estrategias socio-productivas autónomas de los sectores populares y organizaciones de apoyo, quienes desarrollaron las mismas como una respuesta social a los crecientes niveles de pobreza, exclusión social y precariedad laboral presentes en el mundo contemporáneo. Desde la dimensión más empírica de la economía social, tal como conceptualiza Rodolfo Pastore (2010), los emprendimientos se han ido desarrollando de manera diferenciada de la empresa capitalista; produciendo bienes o servicios, pero cuya finalidad se orienta a la satisfacción de necesidades humanas, es decir, al buen vivir.

Como señala Sena (2017), algunas características fundamentales que definen a las empresas sociales son las siguientes:

- Persiguen objetivos sociales en la realización de actividades económicas y en la organización de estas en torno a una dinámica empresarial.
- Tienen formas jurídicas variables según los diferentes países (cooperativas, asociaciones civiles, programas estatales, fundaciones, etc.).
- Se organizan con procedimientos decisionales democráticos y de participación multiactoral (trabajadores/as, usuarios/as, etc.).
- Facilitan el acceso al trabajo como factor de promoción de la salud física y mental.
- Promueven la cultura solidaria y la asunción de desafíos como estrategia colectiva de desarrollo personal y autonomía de los integrantes.
- Propician procesos de innovación económica y social en pos de su sustentabilidad económica sobre la base de financiamiento mixto (subsidios y actividad económica)

Cabe entonces la pregunta ¿Que produce el emprendimiento social pensado en clave de empresa social? Está claro que produce bienes o servicios con un valor en el mercado que permite la creación de vínculos sociales, obtener ingresos complementarios y especializarse/capacitarse en un oficio determinado. Pero sobre todas las cosas, generan un valor social agregado que no solo es la inclusión: es también la promoción de salud a partir de la producción de la subjetividad no alienada que permite autonomía y capacidad decisional, pero por sobre todas las cosas, restituye derechos permitiendo así una sociedad más democrática. (Martínez y Sena, 2012)

<sup>1</sup> En términos muy sintéticos entendemos por economía social y solidaria (en su dimensión empírica), a las experiencias asociativas de organización del trabajo, la producción, el financiamiento, el intercambio o el consumo, en las cuales se privilegia el desarrollo y bienestar de las personas, el trabajo, la cooperación, la solidaridad, la autogestión colectiva y la participación democrática por sobre el valor del capital y el lucro privado.



Posibilitar -por ejemplo- espacios de trabajo adecuados, compone este proceso de rehabilitación, entendido como un proceso de construir y reconstruir el acceso real a los derechos de ciudadanía, el progreso de su ejercicio, la posibilidad de verlos reconocidos y practicarlos. (Rotelli, 1993)

La empresa social no solo se basa en la inclusión social, sino que implica también lugares de trabajo que producen salud: para pensar la inclusión laboral es necesario realizar ajustes razonables, esto es, modificaciones sustantivas en ámbitos de trabajo que reconozcan más a la persona y menos a la enfermedad, poniendo en valor las capacidades de cada uno. La empresa social no pierde el eje que es producir, emprender y validar los recursos, pero también contempla las singularidades, flexibilizando normas relativas a horarios de trabajo, carga laboral, vacaciones y licencias por enfermedad, para asegurar que la persona, además de no perder el trabajo debido a la manifestación de su padecimiento mental, participe de un espacio que tenga efectos positivos en materia de salud. De acuerdo con Sirianni (2011) es necesario pensar a la Salud Mental Comunitaria como un concepto articulador entre el análisis de la problemática de la desmanicomialización y el análisis y reconocimiento de la problemática social como causante de sufrimiento mental y a la inversa; del sufrimiento mental como causante exclusión social.

### **Abriendo caminos: experiencias argentinas en clave de Empresa Social**

Ante el triunfo del individualismo, fuertemente arraigado en el concepto del emprendedurismo, que propone una salida personal sin contemplar ningún nivel colectivo o comunitario, la economía social y el cooperativismo ha dado respuestas satisfactorias a las problemáticas de las personas con derechos vulnerados. La integración se da a través del encuentro, el acompañamiento y el desarrollo de un proyecto socio-productivo que contenga la diversidad y las capacidades propias de cada problemática en pos del bien común. En Argentina existe una gran cantidad de experiencias de estas características, con variaciones en la figura del emprendimiento (cooperativa, asociación civil, grupo asociativo de hecho, etc.); que trabajan con diversas problemáticas (vinculadas a la salud mental, al consumo problemático de sustancias, a determinadas discapacidades psicofísicas, vulneración social, entre otras). Nombrando sólo algunas experiencias que se vienen desarrollando hace tiempo, podemos reconocer en territorio patagónico, vasta experiencia en Chubut como Nuevos Sabores (Puerto Madryn), Hilando Caminos (Trelew), El Caldero (Trevelin). También habitan suelos sureños La Chacra (Viedma) y Cooperativa Salud Mental El Bolsón, ambas en Río Negro. Otros, en el interior del país, como la Cooperativa Sembrando Sueños y Las Emilianas (Santa Fe) y El Entrevero, Vital Arte en papel y la cooperativa de técnicos escénicos

Cronopios en Entre Ríos. En la provincia de Buenos Aires se hallan algunos emprendimientos como Bellísimas (Temperley), Movida de Locos (La Plata), Quereme así Piantao (Tandil), Emprendimientos CREAM (Temperley). Se localizan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) Molineros del Borda e YBYTU - Vientos de Cambio- (Hospital Borda), Orillando la Vida (Hospital Laura Bonaparte). Muchos de ellos forman parte de la Red de Cooperativas Sociales creada en 2017 con el objetivo de fortalecer este actor social en construcción, representando y acompañando a tantas entidades invisibilizadas en busca de una identidad social, política y jurídica.

Una experiencia es La Huella, primera cooperativa de trabajo en Latinoamérica con usuarios del servicio público de Salud Mental. Se trata de un proyecto colectivo que surge en 2007 en el Hospital José T. Borda, y tiene como objetivo favorecer la reinserción en el ámbito laboral a través de un proyecto propio de trabajo junto a sus pares.

El taller se especializa en producir muebles y artículos de decoración a partir del reciclado de materiales. Además, utiliza elementos de desechos como forma de cuidado medio ambiental. Como empresa social, crea valor económico, valor social y comunitario, y es parte de iniciativas de solución a problemáticas estructurales del empleo y la exclusión social de personas con vulnerabilidad psicosocial.

La Huella tiene un antecedente en el servicio 59 de pre alta del Hospital Borda, donde se asienta un programa que trabaja para la externación de usuarios donde, desde el año 1989 se fueron originando de manera autogestiva en el 4to piso, emprendimientos socio-productivos con el objetivo de producir objetos para vender en algún tipo de mercado. Estos emprendimientos continuaron hasta el año 2006, cuando derivan de los servicios de internación a un carpintero (que luego se fue de alta) y otro carpintero-ebanista que es hoy el actual presidente de la Cooperativa. Con su incorporación, comienza el recorrido de La Huella. Hacia el año 2007, madura también la idea de formar una Empresa Social para dar respuesta a la necesidad y al derecho a trabajar generando un espacio sustentable, permanente y autogestionado por los usuarios. Ese encuentro, sumado al descarte de muebles por parte del hospital, da lugar al uso de un pasillo para hacer restauraciones y lavado de muebles.

El modo de trabajo, el porte de los muebles y la idea agradable a la institución, pero no contaban con espacio físico suficiente para trabajar. En ese recorrido, una colega terapeuta ocupacional -jefa de servicio- colabora a la búsqueda y autorización de un lugar más amplio, donde funcionó La Huella por 10 años. Ahí comenzó un proceso de desprendimiento del servicio por dos cuestiones claras: por un lado, se movilizaron de un pabellón a otro y, además, comenzaban a pensarse en la línea de Empresa Social y el dispositivo -hasta ese momento- tenía por objetivo la atención psicológica a través del trabajo.

Así funcionó La Huella desde 2008 hasta el año 2013, donde, a partir de los vínculos construidos en ese tiempo, acceden y experimentan en la modalidad cooperativa. Allí se abre la puerta a un mundo nuevo: contacto con el cooperativismo, conocer las luchas de las empresas recuperadas, asistir a congresos, conocer la dimensión política de lo que estaban haciendo, además de recuperar una forma jurídica la cual permite solicitar recursos a otras organizaciones que donan insumos de manera independiente, entre otros beneficios. Es así como en el año 2014 se constituyen como cooperativa de trabajo.

Se abre así, una brecha entre el Hospital con sus fines y la cooperativa como una presencia cuasi privada: si bien la cooperativa en origen es privada, el apoyo público estaba claro desde el cargo que sostenía el coordinador del emprendimiento como trabajador del Hospital, además de parte de su apoyo material como predio y servicios otorgados a la cooperativa. Estas interrupciones en los vínculos hacen crisis a mediados del 2018 con un pedido de desalojo desde el Hospital hacia La Huella. Luego de un tiempo de resistencia, de acciones concretas, de pedidos de amparos, en junio de 2019 la cooperativa se mudó a una casa abandonada que tenía el Hospital "Casita de Ávila" (lugar donde funciona actualmente), lindando con las rejas de la institución total: el lugar se encuentra deteriorado, en condiciones no alojantes y solo alberga a la mitad de las actividades. Estas condiciones colocan en una situación precaria a un emprendimiento laboral que ha alcanzado el nivel de mayor complejidad al conformarse como cooperativa de trabajo, además de visibilizar formas de adecuación a los marcos normativos vigentes en un contexto de innegable exclusión.

Está claro que La Huella presenta un fuerte nexo con los procesos de salud, que permite vislumbrar y entenderla de manera integral, como un proceso social dinámico, vinculado al empoderamiento personal y grupal sobre un proceso social clave en la economía social y solidaria. Se evidencian las formas organizativas de trabajo asociativo y autogestivo. Actualmente, allí trabajan 7 socios de la cooperativa y 4 talleristas. Del total de socios, 6 son usuarios del servicio público de salud mental: 5 asisten a consultorios externos y 1 se encuentra en situación de internación por problemáticas de orden social.

Es -entonces- su misión, dar vida social, vida económica y derechos que no deben ser sólo asistenciales para las poblaciones de usuarios de servicios de Salud Mental.

Si bien se ahondó sobre La Huella como una experiencia modelo en Argentina por ser el primer emprendimiento socio productivo que se conformó como Cooperativa de Trabajo, donde sus socios son usuarios del servicio público de salud mental, existe una vasta diversidad de trayectorias en nuestro país que, bajo diversas formas jurídicas, desde

distintos ángulos y de diversas formas, están haciendo, creen hacer o hacen sin saberlo, empresa social. Muchos de ellos son Talleres Protegidos, Cooperativas que brindan servicio de cuidado, las vinculadas a programas estatales como fueron el "Argentina Trabaja" y "Ellas Hacen" -que han llegado a ser más de 7000 constituyendo el 25% de del total de cooperativas del país-, las que aúnan recicladores y realizan tareas de cuidado socio ambiental, entre otras. Tal como señala Razeto (2006) generar genuina inclusión social implica un proceso integral: económico, político y cultural.

### Reflexiones finales

A partir de la experiencia de la reforma psiquiátrica que se ha dado en Italia, se ha demostrado que dispositivos como las cooperativas sociales, son una alternativa al modelo hegemónico psiquiátrico, pudiendo ser uno de los componentes de la red de salud, tal como indica la Ley Nacional de Salud Mental. También en países como Brasil y España el trabajo ha sido fundamental dentro de un modelo de atención basado en recuperar derechos, autonomía y menor dependencia. Como sujetos políticos debemos cuestionar y ser críticos de la realidad, con sus respectivos procesos políticos, sociales y culturales para poder pensar en una viabilidad política, técnica, social y financiera del proceso desinstitucionalizador. La lucha debe ser teórico técnica: la experiencia en Rio Negro en general, y las de empresas sociales en particular, allanan el camino y demuestran que es posible destruir la lógica manicomial en Argentina con dispositivos comunitarios.

Tal como expresan Spampinato y Testa (2016) la posibilidad de articular horizontes, conocimientos y prácticas de diversos campos (como la salud y el trabajo) constituye sin duda uno de los desafíos actuales para la Terapia Ocupacional. Es cierto que nuestro trabajo se desarrolla en el marco de determinantes estructurales, por lo que las tensiones entre asistencialismo y derechos, entre necesidades y los recursos disponibles, existen. Sin embargo, como terapeutas ocupacionales podemos comenzar a construir contextos que alienten y que creen condiciones que acrecienten el sentido del valor personal y capitalice el placer que se extrae de las cosas que se hacen. Pensar al trabajo no como terapia, sino como condición preliminar para que la persona pueda estar mejor. El trabajo como derecho.

