

Revista Argentina de Terapia Ocupacional

RA TO

Año 7 - Nº 2 - Diciembre 2021
ISSN 2469-1143



Revista Argentina de Terapia Ocupacional
Año 7 - Nro 2
Diciembre 2021 - ISSN 2469-1143

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

Registro DNDA Nro en trámite

COMISIÓN DIRECTIVA GESTIÓN 2020-2023

Albino, Andrea	Presidenta
Villagra, Andrea	Vicepresidente
Daneri, Sara	Tesorera
Javelier, Natalia	Secretaria Ejecutiva
Forcat, Rosangela	Secretaria Científica
Muras, Diana	Vocal 1º Titular
Montilla, Silvina	Vocal 2º Titular
Battaglia, Marcela	Vocal 3º Titular
Spampinato, Sandra	Vocal 4º Titular
Ciampa, Agostina	Vocal 1º Suplente
Williams, Verónica	Vocal 2º Suplente
García, Diana	1º Revisor de Cuenta Titular
Laglaive, Hernán	2º Revisor de Cuenta Titular
Olmos, Romina	3º Revisor de Cuentas Titular
Abregú, Macarena	1º Revisor de Cuentas Suplente
Oudshoorn, Silvina	2º Revisor de Cuentas Suplente

Comité Editorial

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

Equipo Técnico

Florencia Itovich
Sabrina Belfi
Daniela Torrado
Carolina Yael Acuña
Belén Casas
Juliana Presa
Catalina Paiz
María Sol Aquila

Revisión Técnica en Inglés

Susana Caillet-Bois
Verónica Williams
Agustina Da Pieve

Comité Editorial invitado

Andrea Villagra
Yanina Vespero

Colabora en este número: Ana Rodríguez

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

revistatoargentina@gmail.com

Nos encontramos transitando el final de otro año con un escenario complejo y desalentador debido a que la pandemia por el virus COVID-19 no deja de acosar a la población mundial que atraviesa su mayor crisis sanitaria. A su paso deja personas en situación de enfermedad, fallecidas, sumado a los elevados índices de pobreza y desigualdad. Las economías se encuentran en estado crítico incrementando las distorsiones y desproporciones ya existentes a nivel social. Vivimos, en este sentido, en la incertidumbre del día a día, con dificultad en vislumbrar un final a corto plazo que nos lleve al alivio de no contar más pérdidas diarias por este virus, ni consultar a modo cotidiano estadísticas locales así como la evolución global de su morbilidad. A la vez, esperamos con sostenido deseo que esta situación no se naturalice en nuestras vidas y que el aislamiento y el distanciamiento social sean temporales, así como los cambios en las rutinas y en la cotidianeidad. Rescatamos esta frase del escritor japonés Haruki Murakami en *Kafka en la orilla* (2020) que se ajusta a estos momentos de pandemia que estamos transitando : «[...] y una vez que la tormenta termine, no recordarás cómo lo lograste, cómo sobreviviste. Ni siquiera estarás seguro de que la tormenta ha terminado realmente. Pero una cosa sí es segura, cuando salgas de esa tormenta, no serás la misma persona que entró en ella. De eso trata esta tormenta».

Después de todo este tiempo transitando nuevas formas de vivir que nos atravesaron de manera intempestiva, nos preguntamos acerca de los aprendizajes que nos dejó y los cuestionamientos que aún aparecen. Nos convoca la idea del cuidado, de la mirada sobre el otro, la otra, de la conversación y la escucha, de los gestos y las acciones que nos acercan.

Mientras tanto, y en nuestro micro espacio podemos decir que creemos en la importancia de la palabra y de las actividades que llevan a sostener acciones de cuidado y que nos permitan acceder al aún limitado contacto con “otros”, “otras”. Esto incluye el sostenimiento de la asistencia, de los espacios de docencia y de otros aprendizajes que se sumaron en estos tiempos, tales como generar y sostener redes también en función de esos cuidados de otros, otras y del propio.

En relación a esto, mencionamos aquí el espacio de esta Revista, apreciado tanto por quienes participamos voluntariamente en el Comité Editorial como por quienes publican, se apropian y difunden lo que aquí surge desde hace ya 7 años consecutivos. Desde nuestro lugar, con la principal motivación de colaborar en la difusión de producciones de la profesión a nivel nacional, latinoamericano e internacional, y tal como mencionamos en otras oportunidades: a partir de conformarnos como un espacio de difusión, participación y reconocimiento mutuo, continuando con la deconstrucción de la idea de que hay escasa bibliografía de Terapia Ocupacional argentina.

En medio de la vorágine que implica la publicación de un nuevo número de la Revista, potenciada por la época del año, el contexto social y las vicisitudes personales,

recibimos una foto con una descripción como pie: una de las revisoras de este número, mientras su hijo duerme, acompaña desde la oscuridad de la noche un escrito de algún colega, dispone voluntariamente de su tiempo y su conocimiento al servicio de otros, otras y de la disciplina. Esta imagen, para muchas de nosotras cotidiana, despierta un deseo colectivo de reconocimiento y agradecimiento profundo que queremos compartir en esta editorial.

Entre los otros, las otras y el nosotros, nosotras de la revista, contamos este año con nuevas integrantes que traen renovados y necesarios aires para el proyecto editorial y estimulan su continuidad. Además, y como siempre, destacamos la participación de quienes trabajan *detrás de escena* tal como son los y las profesionales que realizan las revisiones de los artículos, quienes constituyen una estructura imprescindible en la construcción de esta Revista Argentina de Terapia Ocupacional.

Deseamos seguir aportando a la literatura nacional de Terapia Ocupacional y creemos en la importancia de agradecer aún más en estos momentos complejos, en los cuales como profesionales estamos más demandadas, demandados y exigidas, exigidos en los diferentes campos de desempeño. Consideramos fundamental el reconocimiento a quienes destinan su tiempo de manera desinteresada para este espacio.

Presentamos aquí el contenido de este número de la Revista, con los siguientes autores:

Las colegas, **Jimena Fleites y Jimena Garriga Zucal**, en su artículo “Productos de apoyo en el ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional”, describen el proceso de intervención terapéutica en la evaluación, asesoramiento, diseño y confección, entrenamiento y seguimiento en los productos de apoyo para promover la plena participación social de los usuarios.

En el artículo “Recuperación funcional en las actividades de la vida diaria en niños y adolescentes con lesión medular durante un programa de rehabilitación”, **Ezequiel Paulenas y Silvina Montilla** presentan un trabajo de investigación sobre un grupo de niños con Lesión Medular en el que miden la recuperación motora global y de diversos subdominios motores de la Medida de Independencia Funcional en su versión pediátrica y los relacionan con la edad, el sexo y las características lesionales. Su trabajo resulta de gran valor para el campo de la clínica en pediatría, aportando evidencia sobre los resultados de sus intervenciones y planteando nuevas preguntas en el área.

Isabel Aranguren, Melania Ron, María Teresa Saenz Rozas y María Julieta Russo en su artículo “Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo: intervención en un paciente con Lesión Cerebral Adquirida” caracterizan un programa creado dentro de una institución de rehabilitación con el fin de evaluar y facilitar la reinserción laboral de personas con Lesión Cerebral Adquirida (LCA). Asimismo incluyen un caso

clínico y su evolución dentro del programa. Consideramos de enorme riqueza este artículo para poder pensar en la inclusión laboral de las personas con LCA ya desde dentro de las instituciones de rehabilitación.

En el artículo “Calidad del sueño, rutina del despertar y sobrecarga del cuidador en estudiantes de enfermería de San Carlos de Bariloche”, **Lorena Leive, Federico Juan Manuel Zorzoli y Gilda Garibotti** nos presentan los resultados de una investigación cuanti-cualitativa que caracteriza la ocupación del sueño, en este caso en el personal de salud. Es un estudio relevante que aporta desarrollo sobre una ocupación muy poco explorada y central para sostener calidad de vida y el desempeño óptimo del resto de las ocupaciones.

En “Terapia Ocupacional y Cultura. Reflexiones sobre una experiencia con artesanos tradicionales de las provincias de San Juan y Salta” **Silvia Elena Narváez** comparte algunas reflexiones sobre el hacer de artesanos tradicionales a partir de trabajos de consultoría realizados con un equipo interdisciplinario en el campo de la cultura donde la autora viene desarrollando parte importante de su ejercicio profesional. Desde la mirada como terapeuta ocupacional recomponen la valoración de los artesanos a su hacer y de las condiciones en las que desempeñan sus actividades.