El incremento de autonomía e independencia en la vida cotidiana es el campo de trabajo diario de los y las terapeutas ocupacionales. La inserción en el mundo productivo, la formación y el trabajo son medios para la liberación y emancipación social desde el hacer. Es necesario hablar de empresa, de economía; para crear instrumentos y dispositivos que sancionen la exclusión del mercado y buscar la generación

de beneficios económicos desde un enfoque que potencie las capacidades y la generación de redes y lazos solidarios. La formación permanente debe ser un derecho, sobre todo para los más vulnerables. ■

[Recibido: 14/04/2019 - Aprobado: 14/03/2020]

## Referencias

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*.
- Chiarveti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en Salud Mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2), 173-182.
- Cohen, H., Natella, G. (2013) *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro* (pp. 189 - 357). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires, Argentina. 1 de Octubre de 1996
- De Leonardis, O., Mauri, D. y Rotelli, F. (1994) *La Empresa Social* (pp. 11 - 21). Buenos Aires, Argentina. Ediciones Nueva Visión. Recuperado en: <https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/10/apres-la-empresa-social-rotelli-franco-leonardis-ota-mauri-diana-apresentac3a7c3a30.pdf>
- Declaración de Caracas. (1990) *Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela. OPS/OMS. Recuperado de: [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf)
- Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789). Adoptada por la Asamblea Nacional Constituyente francesa. Recuperada en: <http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/textos/humano1789.htm>
- Dell'Aquila, P. (2012) *Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio*. IDEASS Italia. Recuperado en <http://www.triestesalutementale.it/spagno/doc/BrochureTriesteESP.pdf>
- Falcone, R. (2010). *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto*. Recuperado de: [http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/034\\_historia\\_2/Archivos/inv/Falcone\\_Historialnstit.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_Historialnstit.pdf)
- Galende E. (2015) Prologo. Cruzar el Muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio. En CELS (ed.) (pp. 5 - 11). Recuperado de: <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/>
- Legge Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori N° 180. Publicado en Gazzetta Ufficiale. República Italiana, 13 de mayo 1978.
- Legge Disciplina delle cooperative sociali N° 381. Publicado en Gazzetta Ufficiale. República Italiana, 8 de noviembre 1991.
- Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 28 de mayo de 1999.
- Ley de Atención de Salud Mental N° 10.772. Santa Fe, Argentina. 1 de abril de 1992
- Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 27 de julio de 2000
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26.657. Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.
- Ley Prohibición de la Institucionalización N° 536. San Luis, Argentina. 13 de diciembre de 2006
- Ley Protección de la Salud Mental N° 9.848. Córdoba, Argentina, 20 de octubre de 2010.
- Ley Provincial I - N° 384. Chubut, Argentina, 22 de octubre de 2009.
- Ley de Salud Mental N° 8.806. Entre Ríos, Argentina, 14 de julio 1994.
- Ley Provincial de Salud Mental, tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental N° 2.440. Río Negro, Argentina, 10 de octubre de 1991.
- Ley Salud Mental N° 6.976. San Juan, Argentina. 11 de noviembre de 1999.
- Martínez, M. y Sena, S (2012). Desde el mar hacia la sierra; experiencia de formación para trabajadores de la salud mental en economía social y solidaria. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. La Plata, Argentina. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.2270/ev.2270.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2270/ev.2270.pdf)
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud mental*. Argentina. Recuperado en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt-2019-09-06\\_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt-2019-09-06_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf)
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Resolución 715/2019 de la Ley nacional de Salud Mental N° 27.657*. Recuperado en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/206363/20190426>
- Pastore, R. (2010). Un panorama del resurgimiento de la economía social y solidaria en la Argentina. *Revista de Ciencias Sociales*, 2 (18), 47 - 54.
- Razeto, L. (2006). Inclusión social y Economía solidaria. *Conferencia dictada en el Simposio latinoamericano "Inclusión Social, dimensiones, retos y políticas"*. Caracas. Recuperada en: <http://www.luisrazeto.net/inclusi%C3%B3n-social-y-econom%25C3%25A-Da-solidaria>
- Rotelli, F. (2000) Empresa social: construyendo sujetos e derechos. En P. Amarante (ed.) Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. (pp. 301 - 306). Loucura & Civilização collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Recuperado en: <http://books.scielo.org/id/ht-jgj/pdf/amarante-9788575413197-15.pdf>
- Rotelli, F. (2015) *Para una empresa social*. (pp. 100-113). En: *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Editorial Topía, Buenos Aires Argentina.
- Rotelli, F. (1993) *Re-habilitación de la re-habilitación*. Recuperado en [https://conferenciabasagliargentina.org/wp-content/uploads/2015/04/47\\_comoq\\_riabilitare\\_es.pdf](https://conferenciabasagliargentina.org/wp-content/uploads/2015/04/47_comoq_riabilitare_es.pdf)
- Sacristán, C. (2009) La locura se topa con el manicomio: Una historia por contar. *Cuicuilco*, v. 16 (45), (pp. 163-189). Recuperado en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es).

Sena, S. (2017). *La economía social solidaria como un aporte a la salud comunitaria*. (pp. 13-28). Colección PGD E-books. Buenos Aires, Argentina. Editorial Universidad Nacional de Quilmes Posgrado.

Sirianni, M (2011). *Descripción y análisis de un programa de integración sociolaboral para adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, basado en la implementación del dispositivo de em-*

*presa social como estrategia de salud mental comunitaria: estudio de caso* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de: [http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaSMC/Sirianni\\_M\\_Descripcion\\_2011.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaSMC/Sirianni_M_Descripcion_2011.pdf)

Spampinato, S. B., Testa D. E. (2016). Emprendimientos Sociales en Salud Mental. Transformar desde “abajo”. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(2), 19 -27.

---

**Cómo citar este artículo:**

Araujo, V. (2020) Emprendimientos que producen lo social: la fractura entre el mundo del trabajo y el mundo de la asistencia en Salud Mental. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 60-67.

## Daño cerebral adquirido, su complejidad en las distintas etapas y la vida después de la rehabilitación

Acquired brain damage, its complexity at different stages and life after rehabilitation

María Guadalupe Díaz Usandivaras

### María Guadalupe Díaz Usandivaras

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires.  
Coordinadora general de la Asociación Civil para la Integración del Daño Cerebral Adquirido ULTREYA.

mgdiazusandivaras@gmail.com

### Resumen

Se comparte el nacimiento de Ultreya (Asociación Civil para la Integración del Daño Cerebral Adquirido), una entidad que nace como respuesta a una necesidad poco cubierta de una población determinada: las personas con discapacidad por daño cerebral adquirido. Esta necesidad, está vinculada al desamparo y desconocimiento por el que han atravesado estas personas y sus familias al finalizar el periodo de rehabilitación. La condición de adquirida vuelve al mundo de la discapacidad un obstáculo más a la hora de volver a casa. Estos eventos, adquiridos súbitamente irrumpen en la vida de quienes los sufren y de su entorno. De un momento al otro cambia la realidad para todos y comienzan situaciones desconocidas, angustiantes y desgastantes con escaso sostén para sobrellevarlas. Los equipos de salud intervinientes hasta este momento cumplen un rol clave en cada una de las etapas atravesadas, haciendo foco en sus incumbencias pero no parece ser suficiente la mirada holística durante el proceso. La vulnerabilidad descrita en este relato es la que se suma al cuadro de situación el día después que finaliza la etapa de rehabilitación. Se ha observado como denominador común que tanto los protagonistas de esta nueva condición como sus familiares y amigos, han sufrido especialmente esta nueva etapa, que es la vida misma, sin contar con recursos adecuados para enfrentar la vuelta a una comunidad tampoco bien preparada para recibirlos. De esta manera, la reinserción social resulta ser un desafío para todos sin un espacio puntual donde poder acudir para recibir apoyo.

**Palabras clave:** resiliencia, vulnerabilidad, inclusión, discapacidad.

### Abstract

*“Ultreya” NGO was born as a response to the need of a specific population: people with disabilities due to acquired brain injury. This need is linked to the helplessness and lack of knowledge that many families have gone through at the end of the rehabilitation period after one of its members suffered from a stroke, traumatic brain injury, a cerebral neoplasm, etc. The fact that it’s acquired makes disability another obstacle when it comes to returning home, due to ignorance about it. These events burst into the life of the sufferer and of his surroundings. Suddenly, life changes for all and a cataract of unknown, distressing and exhausting situations begins with little support to avoid them. The health teams involved play a very important role in each of the stages, logically focusing on their specialty and field of work. The vulnerability observed and described in this article is the one that is added to the “situation table” the day after the rehabilitation stage ends. It has been observed as a common denominator that both the protagonists of this new condition and their family and friends, have encountered difficulty in this new stage, which is life itself, without adequate resources and a community not well prepared to receive them. In this way, social reintegration, work and daily life turns out to be a challenge for everyone without a specific space where they can go to receive support.*

**Key words:** resilience, vulnerability, inclusion, brain injury.

*“No soy lo que me ha sucedido.  
Soy aquello en lo que elijo convertirme”  
Jung, 1968, p.391*

El presente artículo propone describir la problemática del Daño Cerebral Adquirido (DCA) en cuanto a su complejidad, el impacto en la vida cotidiana de quien lo padece, su entorno afectivo y su reinserción en la vida en comunidad; a partir del surgimiento de una asociación civil, Ultreya.

Ultreya nace en el año 2009 de la mano de tres jóvenes derivados por diferentes centros de rehabilitación a ADEEI (Asociación para el Desarrollo de la Educación Especial y la Inclusión), organización no gubernamental (ONG) especializada en la inclusión social, escolar y laboral en la etapa final de rehabilitación. Estos jóvenes compartían características muy similares en cuanto a sus historias de vida y se diferenciaban de otros por lo mismo, sus historias de vida. Ellos tuvieron una vida funcional y de participación plena hasta los 25 años, en promedio, y en ese entonces sufrieron un traumatismo de cráneo (TEC) por un accidente, o sufrieron un accidente cerebro vascular (ACV) o fueron operados de un tumor cerebral. A partir de ese momento comenzó una nueva vida con secuelas, el desafío de aprender a vivir con ellas y entrar en un mundo completamente desconocido: la discapacidad adquirida.

El daño cerebral supone una ruptura en la trayectoria vital de quien lo padece. Es el caso, por ejemplo, de los afectados en edad juvenil que, sin haber creado una familia propia o haber alcanzado una inserción laboral estable, dependen de sus padres (o de uno de ellos) durante años. Cada una de estas situaciones de edad y rol familiar requiere de diferentes estrategias de apoyo a los afectados y sus familiares. (Bascones Serrano y Quesada García, 2010, p.5)

El daño cerebral adquirido (DCA) es definido por Gangoiti Aguinaga (2010) como “cualquier lesión producida sobre un cerebro previamente desarrollado, con independencia del origen causal (traumático, vascular, tumoral, infeccioso, anóxico tras parada cardiorrespiratoria, etc)” (p.28). Sus secuelas son múltiples y abarcan diferentes áreas pudiendo tener repercusión, o no, en el aspecto físico, cognitivo, emocional, conductual y en la comunicación. Estas pueden combinarse de diferentes maneras y con distintos grados de severidad, es por eso que los casos pueden ser muy distintos en su descripción.

La adquisición de esta condición en forma súbita y luego de años de otro modo de funcionamiento, es un factor más en la crisis vital por la que debieron y deben día a día atravesar ya que no hubo anticipación que permita un ajuste emocional, tampoco para su entorno. A esta situación de irrupción se suma el desconocimiento y, con él, las preguntas acerca de cómo seguir cuando por fin se tenga el alta del centro de

rehabilitación. Ese momento genera angustia ya que implica perder, de algún modo, el sostén profesional y el desafío de reinsertarse en la comunidad en sus múltiples facetas. En una comunidad que no está suficientemente preparada para incluir a ninguna persona con discapacidad (PCD). La falta de conocimiento es en ambas direcciones.

Es por esto que este grupo de jóvenes, máxima expresión de la resiliencia con la que me topé en mi ejercicio profesional, han decidido ayudar a otros desde su experiencia para acortar el camino a quienes estén atravesando por algo similar. Aquel camino por el que ellos y sus familias debieron andar a ciegas, encontrando recursos un poco por casualidad y otro poco por orientación profesional. Lo cierto es que se les dificultó encontrar un lugar donde compartir estrategias, sentimientos, dudas, apoyo y demás necesidades específicas de esa población y de una nueva vida para todos. Sumando los distintos caminos, conformaron inicialmente un grupo, que es hoy una asociación civil sin fines de lucro.

### Orígenes

El denominador común de estos jóvenes fue no saber qué hacer el día después de la rehabilitación, no solo cómo retomar sus actividades productivas sino la vida cotidiana, la socialización, sus proyectos de vida. Y, por otro lado, la vulnerabilidad de sus familiares que se vieron fuertemente afectados, primero por la etapa aguda que debieron atravesar y, en muchos casos, con la incertidumbre sobre la vida o la muerte. Luego el acompañamiento durante la rehabilitación siendo sostén físico, emocional y económico, para luego atravesar por el día después y el desconocimiento acerca de la condición actual.

Es por esto, que independientemente al proceso de cada uno de estos jóvenes en cuanto a su formación laboral en la institución, se los convocó a conocerse e intercambiar experiencias. De esta propuesta nace un grupo semanal donde cada uno compartía su historia de vida, los obstáculos encontrados durante la rehabilitación y sus expectativas. Desde este espacio surge el interés por orientar en todo aquello que se puede hacer y dónde, desde la propia experiencia. Uno de sus fundadores, Martín, refirió “si la vida me dio una segunda oportunidad, tengo que hacer algo con eso”.

Durante ese intercambio, surgió la necesidad de un nombre que identifique la causa y un logo que acompañe. Alejandro contó que, durante su rehabilitación, su mamá leía un libro relacionado al camino de Santiago de Compostela y que Ultreya es una palabra que se usa para alentar a los peregrinos a seguir adelante el camino. Su origen es del latín y se descompone en dos partes Ultra: significa más allá y Eia: mover, ir; juntas significan ir más allá, avanzar. Posteriormente se incorporó el uso de la “y”. Es así que la mamá de Alejandro le decía Ultreya! cada vez que lo llevaban a una terapia. Inmediatamente el

grupo empatizó con esa palabra y su significado. A partir de este momento, fueron surgiendo propuestas hasta dar forma a la misión del grupo y se inició una cadena de favores entre conocidos para formalizar el espacio. ADEEI destinó dos profesionales durante los primeros años para acompañar la conformación y objetivos del grupo y brindó el espacio físico para varias actividades durante muchos años más. Diseñadoras amigas trabajaron en diferentes propuestas para el logo, la identidad gráfica y realizaron la página web ad honorem.



De esta manera, se sostuvo el grupo inicialmente y se lograron intensificar los vínculos y los propósitos de cada uno. Se cuestionaron entre los integrantes quiénes podían ayudar a otros desde su experiencia y quienes aún necesitaban apoyo para procesar su situación de vida. No todas las personas con DCA quieren o pueden ayudar desde su experiencia, en el recorrido del grupo hay quienes son beneficiarios y quienes toman la iniciativa de llevar adelante diferentes propuestas.

#### Objetivos:

- Brindar espacios de contención y asesoramiento para Personas con DCA y su grupo de sostén.
- Disminuir las barreras sociales con las que se encuentra una PCD por DCA, para lograr su inclusión en la comunidad y favorecer su autonomía.
- Promover conductas responsables que reduzcan los riesgos de adquirir un DC.

#### Sus fundadores en primera persona:

*Analia: A los 23 años tuve un accidente de tránsito en el que sufrí un TEC [traumatismo encéfalo craneano] cuando salía de trabajar (periodista). Estuve 30 días en coma, pasé internada 5 meses. No podía hablar ni comer, tenía sonda y una traqueotomía. Tengo una plaqueta en el cráneo. Con mucha rehabilitación y gracias al apoyo de mi familia, mis amigos y los profesionales avancé hasta ahora. Como secue-*

*las tengo una hemiparesia derecha y afasia de expresión. Durante mucho tiempo estuve muy enojada con lo que me tocó vivir pero ahora entiendo cual es mi realidad y tengo ganas de ayudar a otras personas que estén atravesando lo mismo que yo pasé. Porque todo lo malo, ¡algo bueno trae!*

*Martín: A los 30 tuve un accidente automovilístico y desde entonces estoy en tratamiento. Yo iba como acompañante y cometí un grave error: no tenía puesto el cinturón de seguridad. Cuando me desperté, tuve que aprender todo de nuevo: a hablar, a comer, a caminar. Como secuelas tengo disartria, problemas en la marcha, el equilibrio y desorientación temporo espacial. Antes me desempeñaba como asesor de inversiones. Actualmente continúo rehabilitando y juego al golf. Cuando me recuperé, me pregunté por qué me salvé. Me di cuenta que mi misión es ayudar a todos los que pueda para que no pasen por lo mismo que pasé yo.*

*Alejandro: Me gradué en Licenciatura en Administración, trabajaba en un banco multinacional. A los 29 años, tuve un fuerte dolor de cabeza y eso me llevó a un especialista para hacerme un fondo de ojos. Ahí se detectó que tenía un tumor cerebral, en forma urgente tuve que ser intervenido quirúrgicamente. Después de varias infecciones intrahospitalarias, tuve un ACV y como secuelas hemiparesia izquierda, dificultades cognitivas y del lenguaje. Fue un volver a empezar con mucha fe y amor. Pienso que Ultreya se proyecta como un grupo solidario, con coraje y con la intención de dar apoyo a las personas en situaciones semejantes y transmitir que aún, en los días “turbulentos”, hay un después.*

Alejandro falleció unos años después a causa de una recidiva del tumor cerebral. Luego de un tiempo, cuando se formalizó la agrupación, se decidió convocar a sus padres a formar parte de la comisión directiva. Hoy no solo son miembros de la comisión sino que son pilares fundamentales del grupo quincenal de familiares y amigos.

#### Cómo empieza el camino del DCA

Todo este proceso de comienzo súbito va tomando diferentes formas y distintas etapas. Inicialmente, atravesar la situación crítica de vida-muerte. Por primera vez aparece la incertidumbre como condimento amargo. Las primeras horas son críticas y no hay nada concreto a que aferrarse, hay que esperar para salir del estado crítico. La percepción del tiempo se vuelve vital y no hay nada que se pueda ni decir ni hacer para alivianar ese margen temporal. Según las circunstancias, la anticipación, la edad y el contexto dicha situación es vivida de múltiples maneras.

En este momento, el foco está puesto en superar el momento crítico y la mirada médica es la más relevante. Los familiares acompañan sin ninguna posibilidad de arbitrar medidas de cuidados para sí mismos lo que inicia el camino de un largo

agotamiento por venir, "...el primer objetivo es que su familiar viva. El segundo, salvada ya la vida, es que se rehabilite y vuelva a ser el de antes" (Pereyra Echavarría y Cabellos Aparici, 2010, p.39). Con el paso del tiempo, y según cada caso, tendrán que trabajar la aceptación de la nueva condición ya que "ser el de antes" no resulta en la mayoría de los casos.

Cuando las aguas se aquietan y el estado de salud es un poco más estable, vuelve un mínimo respiro como para continuar lo que en realidad recién empieza. Según cada caso, se atravesará o no por largos periodos de coma y en algún momento el reencuentro con el estado de consciencia del familiar. Esta vuelta a la consciencia viene acompañada de diferentes secuelas, muchas se acomodarán y hasta desaparecerán en un corto tiempo, y otras son las que habrá que acompañar para rehabilitar y luego incorporar a la vida cotidiana, después de un largo proceso de aceptación.

La atención que requieren las personas con daño cerebral corre a cargo fundamentalmente de las familias desde los primeros momentos. Esta dedicación (especialmente cuando es de elevada intensidad y constante a lo largo del tiempo) supone una sobrecarga económica, un significativo esfuerzo físico y psíquico, una gran restricción del movimiento y, con frecuencia, conlleva aislamiento social. (Bascones Serrano y Quesada García, 2010, p.11)

Cuando llega el momento de rehabilitación, es cuando más apoyo necesitará la persona con DCA y es cuando empieza el agotamiento del entorno luego de tantos días de angustia y de falta de descanso, etc.

Una vez que la familia asume la nueva situación, todavía queda todo el trabajo de apoyo a la persona afectada para reconstruir sus habilidades básicas. Estas son las que le permitirán convivir socialmente en las diferentes facetas de su nuevo estado: ocio, ocupación, habilidades sociales, etc. campos que pertenecen a la acción del terapeuta ocupacional. (Pereyra Echavarría y Cabellos Aparici, 2010, p.39)

### **Etapas emocionales del DCA**

A partir de la experiencia, se observa una coincidencia en la vivencia de las diferentes etapas emocionales por las que atraviesa la persona que sufrió el DC cuando recupera la consciencia. La primera de todas es la negación. Es muy frecuente escuchar en el relato de los acompañantes y, según las secuelas de memoria, también en los protagonistas, que en un principio se tiende a minimizar la situación "en un par de días voy a estar bien". Cuando al cabo de unos días eso no es así, comienza una segunda etapa, el enojo. Resulta fundamental atravesar cada una de las etapas y no pretender saltar alguna. La situación presente no puede no enojar, hay una pérdida de funcionalidad, hay marcas, hay dificultad, debe haber enojo. Pero, a su vez, no hay tiempo que perder para iniciar la rehabilitación y el

estado emocional va a influir en lo que viene. La tercera etapa observada es la depresión. En cada quien, con la intensidad y duración particular, importante de atravesar y fundamental el acompañamiento profesional y de los seres queridos, que siguen firmes y todopoderosos para sostener. La etapa siguiente es la aceptación, probablemente la más difícil de alcanzar y sujeta a muchos factores, como la personalidad previa y el tipo de secuelas, entre otros. Cabe aclarar que estas etapas no son rígidas ni uniformes, se solapan en el tiempo, se andan y desandan hasta que se logra avanzar, ir de a poco más allá. Con la aceptación se abre la gran puerta para grandes pasos, se logra ver a los apoyos como oportunidades y no como recordatorios de todo lo que no se puede hacer con independencia. La verdadera autonomía empieza a desarrollarse en todos los planos porque ahora hay conciencia de situación, hay conocimiento de dificultades y por lo tanto la persona sabe qué necesita y, con mucho trabajo de por medio, cómo solicitarlo. Aceptar abre paso a animarse a hacer, a equivocarse, a que pasen cosas y a reírse de las cosas que pasan; cuando la persona logra reírse de sí misma, ha tocado el cielo con las manos. Ultreya es un gran ejemplo en el manejo del humor como herramienta para avanzar. El humor y la resiliencia se encuentran y generan oportunidades y mundos completamente inesperados e inexplorados. En este momento se ingresa a la última etapa y hay posibilidad de aprendizaje, metas y proyectos.

Todo este proceso por las etapas emocionales que se atraviesan puede llevar años. En el mientras tanto, como si fuera por otro carril, sucede la recuperación de las cirugías, la rehabilitación física y cognitiva, la vuelta a casa, aprender a vestirse con una mano, a usar adaptaciones, a caerse y levantarse mil veces. Y durante todo este proceso, los familiares también atraviesan su propio duelo, con las mismas etapas, pero con comienzos en diferido, ya que al principio debieron estar firmes, alertas y sin lugar casi para sus emociones. En numerosos casos observamos que los familiares atraviesan por estas etapas cuando la situación crítica está resuelta y la rehabilitación encaminada. Para transitar el larguísimo recorrido de la rehabilitación se requiere un entorno contenedor y fuerte, para ello hay que cuidar a los que cuidan.

*Amiga de A.C: Cuando te llevaron a la clínica de rehabilitación también fue duro, pues apenas nos reconocías y tuviste que aprender todo de cero, no sabíamos cómo nos teníamos que manejar para ayudarte. Al principio te decíamos que nos repitas los nombres de cada uno, así los volvías a aprender y memorizar. Era tensionante cuando salíamos a la calle porque todavía no estabas caminando bien y también porque te costaba mucho expresar y terminábamos adivinando que querías. Nadie te explica qué es lo que tenés que hacer o cómo te tenés que manejar, se va aprendiendo.*



Es por esto, que dar lugar a lo que les sucede a familiares y amigos es de vital importancia. Es fundamental para alajar sus miedos, dudas, enojos, frustraciones y también para acompañar con el reflejo de otras experiencias que puedan anticipar momentos y compartir estrategias para optimizar el propio cuidado. Un familiar organizado y descansado va a resultar mucho mejor apoyo para quien está atravesando múltiples terapias diarias de rehabilitación durante meses o incluso años. Recordemos que, además, cada miembro de la familia ejerce otros roles y debe continuar con ellos en simultáneo: ser madres/ padres de otros hijos, ser esposos/as, ser trabajadores, estudiantes y demás. Cuidar al que cuida.

Otro de los momentos críticos es el momento del alta del centro de rehabilitación. Se abren un sinfín de preguntas acerca de cómo se estructurará el tiempo a partir de ahora. Este es un momento de gran angustia para todos. Vuelve a ser necesario entonces derivar a los profesionales adecuados para orientar y conocer dispositivos de apoyo para esta instancia. *Ultreya* nace para este fin debido a la dificultad por encontrar lugares donde recibir orientación el día después de la rehabilitación. La vida continúa y la reinserción en la comunidad es un nuevo desafío más por tomar. Recibir asesoramiento sobre la posibilidad de retomar actividades de tiempo libre, sociales y productivas es fundamental y representa un desafío ante la nueva situación de vulnerabilidad con que se cuenta.