Ensayo

Las autoras **Camila Baigorria, Denise Bustelo, Ana Caffera, Lucía Grondona, Florencia Itovich** en el ensayo “Aportes teóricos para repensar el abordaje de Terapia Ocupacional en salas de internación de un hospital general de agudos” reflexionan y profundizan sobre el rol de Terapia Ocupacional en el ámbito asistencial y para ello consideran el paradigma de la complejidad con una perspectiva de derechos y de interdisciplina relacionándolos con aspectos de la práctica, en un interesante desarrollo.

Conferencia

En la conferencia “Construcción del documento Estado de Posición del Rol de Terapia Ocupacional en Salud Mental (WFOT)” que fue presentada en el último Congreso Argentino de Terapia Ocupacional en el 2019, **Liliana Sbriller** realiza reflexiones críticas a partir de su participación en representación de Argentina en la construcción de un documento de posicionamiento de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional.

Daniela Cerri realiza una revisión bibliográfica titulada “Sexualidad integral: desarrollos teóricos de Terapia Ocupacional en Argentina (2006-2020)” en la que realiza un análisis de producciones nacionales, tanto publicadas como inéditas, relacionadas con la sexualidad en torno a tres ejes: Educación Sexual Integral en las escuelas, Educación Sexual Integral en

las aulas de Terapia Ocupacional y Sexualidad como Derecho Humano en las acciones de Terapia Ocupacional. La autora logra visibilizar y recuperar escritos del campo, poniéndolos en valor y entramando redes conceptuales de manera muy enriquecedora para la producción nacional.

Encontramos en la sección de reseñas la presentación de **Daniela Testa** del libro de la querida autora y colega colombiana **Lida Otilia Pérez Acevedo** cuyo título es “Ocupación

humana: de la matriz colonial hacia la construcción de saberes sociales del sur” editado en el año 2021. Este libro es producto de un importante proceso de investigación y reflexión con la mirada hacia una Terapia Ocupacional Andina ideada como dispositivo decolonial crítico y emancipador.

Invitamos a disfrutar de la lectura de este nuevo número de la Revista Argentina de Terapia Ocupacional, ahora con una visión del colectivo que trabaja *detrás de escena*. ■

Equipo editorial

Cómo citar esta editorial:

Editorial. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 3-5.

La Terapia Ocupacional y los “etcétera del cuidado”

Daniela Testa

Daniela Testa

Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Magíster en Diseño y Gestión de Programas Sociales (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). Especialista en Evaluación de Políticas Sociales y Gestión Social (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de San Martín). Terapeuta Ocupacional (Escuela Nacional de Terapia Ocupacional). Equipo de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda. Docente en Universidad Nacional Arturo Jauretche (Instituto Ciencias de la Salud) y Universidad Agustín Maza (Carrera de Terapia Ocupacional).

danitestu@yahoo.com.ar

En los inicios de la pandemia, narrativas mediáticas apelaron a figuras arquetípicas de médicos y enfermeras. No obstante el empeño de algunos sectores en propiciar aplausos sincronizados y exaltados agradecimientos a los profesionales de la salud, una vez pasado el primer cimbronazo de la entrada del virus al país, ha quedado al desnudo la humanidad de los héroes. Trabajadores de carne y hueso, más o menos abnegados o egoístas, tan vulnerables al virus como cualquiera, no permanecen ajenos al riesgo y al temor de contagiarse así como tampoco inmunes a las condiciones inestables y precarizadas que regulan el mercado sanitario.

Durante el 2020, el cierre de centros educativos terapéuticos y de rehabilitación y la suspensión de la atención domiciliar y ambulatoria afectó de modo singular el bienestar de las personas con discapacidad y sus familias, quienes asumieron mayores responsabilidades de cuidados. Para una porción de las familias las prestaciones de apoyo a personas con discapacidad y dependencia son provistas, en gran medida, por una amplia gama de cuidadores profesionales, entre los que se encuentran las y los terapeutas ocupacionales. Ofician como prestadores de obras sociales (seguridad social) y de empresas de medicina prepaga. Las adecuaciones de la asistencia al contexto de pandemia en condiciones mercantilizadas perjudicaron a este grupo de trabajadores y trabajadoras porque, entre otras cuestiones, sus servicios no fueron de inmediato reconocidos ni remunerados. Esto sucedió no sólo por las restricciones que dispuso el protocolo sanitario sino también a que son las obras sociales y las empresas de medicina privada las que tuvieron la última palabra para decidir sobre la pertinencia y la continuidad de los mismos (Argentina, Superintendencia de Servicios de Salud). Como consecuencia, beneficiarios y/o afiliados pudieron quedar expuestos a penosas demoras –o a no ser atendidos– al momento de requerir terapias, acompañamientos terapéuticos u otras formas de apoyo, que no se sabía si serían finalmente acreditados.

Si bien se trata de condiciones estructurales que no son nuevas, hemos vivenciado cómo el contexto de la pandemia acentuó la precarización, la fragmentación y las inequidades del sistema. Ciertamente, los cambiantes y ambiguos protocolos de atención y la incertidumbre económica ubicaron (y ubican) a profesionales y afiliados en una encrucijada ética que se dirime entre la necesidad y el derecho a ser atendidos, por un lado, y la defensa de los derechos laborales adquiridos, por el otro. De esa manera, los vínculos del cuidado quedaron presos en lógicas mercantiles propias de sistemas de gestión y financiamiento público-privados. Esas tensiones operaron entre los límites de la protección social y la seguridad social, entre la desigualdad y la concreción de la salud como derecho y como bien público.

A diferencia de los y las profesionales monotributistas que, durante un período vieron suspendidas sus actividades laborales a causa de las medidas sanitarias, aque-

llas y aquellos que pertenecen al subsector público de salud sostuvieron la asistencia desde el inicio de la pandemia, de manera presencial y sin interrupciones. Además, en virtud a que el marco normativo de la emergencia sanitaria (vigente al momento que escribo estas páginas) implica restricciones al goce de una cantidad de derechos adquiridos (como el descanso y otras licencias para el cuidado de hijas/os, capacitaciones, mudanza) un conjunto de terapeutas ocupacionales se vieron (y se ven) expuestas a situaciones de stress y exigencia, sumado al escaso reconocimiento material y simbólico. En ese sentido, las acciones llevadas adelante por las asociaciones y colegios profesionales, considero que han marcado posicionamientos colectivos de resistencia y emancipación.¹

En otras oportunidades escribí sobre los "etcétera del cuidado" en referencia al lugar protagónico y esencial de las mujeres durante las epidemias (Testa, 2018; 2020). Utilicé la palabra etcétera para acentuar la invisibilización y la falta de reconocimiento de innumerables tareas destinadas a sostener la vida que fueron desempeñadas por mujeres. A partir de su función materna a cargo de proteger la salud de la prole; como voluntarias en organizaciones de ayuda para enfermos y necesitados o como personal sanitario, las mujeres aportaron la materia prima fundamental de los andamiajes del cuidado. Si bien esas tareas al ser vistas como continuidades del dominio doméstico resultaron desvalorizadas y mal remuneradas, también materializaron dimensiones afectivas y éticas que fueron fundamentales, no solo durante las emergencias sanitarias, sino para posteriores abordajes de salud basados en la producción de cuidados y no solamente en el uso de tecnologías biomédicas. Un conjunto de "etcétera del cuidado" fueron núcleos que antecedieron el desarrollo de ocupaciones que luego se profesionalizaron y visibilizaron la complejidad del cuidado profesional en sus aspectos biomédicos, emocionales, sociales, económicos, culturales y políticos.

En el presente Dossier **Terapia Ocupacional y COVID** (Segunda Parte) contamos con **seis artículos** sobre debates esenciales que renuevan viejos temas y tensionan nuestros campos

1 Para conocer medidas de asociaciones y colegios en defensa de los derechos y condiciones de trabajo del colectivo profesional en contexto de pandemia, puede consultarse: Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO) Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (ATOGBA), Asociación de Terapeutas Ocupacionales de la Provincia de Buenos Aires (ATOPBA); Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Entre Ríos (COTOER), entre otras. Para conocer acciones desarrolladas desde la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales (CLATO) sobre condiciones de desigualdad e inequidad de estudiantes en la región durante la pandemia, véase: Villagra A., Rey Amaral, A., Zúñiga Bolívar, S.M., Valdelomar Marin E., Chambilla Tarqui, L.C., Cedeño, T. (2021) Aula Abierta. Una experiencia colaborativa entre profesionales y futuros profesionales de Terapia Ocupacional en Latinoamérica y el Caribe. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(1), 12-16

de saber a partir de dilemas éticos, técnicos y políticos que toman relevancia en el actual contexto de pandemia. **María Rita Martínez Antón**, una de las maestras de la Terapia Ocupacional en Argentina, nos ha honrado con un profundo y delicioso texto en el que reflexiona sobre el campo de las prácticas de las Terapias Ocupacionales en Argentina en relación con el impacto de la pandemia al momento pensar la "recuperación de una normalidad". Rescatando aportes propios y de otros autores, sondea el concepto de lo cotidiano para el estudio y el tratamiento de los efectos de la pandemia. "Nuestro trabajo con la cotidianeidad nos enseña, cada vez, que tenemos una responsabilidad en hacer visible las condiciones singulares en las que se produce y reproduce nuestra organización cultural, social y política", concluye. Y con estas palabras, nos interpela a situarnos en un lugar de enunciación e intervención que va de frente hacia lo ético y político.