La vulnerabilidad es un concepto interesante para comprender mejor a esta población y su contexto ya que está presente de diferentes maneras en cada etapa. La socióloga Brené Brown (2016), realizó una investigación sobre la conexión humana y la capacidad de empatía y la define como “incertidumbre, riesgo y exposición emocional” (p. 40). En función de mi experiencia escuchando durante años diferentes casos es la mejor definición para describir lo que les sucede a las PCD por DCA cuando se enfrentan nuevamente a la comunidad. En los diferentes encuentros y relatos nunca he dejado de sorprenderme ante la profunda injusticia que me genera la multiplicidad de obstáculos por lo que estas personas deben atravesar. No solo la situación límite de vida o muerte, la adquisición de secuelas que interfieren en su desempeño debiendo reaprender muchas habilidades desde cero e incorporar estrategias para convivir con otras, la aceptación psicológica de todo este proceso, sino también, la exposición en la comunidad para cada actividad cotidiana, una comunidad que no sabe cómo reaccionar ante la dificultad del otro. Esta dificultad, es un nuevo desafío para las personas con DCA, ya que, por ejemplo, deben soportar que al realizar una pregunta en un negocio, la respuesta sea dirigida al acompañante, invisibilizando a la persona por completo. O que el colectivo no crea su condición de discapacidad porque “no se ve”, negando así el uso del pase de transporte.

Continuando con este concepto, resulta útil la relación establecida por esta autora entre vulnerabilidad y vergüenza ya

que su entendimiento permite su deconstrucción como estrategia. Brené Brown (2016) explica que la vergüenza es universal y una de las emociones humanas más primitivas, solamente no la sienten quienes no tienen desarrollada la empatía. En su descripción de esta emoción, refiere que la vergüenza es el miedo a la desconexión y entre sus varias categorías dentro de su investigación menciona sobrevivir a un trauma y ser estereotipado o etiquetado, como dos de ellas. Dice: “Estamos diseñados psicológica, emocional, cognitiva y espiritualmente para la conexión, el amor y la integración... son la razón por la que estamos en este mundo, y lo que da sentido y propósito a nuestra vida” (p. 69). Y define a la vergüenza como “el sentimiento o la experiencia intensamente dolorosos de creer que somos imperfectos, y por lo tanto, indignos de amor y de integración” (p.69). Además, introduce al dolor como un elemento real producto del rechazo y la desconexión social.

En un estudio realizado en 2011, financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental y por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos, los investigadores descubrieron que, en lo que respecta al cerebro, el dolor físico y las experiencias intensas de rechazo social duelen de la misma manera... Los adelantos de la neurociencia confirman aquello que todos ya sabíamos: las emociones pueden herir y provocar dolor... (Brown, 2016, p. 71).

Es por esto que *Ultreya* se propone, además, intervenir sobre la comunidad en general entre sus objetivos fundamentales. La inclusión social requiere de un trabajo sinérgico y de información para saber cómo llevar adelante este proceso.

### Principales acciones de *Ultreya* en la comunidad

#### *Grupos quincenales para familiares y amigos de PCD por DCA:*

Este espacio surge como necesidad de encuentro de todas estas voces agotadas por la experiencia de comienzo súbito, que no dio lugar a prepararse, si es que existiese preparativo posible. Un espacio quincenal para compartir y acompañarse mutuamente. Mi rol profesional se limita a facilitar la comunicación, articular los decires, sostener el espacio y lo que en él sucede. Mi privilegio es aprender de cada participante y orientar en la búsqueda de una mejor calidad de vida. Aunque yo no haya pasado por esta experiencia, es la empatía lo que me hace poder acompañar al grupo. Al decir de Brené Brown (2016), “la empatía es conectar con la emoción que está atravesando alguien, no con el evento o circunstancia” (p. 80).

En España, existe la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE). Entre sus múltiples actividades tienen grupos de apoyo y material de orientación para familiares, amigos y cuidadores, en ese material podemos sentirnos reflejados como agrupación y sentir que la desorientación y la incertidumbre es un denominador común:

Muchas otras personas hemos pasado por esto y hemos aprendido y acumulado un saber fundamental para quienes ahora están pasando por lo mismo. Debemos aprovecharlo y compartirlo. Poco a poco, entre todos, hemos ido mejorando la respuesta, la atención y el cuidado. Cerca están aún los tiempos en que no sabíamos ni donde preguntar, ni qué pedir, ni que esperar, ni a dónde ir. (FEDACE)

Comparto un testimonio de nuestro grupo en el que se evidencian las adversidades, desconciertos y acompañamiento que se derivan del espacio compartido:

*Querido grupo, son días difíciles, y es cuando mejor me viene el nosotros. Es muy bueno saber que están. Desde hace bastante vengo haciendo "cuentas emocionales"; y creo dan a favor sólo cuando aparecen el amor y el nosotros. En mi calculadora funciona así... Les cuento que el martes pasado M falleció. Los que más lo amamos sabemos que es lo que tenía que pasar... venían siendo tiempos muy duros, y sin mejor pronóstico... Su despedida fue tal como la pidió siempre. Con chacareras y empanadas. A lo que le sumamos un cura y un rabino "celebrando" su partida. M siempre tuvo una certeza casi psicótica que lo que viene después es mejor, y frente a sus dos últimos años, nos terminó de convencer hasta a los más escépticos que sin duda es así. Por acá andamos de encuentro permanente... charlamos, nos abrazamos, recordamos, tomamos mate, lloramos un poco, y así... Nos gustaría mucho ir a la próxima reunión. Cuándo es? D.*

#### **Grupos quincenales para personas con discapacidad por DCA:**

Paralelamente, funciona en otro espacio un grupo para quienes sufren el DC, ya que poder hablar sin necesidad de cuidar lo que se dice para no herir a otros, es importante. Allí se comparten estrategias acerca del funcionamiento en la vida autónoma en diferentes áreas, surgen ideas, propuestas, salidas y socialización con pares, con quienes de algún modo pueden reconocerse en otros a través de los relatos, del antes y el después.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD supone un cambio de paradigma en el enfoque de la discapacidad. Se propone pasar de un modelo en el que las PCD son tratadas como objeto de tratamiento médico, caridad y protección social a un modelo en el que las PCD son reconocidas como titulares de derechos humanos, protagonistas en las decisiones que influyen en su vida e involucradas en el ejercicio de sus derechos.

En relación a esto, retomo el concepto de vergüenza descrito anteriormente, incorporando ahora la "resiliencia a la vergüenza" para profundizar el mismo. "Si podemos compartir nuestra historia con alguien que responde con empatía y

comprensión, la vergüenza no puede sobrevivir. La autocompasión también es importante, pero como la vergüenza es un concepto social- sucede entre personas- se cura mejor entre personas" (Brown, 2016, p.75). Es, entonces:

La habilidad para practicar la autenticidad cuando sentimos vergüenza, a ser capaces de pasar por esa experiencia sin tener que sacrificar nuestros valores y salir de la experiencia de vergüenza con más valor, compasión y conexión que cuando entramos. La resiliencia a la vergüenza se basa en pasar de la vergüenza a la empatía: el verdadero antídoto para la vergüenza (Brown, 2016, p.75).

Estoy segura de que algo de todo esto ocurre en los encuentros. Se da la oportunidad de compartir vivencias y preocupaciones de un modo reflexivo, pero también de re-creación de un nuevo presente.

#### **Charlas en escuelas**

Ayudar a tomar conciencia para evitar accidentes de tránsito a jóvenes que están por sacar el registro de conducir fue de las primeras acciones que surgieron del grupo. Transmitir en primera persona la experiencia de atravesar un accidente de tránsito, promover el uso del cinturón de seguridad, la atención al cruzar o el uso de casco para andar en bicicleta resultaba de interés en los objetivos de prevención y promoción de la salud. Se transmite la experiencia global de la asociación, las campañas, abordando la inclusión como concepto y la prevención de todo lo que se puede evitar.

#### **Talleres en empresas**

Hablar de inclusión en diferentes ámbitos también se vuelve una causa. Esta propuesta pretende dar la oportunidad de interactuar con los protagonistas y desmitificar falsas creencias acerca de la discapacidad, además de brindar información acerca de la prevención de un DCA. Es un desafío actual desarrollar estos talleres y promover la inclusión de las PCD tanto en el ámbito comunitario en general como laboral.

#### **Campañas de prevención de accidentes y uso de casco**

Realizar campañas nos permite expandirnos, darnos a conocer y contribuir a la prevención del DCA. Una de ellas es #yoelijousarcasco. Se desarrolla en un "Cascódromo" en el Rosedal de Palermo y se imprimen stickers con el motivo de la campaña. Aquellos ciclistas que pasan con casco son festejados cual carnaval y se les regala el sticker para el casco, a quienes no tienen casco se les regala un descuento para adquirir uno. Esta campaña se repite anualmente y se difunde en redes. Además, junto a Conduciendo a Conciencia, participamos del festival Mañana es Mejor y del Día del Estudiante Solidario.

### **Promoción de la inclusión y prevención en redes sociales y material de difusión**

La Convención Internacional sobre los Derechos de las PCD considera que las barreras de la sociedad, como los obstáculos físicos y las actitudes negativas a las que se enfrentan las personas con discapacidades son los principales obstáculos para el pleno disfrute de los derechos humanos. En los debates del grupo ante las experiencias de cada uno para enfrentarse con los desafíos comunitarios surgió en común un enojo inicial ante la hostilidad recibida en general. Luego, con el correr del tiempo, aceptación y resiliencia, han llegado a la conclusión de que generalmente esa hostilidad es falta de conocimiento. No saber cómo ayudar o cómo actuar ante una circunstancia determinada en la vía pública, lleva a las personas a mostrarse desinteresadas. Uno de los participantes expresa:

*Dentro de la sociedad hay personas maternas, correctas, indiferentes o cínicas. De éstos, no nos enojemos, el problema es de ellos. Simplemente detengámonos en aquellos que quieren ayudar, incluir, aún partiendo de lo que es políticamente correcto. De necesitarla, pidamos ayuda. De ofrecérsenos, aceptémosla. Por el propio bien, pero además, por el aporte a la sociedad que integra, aunque no siempre esta sea justa. Y si hace falta, luchar. La buena lucha, ya que no se trata de un enemigo, más bien es la ignorancia, la apatía. No es fácil, pero basta con intentarlo. Y los que son indiferentes o apáticos, allá ellos, pero se ha sembrado una semilla a su respecto. Y también vale.*

Es por todo esto que visibilizar esta problemática se vuelve necesario y brindar herramientas acerca de cómo ayudar es un desafío que este grupo quiere tomar. La campaña #incluirpreguntando, invita a interactuar y preguntar directamente a la PCD, reconociéndola como quien mejor sabe cómo debe ser ayudada. La difusión en medios de comunicación fue y es una gran aliada para llegar a un gran número de personas y la elaboración de material específico de difusión es un pendiente ante la falta de recursos económicos.

### **Redes con otras organizaciones y profesionales:**

La necesidad de multiplicar nuestra causa, difundir y prevenir requiere de un trabajo coordinado y en red con otras organizaciones. Articular acciones nos permite alcanzar a más personas tanto para que puedan participar de los grupos y encontrar(se) en un espacio con otros, como para visibilizar la problemática y construir una sociedad más justa e inclusiva. En este camino, estuvimos en contacto con centros de rehabilitación, organismos estatales, asociaciones internacionales y ONG. Participamos de festivales y acciones en la comunidad.

Además, recibimos profesionales o alumnos interesados en esta problemática. Tal es el caso del acompañamiento que recibimos durante un año por parte de una antropóloga de

*Northwestern University* (Chicago) que nos eligió para realizar un estudio etnográfico sobre “Cuidado del Traumatismo Encefalo Craneano en Buenos Aires”. Su aporte y mirada resultó de gran aprendizaje para todos y, a su vez, de gran sinergia. Esperamos los resultados finales con gran expectativa.

*Soy antropóloga cultural y mis intereses se enfocan sobre la enfermedad y la salud como experiencias y procesos individuales y socioculturales. Durante 15 meses de investigación en Buenos Aires, participé de los encuentros y actividades de Ultreya como parte de mi trabajo de campo para mi tesis doctoral. La experiencia con Ultreya me hizo entender qué significa cuidar y vivir con un DCA y me incentivó a prestar atención a sus consecuencias socio-económicas, emocionales y afectivas. A través de observación, entrevistas y participación en las actividades comunitarias de Ultreya, he observado la importancia de llegar a la inclusión y a la desestigmatización del daño cerebral y de la discapacidad: transmitir el mensaje de que la discapacidad no es una “falla” sino una manera particular de hacer experiencia de la vida y del mundo. (Livia Garófalo)*

Por otro lado, fuimos elegidos también como grupo a observar para la realización de una tesis para la licenciatura en Terapia Ocupacional de la UNSAM (Universidad Nacional de San Martín) cuyo tema fue: Explorar la forma, función y significado de las actividades instrumentales de la vida diaria de adultos jóvenes y de mediana edad con traumatismo encefalo craneano, en período post alta, que participan de los encuentros de Grupo Ultreya, en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre mayo-diciembre 2018. La síntesis de esta tesis será publicada por sus autoras para contribuir a la construcción de nuestra disciplina. Sus comentarios sobre la experiencia son los siguientes:

Durante los encuentros conocimos de cerca su vida cotidiana y sus necesidades actuales, por lo que nos sentimos con la responsabilidad de visibilizarlo, para que otras personas con DCA puedan llegar a ellos fácilmente. Consideramos que es importante que se abran nuevas líneas de investigación en relación a esta población, tanto desde la Terapia Ocupacional como de otras profesiones. También, sería muy enriquecedor para nuestra profesión, la producción nacional de bibliografía referente a la temática, incluyendo información sobre el retorno al hogar, al trabajo y a la comunidad. (Agustina Lencina y Karina Yegier).