Adriana Cella, sin duda otra de nuestras maestras en el campo de la salud comunitaria, comparte su mirada sobre la Terapia Ocupacional en perspectiva emancipadora. Adriana sostiene que esta perspectiva intenta ser una respuesta en el contexto argentino actual a las diversas realidades institucionales y socio comunitarias que atravesamos en el cotidiano de nuestra profesión. Interrogantes como los siguientes "¿de qué modo nos posicionamos como colectivo profesional frente a esta pandemia a casi 70 años después del surgimiento de nuestra profesión? ¿Cuánto crecimos, nos modificamos y nos dejamos atravesar por la complejidad de un contexto novedoso y cambiante y nos preparamos para otra nueva realidad?", nos conducen a pensar nuevas herramientas teóricas y metodológicas. Nos invita a imaginar nuestros horizontes a partir de una potente metáfora: constituirnos en "tejedoras de esperanzas, con saberes y certezas, con preguntas e inquietudes, intuyendo, reflexionando y transitando nuevas huellas".

Vanessa Cecilia Bressan y Ana Laura Nicodemo, realizan una sistematización de experiencias en relación al desempeño profesional de un grupo de terapeutas ocupacionales durante la pandemia por COVID-19 en Buenos Aires durante el año 2020. Las autoras realizan una reflexión historizada y se preguntan "cómo el contexto actual, podría dejar una huella que conlleve una transformación en el ejercicio profesional, tanto en la praxis como en la construcción de saberes". De cara al siglo XXI, consideran importante el impacto de la brecha digital y sus determinantes sociales en el acceso a los servicios y la consecuente inclusión en espacios de práctica social y participación comunitaria. Asimismo, destacan la relevancia de la participación de terapeutas ocupacionales en el diseño y gestión de política públicas y en el mantenimiento de la calidad de vida de las poblaciones en situaciones de crisis como la actual pandemia.

María Belén Araujo indaga sobre las modificaciones en las formas de organización del trabajo a partir de realizarse de manera remota como un requerimiento surgido durante la pandemia y cómo estas formas de trabajo pueden provocar trastornos de salud mental, incluyendo los trastornos de ansiedad y sus cuadros clínicos. La autora señala la importancia de "aportar nuestros conocimientos, experiencia e intervenciones en esta nueva realidad que nos invita a superarnos, readaptarnos una vez más y continuar avanzando en el desarrollo de nuestra profesión", como una coordinada a tener en cuenta para desarrollos futuros.

Macarena Abregú comparte una experiencia novedosa desarrollada desde el departamento de acción comunitaria de una universidad de gestión privada. A partir del proyecto Ludotena presenta una juegoteca comunitaria virtual para niños, niñas y adolescentes, de entre 5 y 13 años de edad, en barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires. El artículo expone los resultados de un estudio que recoge las percepciones de familias, voluntarios y voluntarias sobre los cambios producidos en los destinatarios a partir de la participación en la juegoteca virtual. Al concluir, la autora señala que la organización colectiva surgida a partir de llevar adelante este proyecto "logró transformar la realidad de los/as participantes en función de un horizonte de trabajo basado en el respeto y cumplimiento de los derechos". Al mismo tiempo, plantea algunas reflexiones sobre el papel de la universidad en la reconstrucción del tejido social.

Marcia Frare nos acerca importantes reflexiones que entrecruzan los efectos de la pandemia en contextos de encierro,

con la exclusión y la precarización como fenómenos presentes en los escenarios laborales. El propósito del artículo contiene, además, la clara intención de reconocer los aportes de colegas que adaptaron sus intervenciones a las difíciles realidades pandémicas. De cara a este panorama difícil e incierto, la autora nos recuerda que "nuestra profesión se gestó en situaciones de infortunio, tanto a nivel mundial como nacional" y nos alienta a tener en cuenta que "es la propia adversidad la que nos marca el camino a seguir". Por tanto, sugiere que es tan necesario el reconocimiento y la jerarquización de nuestro ejercicio profesional como develar las determinaciones que nos atraviesan.

Para finalizar, queridas lectoras y lectores, no queda más que invitarles a disfrutar y difundir este conjunto de artículos que contribuyen a extender y afianzar nuestros saberes. ■

Referencias

- Argentina, Superintendencia de Servicios de Salud. Resolución 282/2020. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227378/20200402>. Acceso: 25 de mayo de 2020.
- Testa, Daniela (2020) Quando o essencial se faz visível: reflexões sobre a pandemia de Covid19 na Argentina. *Temáticas*, Campinas, v. 28, n. 55, p. 301-313.
- Testa, Daniela (2018) *Del alcanfor a la vacuna Sabin: La polio en Argentina*. Biblos.

Cómo citar este artículo:

Testa, D. (2021) La Terapia Ocupacional y los "etcétera del cuidado". *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 6-8.

La cotidianidad en la pandemia. Reflexiones para la práctica

Everyday life in the pandemic. Reflections for practice

María Rita Martínez Antón

María Rita Martínez Antón

Terapeuta Ocupacional Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Lic. en Psicología, UBA. Psicoanalista. Fue docente titular de las asignaturas Introducción a Terapia Ocupacional y Análisis de la Actividad II, en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional y Coordinadora Docente de la asignatura Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional I, en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Participó en un proyecto de investigación sobre psicoanálisis y psicosis social, dirigido por Raúl Courel (UBACyT- P027), trabajando el concepto de locura, su tratamiento en el psicoanálisis y en los discursos jurídico, psiquiátrico y de los derechos humanos.

ritamartinezanton@gmail.com

Resumen

El artículo plantea algunas reflexiones para el campo de prácticas de las terapias ocupacionales en Argentina en relación con el impacto de la pandemia de la COVID-19, en el momento en que la mejora de los indicadores epidemiológicos, que aparecen relacionados con los efectos de la inmunización de la población, permite lo que se ha dado en llamar recuperación de una normalidad. Se considera la importancia del concepto de lo cotidiano en nuestras prácticas para el estudio y el tratamiento de los efectos de la pandemia.

Palabras clave: Pandemia, determinantes sociales de la salud, vida cotidiana, cuidadores.

Abstract

The article presents some reflections for the field of practice of occupational therapies in Argentina in relation to the impact of the COVID-19 pandemic, at a time when the improvement of epidemiological indicators, which are related to the effects of immunization on the population, allows what has been called a return to normality. The importance of the concept of everyday life in our practices for the study and treatment of the effects of the pandemic is considered.

Key words: Pandemic, social determinants of health, everyday life, caregivers.

Enfrentando una pandemia

El inicio de 2020 nos sorprendía en Argentina, como en el resto del mundo, con las primeras noticias de casos de una enfermedad desconocida, producida por un nuevo coronavirus, en la zona de Wuhan, en China (Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020a). El 30 de enero, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote como emergencia de salud pública de interés internacional¹ (OPS/OMS, 2020b). Recién a mediados de ese mes, la OMS anunciaba el nombre de la nueva enfermedad: COVID-19 (OPS/OMS, 2020b). En febrero, el director general del organismo advertía contra la *infodemia* de rumores, falsas noticias y desinformación, que obstaculizaba “las medidas de contención del brote, propagando pánico y confusión de forma innecesaria y generando división en un momento en el que necesitamos ser solidarios y colaborar para salvar vidas y para poner fin a esta crisis sanitaria” (Adhanom Ghebreyesus y Ng, 2020). El 3 de marzo, se confirmaba en nuestro país el primer caso, el de un compatriota que había viajado a Europa (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2020), y el 7 del mismo mes se anunciaba, en la Ciudad de Buenos Aires, la primera muerte por la enfermedad, que fue el primer deceso por el virus en un país de América Latina. El 11 de marzo, la OMS declaraba la pandemia (OMS, 2020). Nueve días más tarde, se establecía a nivel nacional el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) (Decreto 297/20), la forma que se le dio aquí a las medidas de aislamiento social, recomendadas por los expertos sanitarios en el mundo –no sin debates– como el modo de intentar controlar la expansión de los contagios y el colapso de los sistemas de salud –que llegó a producirse en muchos lugares del mundo.

El virus, que nos enfermaba mortalmente de un modo desconocido, se expandía con una rapidez difícil de creer, y lo hacía en particular por los logros de nuestra enorme y veloz interconexión e interdependencia mundial. Nuestro mundo, que estamos acostumbrados a pensar en términos laudatorios como mucho mayor y ampliado que el de nuestros antecesores por las posibilidades tecnológicas que nos permiten conectarnos con velocidad y estrecho y asfixiante: el virus llegaba a todos los rincones de la Tierra, aun los más remotos, con una rapidez inusitada e imparable. El virus se trasladaba a la velocidad del flujo de viajeros y mercancías.

No había lugar donde refugiarse y las conductas renegatorias no podían disimular que todos resultábamos afectados. Proliferaban notas periodísticas sobre los “grupos vulnerables” (Agencia AFP, 2020), mientras se sucedían episodios de discriminación hacia personas de origen chino, trabajadores de salud y otros considerados “esenciales”, contagiados y niños

(Santoro, 2020; INADI, 2020; Agencia Télam, 2020). La afectación de derechos de las personas por atravesar un problema de salud, y de profesionales, trabajadores y equipos de salud que se vinculan o realizan abordajes e intervenciones con personas o colectivos discriminados, entre otras, están identificadas entre las prácticas sociales discriminatorias que aparecen en relación con situaciones relacionadas al campo de la salud. Muchas de esas prácticas –presentes, en especial, al comienzo de la pandemia– reprodujeron las ya vividas, en tiempos no tan lejanos, en relación con la epidemia de VIH (Instituto contra la discriminación, la xenofobia y el racismo (INADI, 2020).

En los términos de Álvaro García Linera: “El mundo está entrelazado. Hoy, el mundo es producto del mismo mundo y ningún país puede quedar ya al margen de esta obra colectiva.” (2020, p. 231). La irrupción de la pandemia nos mostró, con evidencia aplastante y en pocos días, con una velocidad vertiginosa, lo que veníamos viviendo hace mucho tiempo –algunos desde toda su vida– pero sin hacer una real experiencia de ello.

La pandemia hizo estallar el tiempo de Kronos, la continuidad de pasado, presente y futuro de nuestro mundo. Abrió un abismo en la continuidad de nuestro cotidiano. Para aquellos cuyo sustento no se veía amenazado en lo inmediato por las medidas sanitarias de restricción de la movilidad, inauguró incluso, en un comienzo, el tiempo del Aión, el tiempo del deseo y lo placentero. Fue así como algunos de ellos aprovecharon las primeras semanas de aislamiento para leer, escuchar música, ver películas, y como solidariamente muchos compartieron en las redes libros, enlaces de películas clásicas, juegos, etcétera. Para las mayorías, sin embargo, para todos quienes deben asegurarse su sustento día a día sin certidumbre alguna, y todos aquellos otros que tienen asegurado un trabajo considerado “esencial” para el funcionamiento social, no llegó ese tiempo del Aión. La pandemia hizo evidente, además, sobre todo en un primer momento, la experiencia de Kairós, de la oportunidad. Resultó significativa, en ese primer impacto de lo desconocido que desarmaba a nuestro mundo, la aparición de la esperanza, para muchos, de que la crisis desembocaría en un mundo más solidario. Las tensiones y luchas que rápidamente se presentaron desmintieron esa expectativa, dejando en evidencia que, como es habitual en la historia, prevalecieron las fuerzas de ese Kairós como oportunidad, para algunos, de ganar terreno para sus propios intereses, aun a costa del sufrimiento y la muerte de muchos –incluso de millones (Benassi *et al.*, 2016). Sin embargo, no podemos despreciar que muchos hicieron, hicimos, hacemos de esta incertidumbre la oportunidad de experiencias de encuentros, de creación, de invento. Como toda crisis, también ha desembocado para muchos en la prisa de un momento de concluir, de un momento de resolución con respecto a lo que se venía elaborando.

La pandemia presentó, con mayor claridad que nunca, que ese mundo en el que vivimos, ese mundo cotidiano, que sos-

1 Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (COVID-19). 14 de febrero de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020.

tenemos con nuestras actividades, no existe sin ellas. De esto, sin embargo, tenemos todavía una percepción imprecisa, borrosa. Hacer de esto una experiencia precisa de un espacio-tiempo de elaboración que es probable que no lleguemos a darnos.

¿Podremos sobrevivir? La cuestión más necesaria por formularse es, más precisamente, qué de nosotros y de nuestro mundo sobrevivirá a la pandemia. En este momento, en el que la “recuperación” de un mayor nivel de actividad puede darnos la sensación de un regreso al mundo que conocíamos, la pregunta por las características de nuestras cotidianidades postpandemia es fundamental, porque ese mundo ya no existe.

La pandemia ha desplegado un escenario en el que, como es cada vez más habitual en nuestra época de crisis de hegemonías, se exhibió a cielo abierto que cada espacio de nuestras cotidianidades es un campo de tensiones sociales permanentes. El despliegue de disputas de sentido, en todos los países, ante cada medida gubernamental para el enfrentamiento de la crisis sanitaria, fue resumido en una supuesta disyuntiva entre salud y economía. En nuestro país, como en muchos otros, fueron comunes las atribuciones de los efectos perjudiciales sobre la actividad económica a las medidas de protección sanitaria en vez de a la pandemia.

Desde el enfoque de determinantes sociales de la salud², es indudable que el estado de salud de la población es inseparable de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. Las crisis económicas afectan la salud por su impacto negativo sobre la vida cotidiana, las condiciones laborales y sociales. De la misma manera, un acontecimiento sanitario como la expansión de una enfermedad contagiosa y mortal, afecta las condiciones socioeconómicas (Muñoz y Amoretti, 2021, p. 197-198). Uno de los argumentos que se esgrimió en contra de las medidas de confinamiento sostenía que no se podía detener la marcha de la actividad económica por una enfermedad cuya letalidad afectaba principalmente a las personas de edad avanzada. Como señaló Vicenç Navarro: “Consideran, pues, que tales muertes significan un coste relativamente menor y asumible (pues la mayoría de la población no queda afectada), coste que, además, es necesario para salvar la economía” (2020).

La atención de la pandemia y la centralidad de las actividades de cuidado

La calidad de la atención sanitaria está estrechamente relacionada con la calidad del empleo y las condiciones y medio ambiente de trabajo de los trabajadores de la salud, cuyo tra-

2 La 65.ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció “la necesidad de proteger la salud de la población con independencia de las crisis económicas mundiales”. (World Health Assembly, 2012)

bajo está comprendido entre las ocupaciones del cuidado. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que lo que llama el trabajo decente³ es esencial para que los trabajadores de la salud garanticen una prestación de atención de salud de calidad. Los empleos de mala calidad para trabajadores del cuidado se relacionan con cuidados de baja calidad, en detrimento del bienestar tanto de quienes reciben los cuidados como de quienes los prestan (OIT, 2019, p. xxxviii).

La pandemia incrementó en forma inaudita las exigencias de las actividades de cuidados, tanto remuneradas como no remuneradas. Las principales ocupaciones relacionadas con las actividades de cuidados directos (docentes, profesionales de la salud, trabajadores sociales, cuidadores, entre otros) como las relativas a los cuidados indirectos (trabajadores de la gastronomía, limpieza, etc.) están entre las que, de diversos modos, soportaron desde el inicio las mayores demandas de adaptación a la exposición al riesgo y a las condiciones de trabajo impuestas por las medidas extraordinarias de protección personal. Estas exigencias se agregaron a las condiciones de trabajo previas, que son precarias en la mayoría de estas actividades⁴.

Estas actividades de cuidados son llevadas a cabo, en forma predominante, por mujeres y en forma no remunerada. En el mundo, las mujeres cargan el mayor peso del trabajo de cuidados no remunerado –el 76,2% del total de horas dedicadas al mismo–. En ningún país, la prestación de cuidados no remunerada es igualitaria entre hombres y mujeres. (OIT, 2019, p. xix-xx). La obligatoriedad del confinamiento reveló, a la vez que reprodujo, de forma inédita, la exigencia hacia las mujeres para combinar trabajo remunerado y no remunerado. Las múltiples tareas que cumplían sucesivamente en su día a día, debieron pasar a realizarlas en forma simultánea (Batthyány, 2021, p. 13).