### **Algunas reflexiones**

Mi participación en Ultreya desde sus comienzos me interpela como miembro de la comunidad en general antes que en mi rol profesional. Ser testigo de los relatos de estos jóvenes, el dolor al atravesar por las diferentes etapas y el desafío por sobrevivir a las barreras e indiferencia de la sociedad siempre me convocó como ciudadana. Creo que como miembros de la sociedad debemos hacer algo para alivianar la cotidianidad de tantas personas a las

que, sin ser conscientes, les hacemos la vida aún más complicada. Aun siendo Terapeuta Ocupacional y trabajando día a día por la inclusión de las PCD, esta población me impulsa a la acción colectiva y cotidiana, de sentirme responsable de comunicar las dificultades extras por las que Analía se enfrenta cuando va, por ejemplo, a comprar ropa. El trabajo por la justicia social está implícito en mi quehacer profesional, pero hay algo de la invisibilidad del que está aprendiendo a vivir con la dificultad que pone una energía particular para la acción. Creo también que la resiliencia de estos jóvenes que han superado cada una de estas etapas al punto de hoy poder y querer compartir su experiencia para aliviar el camino de otros genera mi más profunda admiración.

Por último, debo destacar el humor como herramienta ya que es lo que caracteriza a esta agrupación. Desde sus comienzos, la intención en la comunicación de esta temática siempre fue desde la construcción, desde una visión positiva y desde el humor acerca de determinadas circunstancias que solo puede tener y usar el que realmente cumplió debidamente cada etapa y hoy puede reírse de sí mismo, siendo ejemplo para otros que están en su misma situación y para otros que no lo estamos. Mi aprendizaje con Ultreya es cotidiano gracias a este aspecto y agradezco tener la oportunidad de compartir mi tiempo con personas que nutren las diferentes perspectivas.

El aprendizaje de estos años y el contacto con tantas realidades llenas de obstáculos me interpela acerca del aporte de nuestra profesión en cuanto al abordaje del DCA. ¿Hay intervención de Terapia Ocupacional desde el momento crítico? ¿está desarrollado el apoyo a familiares y amigos durante las diferentes etapas? ¿somos parte de los equipos de salud durante todo el proceso? ¿la anticipación de situaciones influye en la recuperación y sostén familiar? ¿se deriva lo suficiente para acompañar estos procesos? Acerca de algunas de estas preguntas creo tener, por lo menos, una hipótesis de respuesta que deberé validar y, para otras, creo que bien vale la discusión para desarrollar este campo de la Terapia Ocupacional.

Para finalizar cito nuevamente a Brené Brown:

“Mi valor es el coraje, y yo he sido valiente, puedes pasar de largo vergüenza. No estoy intentando matarte. sólo estoy diciendo: ´ no podemos abrazar la vulnerabilidad mientras la vergüenza esté asfixiando nuestra autoestima y nuestra conexión ´. Ponte el cinturón de seguridad y vamos a atravesar esta experiencia llamada vergüenza para que podamos pasar al tema de lo que es vivir de verdad”. (p.68).

Vivir de verdad, con esta nueva verdad, ahora con cinturón de seguridad.

**Testimonios:** todos los relatos consienten la participación en esta publicación.

### Acompañando a un hijo con DCA

*Miro hacia atrás y me veo avanzando por los pasillos donde muchos meses estuvimos internados.*

*1- Camino, llevo a mi hijo en su silla muy pesada, mi cuerpo desdibujado, quebrado, mirando al piso. - Ahí van...*

*2- Pasaron meses, sigo caminando, empujo la silla, ya pesa menos. - Ahí va A con su mamá...*

*3- Pasando los meses, sigo caminando, a veces empujando la silla ahora más liviana y a veces A a mi lado. -Ahí va A y G... Primero no existía, segundo era la mamá de... y por último tenía un nombre.*

*Para acompañar mejor tenemos que recuperar nuestra identidad, nuestro lugar y comprender que son dos vidas, dos caminos. Si pretendo cargar al otro para evitarle sufrimiento, lo más posible es que nos caigamos y no podamos avanzar.*

*Tengo que volver a ser yo y desde ahí “me ayudo” para “poder ayudar”.*

*¿Se puede? si, se puede.*

*G, mamá de A*

### Acompañando a un hermano con DCA

*No es nada, todo va volver a la normalidad en breve, eso fue lo primero que sentí. Después, me salió la actitud proactiva, yo no era así. Mi rol en la familia era distinto, no pensaba demasiado antes de actuar, pero eso se terminó, porque quien me frenaba cuando estaba ante alguna locura, era mi hermano, quien ponía manto de piedad a mis palabras sin filtro era mi hermano. En fin, en ese momento él no se podía ocupar de mí y comprendí que mientras él peleaba sus batallas, mis viejos lo acompañaban y sostenían, yo debía actuar como adulta. Mientras ellos se encargaban de las cuestiones médicas, yo lo iba a hacer de todas las anímicas. Todos querían saber el estado de mi hermano y para eso armé una cadena de mails. A medida que iba teniendo información, la comunicaba y todos los mensajes recibidos se los transmitía a mi hermano, ahora yo era “el filtro”.*

*Aprendí que pequeñas acciones hacían un cambio.*

*Aprendí a disfrutar de los globos hechos con guantes de hospital para mi hija.*

*Aprendí que con mi hermano no era necesario hablar, que con una mirada ya nos entendíamos.*

*M.S., hermana de A.S.*

### Acompañando a un amigo con DCA

*Al principio, sentí mucho miedo y mucha tristeza. Lloré mucho, porque pensaba que la A que yo había conocido se había ido para siempre. Ese mismo año falleció mi abuelo y mi papá, y creo que ninguna de esas situaciones me hizo tan mal como tu accidente. Uno está preparado para la muerte de un abuelo y puede aceptar la de un padre, pero creo que nunca se está preparado para algo así respecto de un amigo, de un par. Lloraba*

*todo el tiempo, en mi casa, en la oficina, en el colectivo. No lo podía contener. Íbamos a verte todas las veces que podíamos, y aunque la razón por ahí nos decía que tal vez nunca salieras de ese estado, poníamos todas nuestras esperanzas en que sí lo hicieras. A veces me sentía ridículo hablándote o haciéndote cosquillas en los pies, pero la mera posibilidad de que eso te despierte, me hacía olvidarme de si era ridículo o no.*

Amigo de A.C.

### **Acompañando a un papá con DCA**

*Gracias papá por volver a estar con nosotros. Nunca más te quiero ver como estabas ni tocar esa cabeza en pedazos. No te quiero volver a ver entre 4 paredes preso de aparatos. Ya no te veo, ahora te siento. Ahora sos mi papá, el que me hace sonreír cuando pienso en él. Te recibo con los brazos abiertos para abrazarte de esta nueva manera. Mucho más cerca que antes, que estabas acostado al lado mío dándome la mano, con mucha fuerza, sin dominio, sin entender. Hoy si entendes. Hoy no te recuerdo, hoy sos y estás. Ya no me fijo si tu mirada sigue mi sombra, ya no dudo que me sigue.*

*Ya no me preocupó si estás a 45 grados para que la válvula no falle, ya no va a fallar.*

*Ya no tengo que ayudarte a que me abrases.*

*Ya no soy yo quien te sostiene, ya te sostienes solo y con fuerza para sostenernos a todos los que quedamos abajo.*

*Qué paz me da volver a ocupar el rol que supe tener, a quien vos cuidas, a quien vos proteges, de quien sigo aprendiendo, de quien me llena de orgullo y fuerza.*

M, hija de M.

### **Acompañando a un esposo con DCA**

*Un TEC te hace viajar en forma permanente entre pasado, presente y futuro.*

*M es el que fué, el que es, y el que tal vez sea... todo el tiempo. Ejemplo claro de esto es nuestro decir. Las palabras a veces aparecen antes de que las podamos pensar. M era... eee, es... eee... venía siendo... Hasta terminar la frase en castellano neutro. Y si de complejidad se trata, en cada tiempo habitamos universos diferentes.*

*El pasado te lleva a un duelo. No es el que era. Tristeza por lo perdido. Un duelo que requeriría sumergirte todo lo necesario hasta poder volver a subir... Pero ese proceso se atraganta, se pospone, incomoda, porque M es, y te trae de los pelos al presente. Un presente que también te pide toda tu energía, porque intentas estar a la altura de las circunstancias, y lo ves batallar, en un*

*combate que no tiene reglas... algo así como un full contact al que llegó sin entrenamiento.*

*Yes ese presente complicado que te interroga despiadadamente acerca del amor profundo, de ese del que siempre te jactaste, de la aceptación... justo de eso completamente inaceptable.*

*Pero si, con suerte, sos neurótica pero no boluda, descubrís que la idea de un futuro posible a alcanzar te rescata un rato de lo difícil del presente y lo angustioso del pasado.*

*Ahí se abre una ventana diferente, con esperanza, con la convicción de que somos un misterio, mucho mayor de lo que conocemos. Y justo en ese momento casi filosófico/religioso, en que te alegras de no contar con ninguna certeza, justo en ese momento mágico en que tus pulmones se llenan de oxígeno, llega la instancia de negociar con la obra social, que viene a decirte que tu esperanza, tu fé, y tu visión holística del hombre tiene que ser autorizada por la comisión de salud, pasando por el área contable, y aprobada o no por el directorio.*

D. F, esposa de M. ■

[Recibido: 26/04/2019 Aprobado: 4/02/2020]

### **Referencias**

- Bascones Serrano, L.M. y Quesada García, M.Y. (2010). Situación socio-sanitaria del Daño Cerebral Adquirido. En Polonio López, B. y Romero Ayuso, D., (Comp.) *Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido* (p. 5). España: Editorial Médica Panamericana.
- Bascones Serrano, L.M. y Quesada García, M.Y. (2010). Situación socio-sanitaria del Daño Cerebral Adquirido. En Polonio López, B. y Romero Ayuso, D., (Comp.) *Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido* (p. 11). España: Editorial Médica Panamericana.
- Brown, B. (2016). *El poder de ser vulnerable*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones Urano.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). Nueva York: ONU. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Federación Española de Daño Cerebral- FEDACE- Daño cerebral adquirido: orientación para familiares, amigos y cuidadores-. España: Más Social CONECTA. <http://www.fedace.org>
- Gangoiti Aguinaga, L. (2010). Recursos asistenciales de atención a personas con daño cerebral. El equipo profesional. En Polonio López, B. y Romero Ayuso, D., (Comp.) *Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido* (p. 28). España: Editorial Médica Panamericana.
- Jung, CG, (1968). *The Collected Works of C.G. Jung*. New Jersey, EE.UU. Princeton University Press. 2da Ed, Vol 11.
- Pereyra Echavarría, M. y Cabellos Aparici, M. (2010). Aspectos éticos y legales de la intervención con personas con Daño Cerebral Adquirido. En Polonio López, B. y Romero Ayuso, D., (Comp.) *Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido* (p. 39). España: Editorial Médica Panamericana.

### **Cómo citar este relato de experiencia:**

Díaz Usandivaras, G. (2020) Daño cerebral adquirido, su complejidad en las distintas etapas y la vida después de la rehabilitación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 68-76.