En Argentina, las mujeres constituyen el 70 por ciento del empleo en el sector de la salud y son mayoría en prácticamente todas las ocupaciones del sector, con un porcentaje significativamente mayor en las ocupaciones técnicas (enfermeras, parteras, etc.), las profesiones vinculadas a la gestión administra-

3 Es interesante seguir los cuestionamientos a este concepto de ‘trabajo decente’. Eso excede los límites de este artículo. Incluimos aquí, a modo de muestra, un artículo de investigadores argentinos que diferencia esta noción de la de ‘trabajo digno’ (Ghiotto & Pascual, 2010).

4 De acuerdo con la Oficina Internacional del Trabajo (OIT): “El trabajo de cuidados consiste en dos tipos de actividades superpuestas: las *actividades de cuidado directo, personal y relacional*, como dar de comer a un bebé o cuidar de un cónyuge enfermo, y las *actividades de cuidado indirecto*, como cocinar y limpiar.” Estos cuidados, a la vez, pueden ser prestados de manera remunerada o no remunerada. En ambos casos, son considerados dimensiones fundamentales del mundo del trabajo. La mayoría del trabajo de cuidado es realizado por cuidadores no remunerados, fundamentalmente mujeres y niñas de grupos sociales vulnerados. (OIT, 2019, p. xxviii)

tiva y en los servicios de limpieza y gastronomía. La atención sanitaria en la pandemia implica para el personal de salud, como toda situación de emergencia, jornadas de trabajo más largas, con mayor volumen de trabajo y en condiciones irregulares y atípicas. En el caso de las trabajadoras, se produjo un mayor incremento de la carga de trabajo de cuidados, ya que el cierre de escuelas, guarderías y otros centros de cuidados y la suspensión de las tareas del personal de casas particulares aumentó sustancialmente el tiempo dedicado a diario a este tipo de trabajo no remunerado. Esta situación se agravó en el caso de quienes son jefas de hogar y únicas responsables del cuidado familiar –que alcanzan el 48% de las trabajadoras sanitarias, frente al 41% del resto de las trabajadoras (East *et al.*, 2020).

La Terapia Ocupacional, entre las actividades de cuidado en la pandemia

La Terapia Ocupacional no sólo tiene que ver con las relaciones sociales, sino que es producto de ellas, como toda praxis. Considerarla por fuera de sus condiciones efectivas de realización no sólo empobrece nuestras producciones, sino que afecta nuestra propia calidad de vida, porque nos aliena de nuestras prácticas

En la pandemia, los terapeutas ocupacionales, con una disciplina que tanto nos concentra en la constitución y el sostén de la cotidianidad, nos topamos, de golpe, y al mismo tiempo que todos los demás en el mundo, con que un invisible desarma cada cotidiano, el de todos y cada uno, en unos pocos días.

Quienes siempre nos hemos encargado de acompañar el enfrentamiento a lo disruptivo, a lo inesperado que quiebra el mundo conocido, desarma las seguridades y empaña el espejo en el que cada uno, y cada comunidad se reconoce, haciéndonos tambalear, nos encontramos esta vez tan afectados como todos los otros en el mundo –resulta prácticamente impensable–, y al mismo tiempo.

Las praxis de la Terapia Ocupacional, en su mayoría, sufrieron el impacto de las medidas de contención de la COVID-19. Las condiciones habituales de realización de las terapias ocupacionales –presenciales, de cercanía (incluso con contacto corporal), frecuentemente en contextos precarios en cuanto a condiciones y medio ambiente de trabajo– no resultaban fácilmente adaptables, por ejemplo, a las exigencias de distancia física y utilización de equipos de protección personal –que muchas veces nos volvían irreconocibles–, dificultaban la comunicación hablada, etc.

Gran parte de las poblaciones que demandan nuestras prestaciones estuvieron entre las más afectadas, tanto por estar incluidos en los grupos con mayor riesgo como por resultar más concernidos por las medidas de control de la expansión

de la enfermedad: adultos mayores, personas con comorbilidades de riesgo y/o en contexto de internación, niños, comunidades con condiciones de vida vulnerables –en especial, hacinamiento, deficiencia de servicios sanitarios y obtención de ingresos por actividades informales.

La reconfiguración e invención de nuevos modos de sostener la atención –por ejemplo, a distancia, con el auxilio de tecnologías de comunicación digital– requirió un enorme esfuerzo de adaptación de todos los involucrados. Pero, además, ha implicado, en muchos casos, una transferencia de costos desde los contratantes de los servicios de personal de salud hacia los trabajadores –que sostienen la provisión de los dispositivos y las conexiones a internet, u otros recursos necesarios para su función.

Además, como la mayoría de las profesiones de salud, la Terapia Ocupacional está altamente feminizada. Siendo la población femenina, como vimos, la que sostiene la mayor carga de las actividades de cuidado, las terapeutas ocupacionales estamos entre los trabajadores más exigidos por la crisis sanitaria, por tener a nuestro cargo, a la vez, actividades de cuidado remuneradas y no remuneradas.

En todos nuestros ámbitos de trabajo se nos presentaron y se nos presentan situaciones que nos plantean fuertes interpelaciones éticas. Más que nunca, muchas personas, que requieren nuestros tratamientos y otros para la preservación de su salud, han quedado sin atención, más allá de nuestros esfuerzos para continuar los tratamientos iniciados, comenzar los necesarios y/o desarrollar nuevas condiciones de posibilidad. En nuestro sistema de salud en Argentina, caracterizado desde hace mucho por la fragmentación y la segmentación y, como otros en esta etapa de neoliberalismo, por una desigualdad creciente en el acceso a los servicios (Gollán, *et al.*, 2021), muchos prestadores privados suspendieron su atención incluso durante meses y los hospitales y otros prestadores públicos, sumaron a su fragilidad el estrés lógico de la atención de una pandemia. Esto, agregado a las restricciones de la movilidad, dejó amplios sectores de la población sin el acceso al cuidado de su salud, más allá de lo específico de la atención de la COVID-19.

El impacto de la pandemia, en términos de los efectos del agotamiento del personal de salud en su propio bienestar y en la capacidad para continuar sosteniendo los sistemas de atención, está aún por ser evaluado. Puede observarse, sin embargo, que muchos trabajadores sanitarios ya han dejado vacantes algunos de los puestos de trabajo más exigidos en este contexto (por jubilaciones anticipadas, renuncias, cambios de empleo y otros). En los casos de actividades críticas –como enfermería– o de instituciones o sistemas que estaban funcionando con planteles insuficientes desde antes de la llegada de la pandemia, las consecuencias en cuanto a mayor

carga laboral para quienes continúan trabajando y atención de menor calidad a la población están siendo evidentes en muchos ámbitos. Otras situaciones se van instalando con mayor gradualidad y sus efectos se evidenciarán en el futuro.

Para preservar una atención de salud de calidad, es imprescindible un marco coherente de políticas públicas muy activas, tanto para la ponderación de estos efectos como para la implementación de mejoras en la calidad de las condiciones de trabajo para el personal sanitario (East *et al.*, 2020, p. 32-33).

La potencia del concepto de lo cotidiano

Cualquier perspectiva crítica requiere revisar las categorías provistas por las lógicas instituidas para considerar los problemas. Modificar esas categorías permite aportar nuevas soluciones, en primer lugar, porque el cambio de lógica replantea el problema.

Para quienes participamos en el campo de la Terapia Ocupacional desde la llamada tradición social, es decir, que consideramos central a nuestra praxis alguna noción de sujeto-subjetividad, que entendemos lo social como resultante del establecimiento de lazos, de tensiones entre discursos y prácticas diversas –no simplemente como un orden prefijado en el que insertarse–, y entendemos consecuentemente los tratamientos en relación con la ocasión del acontecimiento, de lo no calculable de antemano (Bottinelli *et al.*, 2016), las praxis de las Terapias Ocupacionales, desde estas perspectivas críticas, nos convocan a la escucha, el diálogo, la articulación social para la construcción de proyectos terapéuticos y de vida con quienes necesitan o reclaman cuidado, apoyo, una vida digna, participación social y acceso a derechos (Galheigo, 2020).

El concepto de lo cotidiano es uno de los que ha ganado fuerza en las Terapias Ocupacionales críticas “desde el sur”. De lo cotidiano, la cotidianidad, se puede decir como de la geografía: “es un espacio de significaciones y, por lo tanto, de lucha, de interpretaciones sociales que se disputan no solo la manera dominante de imaginar el territorio, sino, además, de ocuparlo, de usarlo y de ubicarse históricamente en él” (García Linera, 2020, pág. 11).