#### Anabel Arias

Licenciada en Terapia Ocupacional. Egresada de la Universidad Nacional del Litoral (2010).  
Especialista en Salud Mental. Egresada de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) Sede Paraná- Entre Ríos (2014).  
Colaboradora docente y supervisora de la RISaM (2013-actualidad).  
Instructora de la RISaM (2016-actualidad).  
Ex miembro del equipo de Hospital de Día y del Equipo de Guardia Interdisciplinaria.  
Miembro de Dispositivo de Atención Psicosocial.  
Miembro Vocal del Comité de Docencia e Investigación. Hospital Escuela de Salud Mental. Paraná. Entre Ríos.  
anabelarias85@gmail.com

#### Silvana Suppo

Terapeuta Ocupacional. Egresada de la Universidad Nacional del Litoral (1994).  
Colaboradora docente y supervisora de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.  
Ex Miembro de Dispositivo de Atención Psicosocial.  
Ex Secretaria del Comité de Docencia e Investigación. Hospital Escuela de Salud Mental. Paraná. Entre Ríos.  
Redactora del Plan de Estudios 2015 de la Tecnicatura Universitaria de Acompañamiento Terapéutico de la Universidad Autónoma De Entre Ríos.  
Docente de la Cátedra Prácticas de Acompañamiento Terapéutico 2. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.  
supposilvana@gmail.com

#### Resumen

El siguiente trabajo corresponde a una presentación realizada en las II Jornadas “Diálogos y experiencias en salud mental: Desafíos actuales en la región del Litoral” el pasado noviembre en la ciudad de Paraná, Entre Ríos en la cual se comparten reflexiones respecto de una experiencia grupal desarrollada en el Dispositivo de Atención Psicosocial del Hospital Escuela de Salud Mental (HESM). En esta oportunidad, bajo la consigna de dialogar sobre redes, economía solidaria y feminismos, el encuentro posibilitado en las jornadas, puso en escena las configuraciones del trabajo, tramadas entre usuarias/os y trabajadoras/es de salud mental, como así también, la dimensión de la perspectiva de género como eje transversal a ser pensado en las prácticas clínicas. Invitación a resituarnos respecto de algunos *desafíos actuales*, que permitió que nos acompañaran Sandra Spampinato, Daniela Testa y Valentina Vinzón, quienes se acercaron para compartirnos sus recorridos, junto a otras/os referentes locales, colegas del otro lado del río y emprendedoras/es.

**Palabras Claves:** salud mental, solidaridad, redes de comunitarias.

#### Abstract

*The following work corresponds to a presentation made at the II Conference “Dialogues and experiences in mental health: Current challenges in the coastal region” last November in the city of Paraná, Entre Ríos in which reflections are shared regarding a group experience developed in the Psychosocial Care Device of the Mental Health School Hospital (HESM). On this occasion, under the slogan of dialogue about networks, solidarity economy and feminisms, the meeting held in the conference, put on stage the work configurations, plotted between users and mental health workers, as well as the perspective dimension of gender as a transversal axis to be thought of in clinical practices. Invitation to relocate us regarding some current challenges, which allowed Sandra Spampinato, Daniela Testa and Valentina Vinzón to join us, and share experiences with other local referents, colleagues on the other side of the river and entrepreneurs.*

**Key words:** mental health, solidarity, community networks.

## Prólogo<sup>1</sup>

Esta conferencia formó parte de las presentaciones que se realizaron en las II Jornadas “Diálogos y experiencias en salud mental: Desafíos actuales en la región del Litoral” el pasado 22 y 23 de noviembre en la ciudad de Paraná, Entre Ríos. “Diálogos y experiencias” representa la iniciativa motorizada desde el esfuerzo inquieto y crítico de cuestionar lo dado, pero fundamentalmente del deseo por *transformar* realidades. Valoramos estas apuestas de las/os terapistas ocupacionales, residentes de la RISaM para generar estos espacios, y el encuentro con los colegios de Entre Ríos y Santa Fe que permitieron sostener y concretar estas acciones conjuntas.

Conmovidas/os por la diversidad de prácticas y dispositivos creados dentro y fuera de las instituciones, en la perspectiva de una potencia instituyente, el espacio se propone resistente, rebelde, desobediente a la arremetida simbólica y material de destrucción de los lazos y los haceres, propia del capitalismo. En esta oportunidad bajo la consigna de hablar sobre redes, economía solidaria y feminismos, el encuentro puso en escena las actuales configuraciones del trabajo tramadas entre usuarias/os y trabajadoras/es de salud mental, como así también, la dimensión de la perspectiva de género como eje transversal a ser pensado en las prácticas clínicas.

Estas segundas jornadas pusieron en evidencia la necesidad de disponernos en *diálogo*, es decir en esa posición de intercambio con otras/os, de dejarnos tocar por lo otro, lo extranjero, lo distinto, y que decimos que es una primera coordenada, básica, para pensar en la producción de Interdisciplina. La disposición al diálogo es ese poder dar lugar a otras/os con quienes escuchar el llamado que nos hace la actualidad de acercarnos a nuevas formas de vincularnos con la clínica. Es ese lugar donde precisamente se construyen y transforman los sentidos. Y cuando se produce algo del “encuentro” y de la “transmisión”, es posible generar y potenciar entramados. Estas II jornadas fueron una nueva oportunidad para cruzarnos, conocernos, escucharnos, poner a jugar y discutir saberes para construir posicionamientos y sostenerlos.

Y lo que se puso en diálogo en estas jornadas fueron precisamente *experiencias*, no solo prácticas en el campo de una salud mental que se suponen en contexto, en territorio, en el abordaje de los problemas de nuestra población, o sea todos los actos de exteriorización sobre otras/os que hacemos en función de nuestros saberes, sino aquellos actos que hemos podido interiorizar y que suponen una transformación. Fieles al sentido de que nuestras prácticas tienen que ser antidesestinos, recrear y transformar realidades. En este punto, las jornadas permitieron

<sup>1</sup> Esta conferencia 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.

compartir pequeñas “conquistas”, de las apuestas en las que el Estado pudo dar tratamiento a los temas que nos convocan, pero fundamentalmente las que a modo de micropolítica vamos haciendo. Conquistas siempre vulnerables y por tanto es que se vuelve necesario defenderlas.

En este resituarnos respecto de algunos *desafíos actuales en la región del litoral* -y un poco más allá del litoral también- que tenemos todas/os quienes construimos en el campo de la salud mental y sobre todo de lo público.

Iniciativa que permitió que nos acompañaran Sandra Spampinato, Daniela Testa y Valentina Vinzón, que se acercaron a compartirnos sus recorridos, junto a referentes locales, colegas del otro lado del río y emprendedoras/es.

Invitadas a compartir las reflexiones de una experiencia desarrollada en el Dispositivo de Atención Psicosocial del Hospital Escuela de Salud Mental (HESM), desatamos la compleja madeja de hilos heterogéneos que supone la generación de espacios que intentan ser habitables y hospitalarios en el sistema de la salud pública. Convencidas del irreductible que entiendo de la transmisión respecto de su condición de imposibilidad, hacemos circular estas preguntas que seguramente encuentren estaciones comunes con otras/os y también, por qué no, inventos, nacidos de la apuesta insistente de recrear mundos en los que sea posible vivir.

Compartir una experiencia, entrar en diálogo, disponer de un tiempo y espacio para volver sobre nuestras intervenciones, desandar algunas prácticas para hacerlas visibles y sólo desde allí transformables.

Hace un tiempo alguien dijo citando a Gramsci, que se trataba de pasar del pesimismo de la estructura y de la razón, a la alegría de la acción, y estas jornadas han sido un acto de ello.

## Introducción

Nostálgicas a un tiempo de trabajo compartido, nos encontramos sacándole el polvo a notas, crónicas, supervisiones y palabras que fueron y vinieron, que nos acompañaron y abrazaron en los momentos de producción, pero fundamentalmente en los tiempos de inercia, en los que “la cosa se pone rara” y se hace necesario relanzar el deseo.

Nos interesa en esta presentación, abordar algunas puntuaciones devenidas del trabajo grupal que nos ha enlazado en nuestras prácticas clínicas hospitalarias: *el Taller de Cocina*.

Los principales ejes de esta presentación son:

- La invitación a un trabajo, suponiendo que propuestas como estas producen relaciones con el lazo social vulnerado. Así es que intentaremos recorrer ese enunciado “restauración del lazo social” que es, aunque algo trillado, horizonte de nuestras intervenciones.

- El repensar la maquinaria de lo grupal. Es decir, ¿qué producen las grupalidades mediadas por la oferta de espacios laborales en los procesos concernientes a la subjetividad?
- La producción de lecturas clínicas respecto de nuestra función de coordinación. Buscando abrochar sentidos en la recurrencia de la pregunta sobre nuestras prácticas.

Decimos que el hospital supone un lazo potente en el armado de lo cotidiano, habilitando grupalidades de modo más o menos espontáneas o en el marco de estrategias de tratamiento. En este sentido, creemos que “lo grupal”<sup>2</sup> es mucho más que un recurso terapéutico o clínico. Lo pensamos como andamiaje político, de resistencia, atravesado por tensiones, disputas, por lo macro que nos arrasa y lo micro que surge.

En nuestra historia institucional, “la cocina” se ha metamorfoseado según quienes, año tras año, nos hemos anudado al mismo, siendo de momentos un taller de capacitación laboral, un microemprendimiento, un espacio cultural de almuerzo, entre otras formas posibles de acontecer en un espacio con un recorrido de más de veinte años.

El año pasado supervisamos una de estas configuraciones del “Taller de Cocina”. Fuimos sin saber muy bien qué queríamos trabajar. Sabíamos que era la última en el ámbito hospitalario de una de nosotras que se jubilaba y por esos días andábamos duelando con relatos, desayunos, hurgando en las postales. Además, el taller con sus acontecimientos nos daba ganas de hablar(nos), así es que veníamos escribiendo crónicas de los encuentros que empezaban a sistematizar algo de lo que allí sucedía. Las cocinas, son quizás los espacios de las casas que más nos invitan a conversar.

Llegamos con todo eso junto, mezclado, a buscar un poco de *fuego*, ese elemento ancestral, sanador por su potencial en los rituales, presente en todas las cocinas de todas las casas que habitamos y nos habitan. Nos fuimos con la certeza de que son necesarios los *rituales* y con ellos la advertencia del tiempo ligado a la experiencia que hace marca. En ese sentido, la supervisión se inscribe, como pausa que interroga, como inercia interrogada y apostamos a que en esa operación se produzca otro ordenamiento, otras posiciones, otra escritura.

Una aclaración que nos parece importante es que no argumentaremos epistemológicamente la importancia de los grupos en las prácticas de salud. Desde las hordas del neolítico hasta los pañuelazos actuales, la historia se ha ocupado de dar cuenta de la importancia de lo colectivo. Creemos necesario trascender esas tradiciones académicas que nos interpelan en el tener que validar la existencia de determinadas prácticas: la oferta de las actividades, el hacer profesional de

2 Percia (1997) propone un corrimiento de pensar los grupos a “Lo” grupal como cierto estado o instancia de subjetividad, como un modo de estar sujeto a otros.

determinada disciplina, la participación grupal frente a los espacios individuales como principal recurso en las instituciones. Nos interesa ponerle voz a lo que acontece en lo cotidiano de nuestras prácticas, aproximarnos a los interrogantes que nos preocupan, echar mano a los fundamentos ontológicos de este modo de construir (Arias et al., 2017)

### Breve recorrido histórico por la cocina

La oferta de actividades en el marco de espacios grupales, como una modalidad de abordaje y de tratamiento en los procesos de salud, tiene un origen no reciente en el campo de la salud mental en general, en esta institución en particular (el HESM), constituyendo una representación institucional que nos dona cierta identidad como dispositivo en lo singular (DAPs).

Espacios grupales, con sus particularidades y estilos en los que se pone en juego la idea de un producto, de producciones, la presencia de objetos, de materiales, herramientas y el uso de técnicas. En ellos se espera que quienes coordinamos habilitemos alguna operación, vía el hacer/trabajo/actividad que produzca un movimiento, que quiebre alguna repetición, que interdicte. Que genere ficciones para que la trama de los intercambios convoque/provoque al sujeto, la/o lleve al límite de una decisión, a medirse con otras/os. El ser convocado por un nombre (Martínez Antón, 2000), en este caso, el de emprendedor/a, tallerista, alumna/o, con frecuencia es el único “valor otorgado” para muchas/os de nuestras/os usuarias/os. Esto ocurre en los talleres y en las grupalidades y esto ha dado sentido a una práctica que reniega del chaleco farmacológico y de la mirada individual.

Decíamos antes que “La Cocina” tiene historia de muchos años en la institución. Quienes pensamos nuestra práctica en salud mental proponiendo actividades pareciera que la de comer nunca falla. Su primer fuego prende aproximadamente en el año 1995 ofreciéndose como un espacio laboral al que usuarias/os asistían diariamente en lo que era el Servicio de Terapia Ocupacional. A lo largo de estos casi 25 años, se ha reconfigurado año a año, propiciando la inclusión de sujetos que, por diferentes motivos, se han sentido convocadas/os con este hacer y sus diversas maneras de ofrecerlo. Ubicamos algunos elementos que se repiten en todas esas experiencias que involucran a “la cocina” y que nos interpelan:

1. La circulación de lo que se produce en el espacio, tiende a ser endogámico en tanto es comercializado principalmente en la institución, no ingresando al mercado, salvo algunas experiencias aisladas. Esto supone que el lazo social se vea empobrecido generando a su vez, un agotamiento en las/os “consumidores” o “receptores/as”.
2. Los cambios sucesivos en la coordinación condicionan permanentemente nuevas grupalidades y nuevas ofertas



del espacio. Entendemos que muchas veces éstos pasajes o trasposos de la coordinación se tornan en tropiezos y creemos importante ubicar que en ellos se anudan siempre intervenciones en un terreno que trastabilla entre lo clínico y lo institucional concerniente a las dinámicas de los equipos de trabajo.