Como señala Sandra Galheigo, los estudios sobre lo cotidiano consideran que las escenas del día a día testimonian un espacio-tiempo moldeado por la cultura, las historias de vida y las relaciones sociales (2020). Para esta autora, lo cotidiano es ese espacio-tiempo en el que un sujeto –individual o colectivo– accede a oportunidades y recursos, enfrenta adversidades y límites, decide, resiste e inventa modos de ser, estar, vivir y hacer (2020, p. 15).

Si, como lo sostuve hace ya muchos años, consideramos que las actividades son los artificios con los que sostenemos nues-

tro mundo (Martínez Antón, 1999), lo cotidiano es el nombre de ese mundo que mantenemos día a día con nuestros artefactos, el nombre de ese alojamiento imprescindible para nuestra existencia.

La singularidad del campo de las Terapias Ocupacionales, que considero centrado en la creación y el sostén de dispositivos para ofertar experiencias en relación con el hacer, está en su conceptualización e intervención en lo cotidiano en relación con los constructos de salud-enfermedad.

Pensar la pandemia desde el concepto de lo cotidiano

La complejidad de lo cotidiano se multiplica exponencialmente con la complejidad de una pandemia de alcances hasta hoy inimaginables. Poder pensar(nos) en estas complejidades requiere de recorridos por espacios-tiempos que requerirán muchos escritos y debates, como los que se proponen desde este Dossier.

La pandemia de la COVID-19, y las medidas de restricción de la movilidad por razones sanitarias, alcanzaron una generalidad y amplitud mundial inéditas, con una consecuente afectación de nuestras actividades cuyo impacto requiere aún de tiempo para poder ser ponderado en la profundidad y particularidad de sus efectos.

En 2016, colegas de las Terapias Ocupacionales desde el sur señalaban que: “Los desafíos contemporáneos para la Terapia Ocupacional nos obligan a problematizar el papel que nos compete en los escenarios económicos, políticos, culturales y sociales en los cuales estamos ejerciendo nuestras prácticas”. La transformación brutal de estos escenarios por la irrupción de la pandemia hace aún más urgente y delicada esa exigencia (Simó Algado *et al.*, 2016).

Si “lo que llamamos ocupación no es otra cosa que praxis social, actividad humana como proceso transformativo, en los contextos y en los lugares donde se sucede” (Simó Algado, *et al.*, 2016, p. 526), entonces se trata de que cualquiera de nuestras praxis, aun cuando no pretendamos sino el sostén y reproducción de lo ya existente, está transformando el mundo en el que vivimos. El impacto ecológico de nuestras actividades es una prueba de ello. La ética en juego es la de hacernos cargo de las transformaciones producidas por nuestras prácticas, siempre necesariamente sociales, históricas y situadas (Rodríguez Torres y Blanco Gómez, 2016, p. 260-261).

En tiempos de pandemia, colegas se preguntaban en Colombia “¿Cómo asumimos desde la Terapia Ocupacional el compromiso político de documentar y sistematizar nuestras prácticas locales para hacerlas visibles en el contexto global?” (Ramírez Osorio *et al.*, 2020). Nuestro trabajo con la cotidianidad nos enseña, cada vez, que tenemos una responsabilidad en hacer visible las condiciones singulares en las que se produce y reproduce nuestra organización cultural, social y política para cada

uno y cada comunidad que nos convoca a acompañarlos en algún tramo de su hacer con su vida del día a día.

La pandemia, con su amenaza para la vida de todos y cada uno, requiere de elaboraciones para dejar sus huellas como experiencia colectiva. Las versiones con las que se enlacen sentidos en relación con las incertidumbres, los desarreglos, los desconciertos y las tristezas de estos tiempos reconocerán o condenarán al olvido a cada evento (Ramacciotti y Testa, 2021), y habilitarán o no lugares para que cada uno de nosotros tramite sus marcas. ■

[Recibido: 24/12/20 - Aprobado 27/04/21]

Referencias

- Adhanom Ghebreyesus, T., y Ng, A. (18 de Febrero de 2020). Desinformación frente a medicina: hagamos frente a la 'infodemia'. *El País*. https://elpais.com/sociedad/2020/02/18/actualidad/1582053544_191857.html
- Batthyány, K. (2021). *Políticas del cuidado*. CLACSO - Casa Abierta al Tiempo.
- Benassi, J., Fraile, E., Nabergoi, M., & Ujnovsky, N. (2016). Procesos del hacer. Aspectos temporales de la actividad humana. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Olicer, S. M. Galheigo, & S. García-Ruiz, *Terapias ocupacionales desde el sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*, 113-127. USACH.
- Bottinelli, M. M., Nabergoi, M., Albino, A., & Benassi, J. (2016). ¿Por qué pensar epistemología en Terapia Ocupacional?. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S. M. Galheigo, & S. García-Ruiz, *Terapias ocupacionales desde el sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*, 97-111. USACH.
- Agencia AFP (10 de Octubre de 2020). Alarma mundial ¿A quiénes mata el nuevo coronavirus?. *Clarín*. https://www.clarin.com/mundo/-mata-nuevo-coronavirus-_0_b4xwQw1w.html
- Agencia TÉLAM (28 de mayo de 2020) Habrá multas de hasta \$17.000 por escraches al personal de la salud. *Télam digital*. <https://www.telam.com.ar/notas/202005/469413-legislatura-portena-multas-discriminar-personal-salud.html>
- Decreto 297 de 2020. Aislamiento social, preventivo y obligatorio. 19 de marzo de 2020. DNU-2020-297-APN-PTE
- East, S., Laurence, T., & López Mourelo, E. (2020). COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. OIT ARGENTINA, ONU MUJERES ARGENTINA y UNFPA ARGENTINA. [ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_754614.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_754614.pdf)
- Galheigo, S. (2020). Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teórico-conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(1), 5-25. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2590>
- García Linera, Á. (2020). *¿Qué es una revolución? y otros ensayos reunidos*. CLACSO, Prometeo.
- Ghiotto, L., & Pascual, R. (Junio de 2010). Trabajo decente versus trabajo digno: acerca de una nueva concepción del trabajo. *Herramienta*, 44. <https://biblat.unam.mx/hevila/HerramientaBuenosAires/2010/no44/12.pdf>
- Gollán, D., Kreplak, N., y García, E. (2021). *La salud sí tiene precio*. Siglo XXI Editores.
- Instituto contra la discriminación, la xenofobia y el racismo (9 de abril de 2020). *Aumentaron un 40% las consultas diarias en INADI por discriminación relacionada con el coronavirus*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/aumentaron-un-40-las-consultas-diarias-en-inadi-por-discriminacion-relacionada-con-elDiscriminacion-y-coronavirus>. Buenos Aires.
- Martínez Antón, R. (1999). La actividad y la ocupación. *Materia Prima*, 4(14), 9-14.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (3 de Marzo de 2020). *Salud confirma el primer caso de coronavirus en el país*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-el-pais>
- Muñoz, L., y Amoretti, L. T. (2021). Derrumbando mitos en tiempos de pandemia. La economía política de la salud en debate. En D. Gollán, N. Kreplak, & E. García, *La salud sí tiene precio*, 193-213. Siglo XXI Editores.
- Navarro, V. (16 de Abril de 2020). La falsa dicotomía entre mantener la salud o salvar la economía. *Público*. <https://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2020/04/16/la-falsa-dicotomia-entre-mantener-la-salud-o-salvar-la-economia/>
- Oficina Internacional del Trabajo (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. <https://www.ilo.org/global/topics/care-economy/care-for-fow/lang--es/index.htm>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (16 de enero de 2020a). *Alerta epidemiológica: Nuevo coronavirus (nCoV)*. <https://www.paho.org/es/node/65119>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (14 de febrero de 2020b). *Actualización epidemiológica: Nuevo coronavirus (COVID-19)*. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-nuevo-coronavirus-covid-19-14-febrero-2020>
- Organización Mundial de la Salud (11 de Marzo de 2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Ramacciotti, K.I., & Testa, D.E. (2021). Memoria y olvido de una epidemia. Poliomiélitis y COVID-19 en Argentina. *Anales de la Educación Común*, 2(12), 62-75.
- Ramírez-Osorio, D. M., Jiménez-Moreno, N. A., Navas, A., & González, M. (2020). Desafíos y acciones de Terapia Ocupacional en salud mental. *Revista Ocupación Humana*, 20(2), 3-9. doi:<https://doi.org/10.25214/25907816.1070>
- Rodríguez Torres, V., y Blanco Gómez, G. (2016). Hacia una Terapia Ocupacional liberadora. El devenir de la práctica en Venezuela. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S. M. Galheigo, & S. García-Ruiz, *Terapias ocupacionales desde el sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*, 245-261. USACH.