3. La estructura del espacio suele sostenerse en el tiempo ofreciendo una dinámica de asamblea semanal y un espacio para la elaboración de productos.
4. Desde hace unos años no contamos con un agente en particular que aporte la transmisión de eso tan importante en las actividades: la técnica que ubica principalmente una terceridad.

### **Sobre las configuraciones grupales que nos llevaron a escribir**

La grupalidad que trabajaremos en esta presentación se trama a principios del 2018, que es cuando comenzamos a coordinar juntas el taller. Una de nosotras venía de coordinarlo el año anterior con gran parte de las/os usuarias/os que decidieron sostener su participación en esta nueva oferta. Algo de nuestras historias piamontesas, y su relación con la cocina, se nos jugaba en esta elección y en las propuestas que fuimos haciendo. No llegamos a los grupos sin nuestras historias previas. La coordinación habita en las grietas que se forman entre lo subjetivo/histórico de cada una/o y la grupalidad que es cada vez. Las propuestas que fuimos formulando invitaban al tejido de una historia de todas/os a partir de la de cada una/o, o viceversa.

Ya en los primeros encuentros comenzamos a preguntarnos: ¿Por qué vienen estas/os usuarias/os? ¿qué las/os hace sostener el grupo? Les trasladamos estos interrogantes: Una/o usuaria/o refiere que se lo recomendó su equipo tratante, otra/o que necesita el dinero y “es condición asistir al taller para cobrar el PEL<sup>3</sup>”, otra/o dice que viene porque en la granja de rehabilitación aprendió a amasar, otra/o porque trabajaba en una panadería aunque ya no lo recuerde por su amnesia, una/o dice “voy a donde me llevan total acordé con el policía que en ese rato no me esté tan encima”, otra/o porque sus padres insistieron hasta lograr que la/o admitamos, otra/o porque quiere aprender, ¿será esta vez también en la repetición de sus aprendizajes errantes?.

Desde la capacitación hasta la venta de un producto, este tránsito se impregna de modos institucionales, “protegidos”, en los que las/os profesionales habitualmente nos encontramos horadando algún sentido que nos deje un mínimo margen de intervención. En la búsqueda de horizontes productivos del

3 Los “Programas de Entrenamiento Laboral” son una iniciativa nacional que busca propiciar experiencias laborales para acceder al mundo del trabajo.

emprendimiento/taller/espacio, en ocasiones, se desdibuja aquello que supone la oferta de una actividad para un sujeto pensado en sus modos ocupacionales: ¿Qué sabe hacer? ¿qué se le juega en su participación? ¿cuáles son sus condiciones materiales, instrumentales para sostener la tarea? ¿qué puede ligar con esto que hace? ¿cómo construir en eso que aparece tan dañado a nivel de lazo?

En el año 2017 iniciamos los trámites para que las/os usuarias/os dispusieran de estos PEL. En ese momento nos reencontramos con la vieja pregunta acerca de si esa política pública destinada a los emprendimientos laborales y sectores vulnerables, permitía la restitución de algún derecho o reforzaba esa clásica fusión “locura y pobreza” que tiene su génesis desde hace ya varios siglos. Desde el gran encierro hasta nuestros días el sufrimiento subjetivo en matrimonio con la pobreza es algo que nuestras sociedades han insistido en encerrar (Suppo, 2015). La alternativa de gestionar planes sociales se presenta dentro de las posibilidades con las que contamos las/os trabajadores para promover estrategias de “inclusión” para las personas a las que se dirigen: sujetos que en general no han tenido experiencias de un empleo formal ni han podido concluir etapas de la educación formal. ¿Estamos tramitando modos de encierros encubiertos ya que la contraprestación se generaría en la misma institución?, ¿qué se espera que el dispositivo grupal/laboral produzca? Encerrona ideológica, encrucijadas que atraviesan la posición que las/os trabajadores/coordinadores intentamos compensar con lecturas clínicas.

Para ordenar esta madeja de líneas heterogéneas pensamos que sería necesario que una *norma* operara por sobre otras y en función de ella pensar las intervenciones. Ahora bien, ¿Cuál? ¿sería lo que las/os usuarias/os tienen en común?: ¿aprender? ¿trabajar? ¿cobrar? ¿incluirse? ¿nombrarse? Entonces, sería condición evaluar previamente las “capacidades”? ¿evaluar la complejidad de esa producción? ¿requiere uso de medidas, cálculo, de utensilios que suponen cierto riesgo, conocimientos respecto de la conservación de alimentos, secuencias etc.? ¿señalar cuando alguien no cumple con las condiciones de higiene personal y sancionarlo? ¿dar de baja el PEL de quien no sostiene lo acordado? ¿marcar las inasistencias al taller que no se informan previamente?

Comenzamos a trabajar sin tener respuestas consumadas. Habitamos por un tiempo cierto malestar que implica soportar un sinsentido inicial, y aquello que paradójicamente parece estar saturado de sentido. En el transcurso fueron apareciendo otras: ¿cómo intervenir sobre lo que no funciona en el armado de lo cotidiano y aflora en el taller?, ¿qué estrategias considerar para producir un real conocimiento técnico que supere ese “como si” del aprendizaje?, ¿cómo se ensambla la maniobra clínica con el aspecto técnico de la tarea?, ¿qué “emblemas” tendrían a trabajar algo “de lo común”? ¿se enlaza esto con aquella norma que debería inscribirse sobre las otras?

Algo fuimos pudiendo tramitar nosotras sobre la tramitación de los PEL, los cuales hoy los pensamos como un aparato ficcional que al modo ortopédico habilita recursos que ofrecen una terceridad, imponen condiciones, establecen cierta regulación del lazo, en el que el ordenador principal es el trabajo, la actividad, la circulación del dinero y en algunos casos, posibilitan la construcción con un afuera.

Antes de concretar la gestión de los PEL nuestras grandes preguntas se encontraban estructuradas en torno al *dinero*, ese objeto que en nuestra cultura se inscribe como “valor fálico”. Observamos que, en las particularidades del grupo, el dinero como objeto no se enlazaba a la tarea, ni a un proyecto futuro. Nos preguntábamos respecto del sentido de comercializar y ganar ochenta pesos<sup>4</sup> por semana haciendo todo lo que se hacía (concurrir a la asamblea una mañana, organizarnos para comprar elementos, cortar, lavar, cocinar en otra jornada de producción, envasar, vender). A esos “costos” nosotras le sumábamos el malestar por tratar de rescatar otras cosas que no aparecían. Parecía que llevarse esos pesos era a cualquier precio. El dinero no estaba articulado a otra temporalidad más que a la lineal, inmediata: salir del taller y comprar cigarrillos. Ni al valor de la hora de trabajo, o al de las cosas en el mercado, o al de lo que se puede adquirir con ello. A comienzo del 2018 se conceden los PEL y empiezan a cobrar un ingreso mensual de \$3600 que resulta una diferencia abismal a las ventas de las producciones del taller que como mucho les permitía ganar \$400 por mes. A partir de eso, que veíamos como cierto descanso económico del “tener que producir si o si para vender”, propusimos un nuevo *itinerario* mensual: una semana en la que haríamos un encuentro de intercambio grupal; una de capacitación, y dos semanas que suponían la elaboración y venta. Además, se abrió un nuevo trabajo afuera del hospital: gestionar las tarjetas para el cobro, ir al banco, aprender a usar el cajero electrónico, tomar un colectivo, armar un recorrido.

Volvimos a repensar los *nombres*, práctica habitual en el campo de la salud mental la de nombrar los grupos/talleres/espacios/emprendimientos en tanto sostenemos que la actividad nos da un nombre (Martínez Antón, 2000). Esos actos de nominación, disponen cierto camino, abrochan sentidos, de cierta manera también condicionan. “La cocina” aparece con la potencia de la polisemia a lo largo de la historia del dispositivo institucional. ¿Con que nombres convocarlos? Que el taller se definiera por “lo laboral”, suponía el armado de una elaboración y su comercialización, un cobro para quienes asistieran, cierta organización de la economía, un fondo económico. Que se definiera por la “capacitación” implicaba que las/os usuarias/os realizaran los aprendizajes necesarios para lograr

esa producción, que establecieran los intercambios para que “algo” funcione como valor: la calidad del producto, su costo, la ganancia, el reconocimiento por la estética, su presentación, cobrar por eso. Que sea un espacio de “intercambio social”-compartir desayunos, almuerzos, salir a comer- suponía gestionar los materiales o el dinero necesario, aprender algunas técnicas, evocar historias previas, ligar estos rituales a lo cotidiano. Estos actos de nominación, no sólo ordenan algo de la tarea que nos reúne, sino que habilitan el devenir de algunas *insignias* que nos hacen prescindir de la palabra: una ropa adecuada, la construcción de un logo, un cartel, folletos. Pequeños montajes que van armando una ficción conjunta, que construyen un lugar de pertenencia. Nos resulta difícil pensar en procesos de subjetividad sin el armado de esa trama de signos y símbolos que son generados y sostenidos a través de la experiencia.

A partir del trazado de éste itinerario (que incluía las tres formas habituales en las que se suele ofrecer el taller: comer / aprender/ producir y vender), nos preguntamos también respecto de cuál de las actividades ofrecidas las/os convocaba principalmente y allí aparece claramente, la singularidad de cada sujeto. La de *comer* asomaba de manera transversal a todas/os. A veces la propuesta de “ir a un diente libre” insistía, otras la de “cocinar para comer”. En todas aparecía la demasía, el comer mucho, en cantidades a veces desmedidas. Nos interrogaba este modo de comer, esta oralidad de momentos compulsiva. Salvando algunas cuantas distancias, nos retornaba el “comedero” que teníamos antes en el fondo del hospital con su operatoria de institución total: esperar el timbre, hacer y esperar en fila a la entrada del comedor, sentarse en el lugar “asignado” por otra/o o en cualquier lugar totalmente indiferenciado, ser servido, comer sin pausas. Instancia que no suponía ni un rito social, ni un trabajo de intercambios, ni una decisión, ni el juego de rasgos singulares.

Ensayamos como hipótesis que en esa completud que supone “comer para estar llena/o”, algo del cuerpo se arma. ¿Será? Y ¿Qué intervención armamos sobre esas hipótesis?

De entrada, sabemos que comer no supone siempre un ritual social, y pareciera que algo de lo más primitivo, arcaico emerge también en ese acto. Visibilizado ese problema, intentamos que algo de eso sucediera: que en el estar juntas/os, algo se enlace a otra/o, que arme algún tipo de lazo. Que el roce con el semejante operara de bálsamo. Nos propusimos enlazar el comer. Enlazarlo a la elección de que comer, a la provisión de esos alimentos, al cocinarlos, a esperarnos para empezar, al dejar en condiciones el lugar. Ligarlo a una secuencia, del tiempo, de otras/os, de ritmos. En palabras de Paredes y Herrera (2016) coordinar tiene que ver con “dar o descubrir cierta continuidad en el discurso grupal, proponiendo los nexos que faltan”. Las/os coordinadores podemos escuchar, preguntar, sugerir, contestamos algunas preguntas, no privilegiamos ni

4 Durante ese año el dólar cotizó entre los \$16,10 y \$ 18,90 en el banco Nación. Según datos aportados por el INDEC en febrero de 2017 la canasta básica de alimentos rondaba en 1.821,02 y la canasta básica total en 4.425,08.

la interpretación ni los señalamientos individuales, más bien, intentamos anudar ciertos elementos del discurso grupal para devolverlos al grupo. Apuesta que tiene que ver con construir un espacio grupal como espacio habitable, y en ese sentido hospitalario. Graciela Jasiner, retomando ideas de Heidegger plantea que “construir un grupo será hacerlo habitable, y se irá habitando en la misma construcción. Entonces también será hospitalario.” (2008, p.176).

### **Sobre transferencia, coordinaciones y encuadres**

Señalamos anteriormente que un elemento que se repite en el dispositivo tiene que ver con los cambios sucesivos en las coordinaciones. Muchas veces heredamos espacios con nombre propio, con propuestas ya constituidas, con encuadres consolidados y nos entrapamos en la búsqueda de un estilo propio que metamorfosee la continuidad. En ocasiones, de las grupales anteriores, solo quedan las coordenadas de día y horario que generosamente ubican cierto encuadre y habrá que saber esperar el momento, en que, para cada sujeto en cuestión, nuestro lugar tenga alguna función; y otras veces transcurre de manera más amena la reconfiguración de un orden distinto para todas/os a partir de lo que supone un nuevo grupo.