Santoro S. (6 de abril de 2020) Coronavirus y acoso: violencia contra contagiados y profesionales de la salud. *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/257781-coronavirus-y-acoso-violencia-contra-contagiados-y-profesion>

Simó Algado, S., Guajardo Córdoba, A., Corrêa Oliver, F., Galheigo, S. M., & García-Ruiz, S. (2016). Prólogo a posteriori. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S. M. Galheigo, & S. Gar-

cía-Ruiz, *Terapias ocupacionales desde el sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*, 523-528. USACH.

World Health Assembly. (26 de Mayo de 2012). *WHA65.8 Outcome of the World Health Conference on Social Determinants of Health*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9356:2014-health-all-policies-resources&Itemid=40173&lang=es

Cómo citar este artículo:

Martínez Antón, M.R. (2021). La cotidianeidad en la pandemia. Reflexiones para la práctica. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 9-15..

Terapia Ocupacional comunitaria en perspectiva emancipatoria. Reflexiones en tiempo de pandemia

Community Occupational Therapy in emancipatory perspective. Reflections in times of pandemic

Adriana María Cella

Terapeuta Ocupacional egresada de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Psicomotricista egresada de la Asociación Argentina de Psicomotricidad. Docente en la Especialización de Terapia Ocupacional Comunitaria de la Universidad Nacional de Quilmes. Docente de Teoría y Técnicas de Terapia Ocupacional y de Práctica Profesional en Universidad Nacional de Villa María.

adricella@hotmail.com

Adriana María Cella

Resumen

Terapia Ocupacional en perspectiva emancipatoria intenta ser una respuesta en el contexto argentino actual a las diversas realidades institucionales y socio comunitarias que atravesamos en el cotidiano de nuestra profesión. Nacimos como tal, fruto de la pandemia de la poliomielitis y actualmente padecemos otra y surgen imperativos éticos: ¿de qué modo nos posicionamos como colectivo profesional frente a esta pandemia a casi 70 años después del surgimiento de nuestra profesión? ¿Cuánto crecimos, nos modificamos y nos dejamos atravesar por la complejidad de un contexto novedoso y cambiante y nos preparamos para **otra nueva realidad**? Es necesario, pensar herramientas teóricas y metodológicas que nos permitan hacer este recorrido y desde ahí construir nuevos fundamentos de la profesión. Nos proponemos revisar los impactos de estos sucesos: ausencias y presencias de atención terapéutica ocupacional, el cotidiano de los pacientes/personas, las familias y sus contextos. Frente a la irrupción de la enfermedad todo este acontecer se constituye en memoria colectiva de lo lejano y lo actual. Para que haya proceso terapéutico, tiene que haber **recuperación** del ser humano, en su dignidad, en su cultura, en su medio ambiente, con su historia, sus capacidades, sus saberes, vivencias, experiencias y conexiones con necesidades e intereses. El sentido liberador / emancipador de nuestra profesión implica un fuerte compromiso con el desarrollo de las capacidades de las personas con una mirada crítica sobre sus realidades complejas y controvertidas, constituyéndonos en tejedoras de esperanzas con saberes y certezas, con preguntas e inquietudes, intuyendo, reflexionando y transitando nuevas huellas.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, comunidad, territorio, pandemia.

Abstract

Occupational Therapy from an emancipatory perspective tries to be a response in the current Argentine context, to the diverse institutional and socio-community realities that we go through in the daily life of our profession.

*We were born as a profession as the result of a pandemic and now we are going through another one from where ethical imperatives arise: How do we position ourselves as a professional group in the face of this pandemic, almost 70 years after the emergence of our profession? Where do we lay the foundations of our positions, scopes, and incumbencies of our professional exercise today, in 2020? How much did we grow, change, and let ourselves be traversed by the complexity of new realities and prepare for this **another new reality**? Impacts of these events: absences and presences of occupational therapeutic assistance, historical evolution, the daily life of **patients / people**, families and their contexts in the face of the onset of the disease, collective memory of a distant and a current event. All this journey connects us with the profession and gives **foundations** to our actions. We know that for a therapeutic process to exist, there must be a **recovery** of the human*

being, in his dignity, in his culture, in his environment, with his history, his capacities, his knowledge, experiences, experiences in close connection to his needs and interests. Giving our professional work a liberating / emancipatory sense implies a strong commitment to the development of people's capacities, critically observing their complex and controversial realities until achieving alternative forms of social organization, with new meanings of what the public is. We become weavers of hopes, with knowledge and certainties, with questions and concerns, intuiting, reflecting, and traveling on new tracks.

Key words: Community Occupational, Therapy, Contexts, Territoriality, Emancipation.

Introducción

Fundamentos de la Terapia Ocupacional comunitaria

La revisión sobre el comienzo de la Terapia Ocupacional nos ubica en la década del 50 del siglo XX. Nacimos como profesión, fruto de una pandemia y ahora estamos atravesando otra y surgen imperativos éticos: ¿De qué modo nos posicionamos como colectivo profesional frente a esta pandemia a casi 70 años después del surgimiento de nuestra profesión? ¿Cómo fundamentamos posiciones, alcances e incumbencias de nuestro ejercicio profesional hoy? ¿Cuánto crecimos, nos modificamos y nos dejamos atravesar por la complejidad de un contexto novedoso y cambiante y nos preparamos para una **nueva realidad**? En poco tiempo aquello que no creíamos posible como una epidemia a nivel mundial, el aislamiento como modo de cuidado y prevención, limitación de los intercambios cara a cara, aconteció y sigue sucediendo.

Todo ese trayecto nos conecta con la profesión y da fundamentos a nuestro accionar. Plantean Arango *et al.*, (2018):

Al considerar la herencia del paradigma positivista y el modelo biomédico que ha inspirado el conocimiento y hacer de la Terapia Ocupacional alrededor de la rehabilitación, se plantea que parte de los desafíos involucran concebir la salud como algo más que el opuesto de enfermedad; estudiar y comprender el desempeño ocupacional de todos los seres humanos, no solo de aquellos con discapacidad en procesos de rehabilitación; posicionar la ocupación como determinante fundamental de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, tanto en individuos como en poblaciones sanas; participar de la formulación e implementación de políticas y programas de salud, y comprender la influencia que tiene la organización económica, política y social de la sociedad sobre el quehacer humano. Estas deudas pendientes se corresponden con oportunidades de una comunidad receptiva, dispuesta a crecer día a día para consolidarse socialmente. (p. 375-383)

Vamos descubriendo que nos **hacemos** con los otros, habitándonos mutuamente: con-vivimos entre nosotros, en y con la naturaleza y estamos profesionalmente frente al desafío de salir distintos de esta pandemia.

Tal vez, las nuevas prácticas durante el aislamiento, más la adecuada coherencia de una fundamentación teórica, haga traslucir o transparentar acciones y transformaciones que muestren opciones éticas en procesos personales, grupales y sociales de producción o re producción de una verdadera construcción humana, sobre las realidades cotidianas, generando mayor autonomía en contextos de exclusiones, desigualdades, discriminaciones y estigmas varios.

Sabemos que para que haya proceso terapéutico, tiene que haber **recuperación** del ser humano, en su dignidad, en su cultura, en su medio ambiente, con su historia, sus capacidades, sus saberes, vivencias, experiencias y conexiones con sus necesidades e intereses. En este reconocimiento de todas y todos como seres sociales las/os terapeutas no vamos a **salvar, cambiar, ni concientizar** a las personas.

En los últimos trabajos he repetido la idea de afirmar, reconocer y recuperar huellas, historias, identidades, trayectos colectivos y escenarios de ocupaciones sociales desde una impronta interdisciplinaria y transdisciplinaria. Es decir, deconstruir, construir y reconstruir nuevas maneras de relación de ese sujeto individual y social y de su relación con el mundo cotidiano, sabiendo que es esa persona, ese grupo, esa comunidad, quienes gestan sus cambios y quienes construyen o reconstruyen su identidad, su autoestima y la recuperación de sus derechos.

Las palabras y las acciones nos habitan. Las huellas nos marcan y nosotros marcamos huellas en nuestro camino a través del ejercicio profesional. Nos percibimos vulnerables y limitados.

Dice Alejandro Guajardo (2012): “Somos un siendo, en permanente movimiento. Somos, la ocupación como movimiento” (p. 25).