Hacemos la lectura –que intenta ser crítica- que muchos de esos movimientos no constituyen una especie de “pasaje” y entendemos que los efectos transferenciales pueden ser complejos para la grupalidad: se desarticula el escenario, el grupo no termina de consolidarse, faltan las/os usuarias/os, se desorganizan los encuadres, algún coordinador se enferma. Hay veces que los movimientos desarman la escena, desplazan un tiempo que empezaba a ser hilacha de uno propio. Nos cuesta en los equipos muchas veces advertir en qué momento los virajes entre los modos de habitar la coordinación son posibles, o producen efectos y cuáles. En el dispositivo trabajamos con grupos y en grupos. El equipo de coordinación, también lo entendemos como un grupo que produce, se mueve, se detiene, se estanca, se cronifica. Desde ese punto de partida, tramamos, trazamos y singularizamos estilos. Resonamos en el equipo ampliado con más preguntas para pensar la función de la coordinación y los tiempos de las constituciones grupales: ¿de qué modo armamos rituales en los pasajes de las coordinaciones?, ¿qué impronta damos a esas entradas/salidas?, ¿qué estilo tienen esas bienvenidas/despuestas?, ¿qué rasgo propio auspiciar en las herencias de coordinación? Pretendíamos con estas preguntas resituar el lugar de la coordinación, esa dimensión que no es sólo un elemento más del encuadre.

La coordinación de la cocina implicó poner a disposición elementos para construir un escenario, montar una escena. Posibilitar un encuadre implica encontrarnos a alguna hora, en algún lugar, disponer objetos, para producir algo, acercar algunos emblemas, cierta legalidad. Un anclaje continuo que

intente diferenciar una oferta para alguien desde donde es posible, luego, en otro tiempo, instaurar una ruptura, una discontinuidad, lo variable.

En las instituciones hay muchos elementos que se repiten, no siempre la institución inventa. Hay algunas repeticiones más al modo de una estereotipia y hay también otras necesarias para que algo devenga discontinuidad, novedad. Repeticiones que posibilitan ciertas regulaciones, que permiten alojar el lazo fracturado proponiendo cierta permanencia, el atravesamiento de lo reglado. El horario del taller, la permanencia de los coordinadores, la regulación que proponen las técnicas son dimensiones que operan en la línea de lo constante. Lo constante y lo variable, son dos fuerzas que como punto pivote habilitan distintos movimientos. Pensamos los encuadres al modo de andamios donde las marcas singulares puedan echarse a andar. Ordenamientos que permitan una trama común. Una relación necesaria entre lo que permanece -y forja ordenamiento- y lo que irrumpe -instalando alguna apropiación (Arias et al., 2017).

### **Reflexiones finales**

¿Por qué compartir un escrito sobre grupales en una jornada en la que se espera ubicar los desafíos actuales? ¿esa actualidad lleva marcas de la historia? ¿supone la experiencia de lo grupal en nuestras prácticas un artificio para trabajar la regulación con el otra/o semejante, de la cultura? la invitación a compartir un espacio/ tiempo/ materiales ¿propicia una oferta para trabajar con la alienación a la que nos vemos conjugadas/os en estos tiempos? ¿Es posible la producción de contrastes en quienes la historia de vida aparece signada por las marcas de instituciones totales con excepcionales experiencias en el sostenimiento de actividades y ocupaciones vinculadas a la educación formal, al mundo del trabajo, a los viajes, a la organización de la cotidianeidad?

Intentamos ubicar nuestras preguntas más que las respuestas que hemos hallado en el trabajo diario. Algunos de los interrogantes que nos ayudaron a orientarnos en la producción de este escrito y a encontrar amarras en las tensiones propias de un campo múltiple en el que el desafío, próximos a cumplirse la consigna “por un 2020 sin manicomios” sigue siendo la difícil tarea de construcción de escenarios y ficciones que inscriban a las/os sujetos en cotidianeidades que les/nos sean más propias. ■

[Recibido: 8/12/2019 - Aprobado: 2/3/2020]

### **Referencias**

Arias, A; Suppo S; Spadillero C; Flacon, O; Burgoa, G; Peter, R; Alcain P; Miraglio, M; Montigel, P; Fercher, B.; Raspini, C. (2017) Sobre grupales, instituciones, experiencias. Trabajo presentado en

- espacio de Ateneos Clínicos. Comité de Docencia e Investigación. Hospital Escuela de Salud Mental. Paraná, Entre Ríos. mimeo.
- Jasiner, G (2008) Las intervenciones del coordinador. En *Coordinando Grupos, una lógica para los pequeños grupos*, pp.176 -191. Buenos Aires; Lugar.
- Martínez Antón, M.R. (2000) La actividad y la ocupación. Revista *Materia Prima*, Primera Revista Independiente de Terapia ocupacional, 4(14), pp. 9-12.
- Paredes G; Herrera R. (2016) Algunas breves consideraciones sobre el grupo y las psicosis en un entramado institucional. Disponible en: <http://tend.uy/articulos/algunas-breves-consideraciones-sobre-el-grupo-y-las-psicosis-en-un-entramado-institucional/>
- Percia, M. (1997) *Notas para pensar lo grupal*. Buenos Aires
- Suppo, S. (2015) Lo grupal. Notas para supervisión institucional. Hospital Escuela de Salud Mental. Entre Ríos, Paraná, mimeo.

---

**Cómo citar esta conferencia:**

Arias, A. y Suppo, N. (2020). Grupalidades, instituciones, experiencia. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 77-83.

Mariana Sirianni

### Mariana Sirianni

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Magíster en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Tutora de Práctica Profesional IV, Universidad de Buenos Aires. Coordinadora de Emprendimientos Sociales, Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes, Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

marianasirianni@gmail.com

En el transcurso de las últimas décadas, se ha puesto en evidencia, en el seno de la Terapia Ocupacional, la existencia de un movimiento internacional fundado en torno a la necesidad de promover una disciplina reflexiva, crítica y políticamente comprometida. Ciertos acontecimientos históricos, tales como los Congresos Mundiales de Terapia Ocupacional de Chile 2010 y de Sudáfrica 2018 organizados por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, así como el último Congreso Latinoamericano y Argentino celebrado en la ciudad de San Miguel de Tucumán en el pasado 2019, dan cuenta de este cambio de paradigma que, según autores como Pollard y Sakellariou (Simó Algado et al., 2016, p.27), se está construyendo y podría convertirse en un discurso dominante.

El libro *Terapia Ocupacional Comunitaria* es el nombre de un reciente manual del Proyecto Editorial *Terapia Ocupacional*, cuya autora, además de desempeñarse en áreas como la clínica y la docencia, se destaca por ser una reconocida militante de esta corriente. Reuniendo producciones propias y de los principales referentes del enfoque social de la Terapia Ocupacional, estimula al lector a una reflexión profunda acerca de los fundamentos, las prácticas y los contextos históricos y actuales en los que la profesión se desarrolla. Al mismo tiempo, brinda herramientas conceptuales y ejemplifica a través de experiencias territoriales, con el fin de estimular a quien se adentre en su lectura a asumir un posicionamiento activo y comprometido.



El texto se organiza en diez capítulos contenidos en tres partes. En *Aspectos relevantes de la Terapia Ocupacional Comunitaria*, que ocupa la primera parte, se mencionan aquellos elementos considerados cruciales para el desarrollo de dicho enfoque.

El capítulo I, *Fundamentos teóricos*, da cuenta del modo en que los desarrollos teóricos y prácticos de la disciplina se vinculan de manera estrecha con los diferentes planteamientos acerca de las nociones de salud y discapacidad. Apoyándose en las clasificaciones de Chaparro y Ranka (Zango, 2017, pp.18-29) permite establecer diferencias entre la conceptualización de la salud: en tanto ausencia de patología, enfermedad y discapacidad, la salud entendida como capacidad y adaptación personal y la perspectiva de la salud y la capacidad como resultado de la equidad y la oportunidad. Es decir, la comprensión de la

salud en tanto fenómeno positivo, a diferencia de aquella vinculada al modelo biomédico centrado en la enfermedad, ha abonado el terreno para permitir el surgimiento del enfoque comunitario. A partir de la influencia de algunos principios de la teoría social, de la salud comunitaria y del enfoque de derechos, se logra a posteriori la consolidación del mismo.

La Terapia Ocupacional Comunitaria se define entonces como la disciplina abocada a promover que no sólo las personas, sino también las organizaciones y las comunidades, logren implicarse en ocupaciones significativas y saludables. Dicha perspectiva, pone el acento en el contexto social, económico, político y cultural en tanto factor determinante, y establece como fin último de sus intervenciones la promoción de la salud ocupacional y el bienestar de la población. Los importantes aportes de este planteamiento, se reflejan en el abundante material bibliográfico y la terminología específica entre la cual se destacan conceptos tales como: justicia ocupacional, apartheid ocupacional, actividades políticas de la vida diaria, coocupación y ocupaciones colectivas. Retomando los desarrollos de McColl (Zango, 2017, pp. 29-42), la autora enriquece la definición de la Terapia Ocupacional Comunitaria en tanto proceso continuo, dinámico y participativo cuyo objetivo es promover el mayor protagonismo de los colectivos a partir de abordajes *en, con y desde la comunidad*, cada uno de ellos caracterizado por un modelo o enfoque de intervención específico.

En el capítulo II, *Marcos teóricos y modelos de práctica*, se describen algunos de los principales marcos teóricos desarrollados en el ámbito de la salud comunitaria que han contribuido al desarrollo del enfoque, entre ellos, el modelo social de la discapacidad y el modelo de la diversidad funcional. Se mencionan, además, algunos de los modelos de práctica que pueden utilizarse para llevar a cabo intervenciones con un enfoque comunitario, como ser el modelo de la ocupación humana, el modelo de la ecología del desempeño humano y el modelo Kawa.

Los últimos dos capítulos de esta primera parte abordan los siguientes temas: *Retos y oportunidades* además de *Roles y competencias para la intervención de Terapia Ocupacional Comunitaria*. Los acontecimientos actuales, tales como las crisis económicas, los conflictos políticos, la segregación y exclusión de grandes sectores de la población, las migraciones y las violencias, impactan sobre el desempeño ocupacional de los sujetos, constituyendo un reto y una oportunidad para la disciplina. La diversidad y la complejidad de las realidades contemporáneas compele a los profesionales a intervenir desde perspectivas relevantes y acordes a los diferentes contextos

culturales. En este sentido, el abordaje intercultural resulta de interés no sólo para el trabajo en contextos multiculturales, sino que además, puede transformarse en catalizador de procesos de reflexión crítica de la disciplina que permitan poner en cuestión las prácticas y saberes hegemónicos, colaborando en desarrollar Terapias Ocupacionales descolonizadas y descolonizantes.

La Segunda Parte del libro, *Metodología de la intervención de Terapia Ocupacional Comunitaria*, lleva a cabo una minuciosa descripción de la lógica de programación a partir de la identificación, planificación, intervención y evaluación de programas comunitarios. Algunas de las herramientas sugeridas en pos de fomentar la participación y de orientar el abordaje hacia la transformación social son: la investigación-acción participativa, la práctica reflexiva y la etnografía doblemente reflexiva.

En la parte final del texto, *Experiencias de Terapia Ocupacional Comunitaria*, la autora pone a disposición del lector la riqueza de un conjunto de prácticas creativas e inspiradoras, tales como: la creación de un centro de Terapia Ocupacional para la promoción de la salud mental en Houndé, Burkina Faso; la promoción del juego y la convivencia ciudadana intercultural en Centros Infantiles del Buen Vivir de la región de Bolívar, Ecuador; el proyecto Abuelas contra la pobreza y el VIH-sida en Khayelitsha, Sudáfrica; diversas intervenciones llevadas a cabo con población gitana en España, el proyecto Metuia en San Pablo, Brasil y el proyecto Jardín Miquel i Pol y EcoSPORTech en Vic, España. Estas sólidas experiencias, muestran el modo en el cual las oportunidades ocupacionales pueden ser el punto de partida para promover la salud y el bienestar individual y colectivo.

En conclusión, *Terapia Ocupacional Comunitaria* constituye un material bibliográfico de referencia, que debiera incluirse en la formación académica en instancias tanto de grado como de posgrado, con el objetivo de instalar procesos de aprendizaje críticos. Asimismo, resulta un gran aporte para terapeutas ocupacionales y otros profesionales del ámbito socio sanitario que deseen adoptar nuevas formas de mirar y desarrollar sus intervenciones. ■

[Recibido: 14/4/2020 Aceptado: 24/4/2020]

### Referencias:

Simó Algado, S., Guajardo Córdoba, A., Corrêa Oliver, F., Galheigo, S.M., García-Ruiz, S., (2016). *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Santiago de Chile: Editorial USACH.

### Cómo citar esta reseña:

Sirianni, M. (2020) Reseña Terapia Ocupacional Comunitaria. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 84-85.