El acompañamiento de propuestas ocupacionales en este sentido implica pensar, desear, transformar identidades propias y sociales que hacen a la tarea de articular lo personal con lo colectivo para evitar que en otros escenarios se den manipulaciones y fragmentaciones, allí donde el poder no se redistribuye visualizamos trasfondos dominadores y excluyentes.

¿Cómo actuar para salir de la homogeneización e intervenir frente a las desigualdades ocupacionales sociales?

Sabemos que la **curación** no es individual y frente a la necesidad de una **cura social**, se desnudan debilidades y nos ubicamos frente a la urgencia de cambios estructurales: compleja coyuntura política, social, sanitaria, económica y educativa. Nos orientamos al **buen vivir**, con quehaceres, multiplicidad de rostros y situaciones encarnadas de la realidad, que nos convocan a buscar cauces para desarrollar capacidades y actitudes generosas e ingeniosas, asumiendo desde nuestra profesión una condición mundial de fragilidad en la que está la mayor parte de la población.

Nos situamos pensando en las confrontaciones y en el peso de la vida cotidiana, de lo local, de lo próximo, para poder considerar todos los potenciales humanos y la urgencia de organizar espacios terapéuticos comunitarios que den cuenta de las diferencias, de las desigualdades y de las necesidades, muy evidentes en tiempos de pandemia: el día a día, el cotidiano del trabajo para el día, de la comida para el día, del cuidado de los niños en el día, sin garantías ni seguridades. Reconocemos que la construcción sanitaria, histórica, social es un ejercicio multicultural, frente a los desequilibrios y la discriminación, en escenarios múltiples, en procesos del territorio, donde la presencia y las prácticas se resuelven en quehaceres contra hegemónicos.

Al decir de José Luis Rabelatto (1995):

Referirnos a una opción ética es señalar una voluntad de trabajo individual y colectiva, asumida y sostenida en principios como el respeto a la vida, la solidaridad, la generosidad, el amor, el propósito de la construcción real y el esfuerzo por conjurar el poder excluyente y opresor en todas sus formas y en cualquier espacio en el que exista, junto con el compromiso de no convertir al ser humano en un medio para ningún proceso. (p. 82-87)

Nuestro contexto, la emergencia social

Se dirime una opción ética: ¿en manos de qué intereses dejamos nuestra profesión? ¿Al servicio del negocio de la salud o al servicio de los últimos: postergados/as, olvidados/as y despreciados/as por el capital? En esta coyuntura, el primer desafío es atender la **deuda pública** que es la deuda con el pueblo, deuda con la instalación de agua corriente, deuda de viviendas dignas, deuda de empleos con derechos asegurados. Al hacer un análisis de contextos, convergencias y divergencias, constatamos que no se puede ni se debe pagar una deuda externa que asfixia económicamente a costa de empobrecimiento y padecimiento de nuestro pueblo, sometido a la exclusión, la discriminación, violencia y descuido, además de una deuda ecológica con la madre tierra, a quien se ha depreñado y donde verificamos desastres naturales.

¿En qué país queremos vivir? ¿Que tenemos y podemos aportar a la reconstrucción de la trama social? Es urgente el destino de fondos públicos y privados para salud, ciencia, tecnología, educación, vivienda y medio ambiente, infraestructura y desarrollo social. Ecofeminismo, buen vivir, soberanía alimentaria, economías locales, desarrollo agroecológico, son algunas de las áreas para empezar a trabajar ocupaciones personales, familiares y comunitarias en estos tiempos de cambio histórico, donde las estrategias las orientamos a mejorar las condiciones de vida buscando justicia e igualdad ocupacional. Un eje central de nuestra tarea como terapeutas ocupacionales será con referentes, organizaciones sociales y desde ese plan situado, construir planes que articulen el trabajo profesional con los trabajadores barriales.

Estamos frente a una Emergencia Social y los derechos humanos están por encima de cualquier otra deuda: el cuidado de las personas y del ecosistema son inseparables. El cuidado de la gran diversidad humana, con las riquezas sociales y culturales, exige responsabilidad política y sanitaria buscando el bien común. ¿Cómo concentramos la tarea en los lugares donde tenemos que encarar esfuerzos asistenciales y preventivos? ¿Qué horizonte vemos? ¿Cómo? ¿Con quiénes? ¿Dónde y para qué?

Frente a estas circunstancias inciertas, complejas y dinámicas: ¿es válido esperar la **adaptación** o esperar la **rebeldía**? ¿Es lícito **re educar y re adaptarse** a estos contextos de restricciones en la desigualdad o es esperable que emerjan los conflictos y las contradicciones? Esta situación no la podemos **controlar**: La Historia se mueve.

Repetimos desde siempre la frase: **los últimos serán los primeros** y sabemos de una larga lista de **últimos** están los discapacitados, desempleados, desamparados, oprimidos. Para no caer en prácticas de exclusión o de opresión es necesario desandar caminos construidos durante años. Para hacer este recorrido nuestra labor atravesará espacios de subjetividad donde lo artesanal, las actividades básicas cotidianas y las formas productivas de trabajo interactúen en las relaciones sociales con los distintos grupos de pertenencia. Para así llegar a colectivos más amplios donde esas manifestaciones personales y grupales sean tenidas en cuenta y visibilizadas en muestras, talleres, calles y manifestaciones de sentires y haceres populares, comunitarios, superando las lógicas individualistas.

Muchos de nosotros somos parte de las tareas esenciales e integramos equipos sanitarios, educativos y sociales. Otros son solidarios y realizan muchas, variadas tareas con tiempo y esfuerzo, para dar de comer y aliviar a quienes están discriminados. Estos grupos solidarios ponen la fidelidad de manifiesto como actitud de tomarse en serio la vida de los otros, sin estigmatizar.

Surgen espacios de confrontación y rebeldía individual, con **encuentro grupal** en marchas / expresiones colectivas: expresando lo privado o lo que fue privado de ser expresado y que emerge en el ámbito de lo público, logrando deslegitimar instrumentos políticos, organizativos y sociales que buscan acallar. Empiezan a verse, mo-verse y escuchar a **los últimos**. Dice el sociólogo francés Wierviorka Michel (2020): “lo peor será peor y lo mejor será mejor”, nosotros solemos repetir que la pandemia pone al descubierto lo mejor y/o lo peor de cada uno.

Las y los terapeutas ocupacionales y sus prácticas

Muchos y muchas de las/os TO teníamos experiencias de trabajo **en situación de encierro** con personas en Hospitales e Instituciones Psiquiátricas, en Geriátricos y Cárceles. Durante la pandemia desarrollamos el trabajo con las comunidades en situaciones de encierro, aislamiento, distanciamiento y nos interpeló como **llegar al territorio** de otras maneras que no son las presenciales ¿Cómo re-inventar abordajes, cercanías, pertenencia y participación? Nos preguntamos: ¿Qué es lo terapéutico? ¿Cómo se **recuperan los derechos de las poblaciones excluidas**? ¿Por qué y cómo puedo generar actos terapéuticos emancipadores, que ayuden a las personas y a las organizaciones sociales a transformar sus vidas, de situaciones de exclusión a vivencias de inclusión verdaderas?

La pandemia en tiempos de globalización nos ubica frente a la paradoja de lo universal y lo local, somos ciudadanos del mundo pero estamos en esta parte de la Tierra, en este pueblo y con estas realidades difíciles y complejas. Enfrentamos la pandemia con la necesidad de construir alternativas de organización. Frente a las distintas formas de Fascismo Social / Neoliberalismo y Empresas Multinacionales por encima de los Estados, está lo que de Souza Santos Boaventura (2006) llama **democracias de baja intensidad**. Surgen distintos **colectivos** haciendo lugar para entrar en los caminos y comenzar las marchas de participación de **mayor intensidad**: Feministas, Obreros, Pueblos Originarios, Ecologistas, etc. reclamando ser **parte de las soluciones** y dejar de ser **el problema**. Por eso, no hablamos de prácticas terapéuticas únicas, ni de modelos estáticos que se instrumentan en cualquier lado, sino que nos referimos a recontextualizar los territorios de acuerdo a las situaciones, a las personas y las organizaciones que allí habitan.

Terapia Ocupacional Comunitaria

Así como nos surgen incertidumbres, también aparecen algunas certezas para el ejercicio de una Terapia Ocupacional Comunitaria (en adelante TOC):

1- Necesitamos de un Estado Presente distribuidor de la riqueza socialmente generada.

2- Somos comunidad y **nadie se salva solo/a**.

3- Cada acción terapéutica emancipatoria deja huellas en el / la / las y los otros/as.

Lo que todos necesitamos y constituyen derechos básicos humanos desde el campo de lo personal y de las subjetividades hasta llegar al campo social, lo tendremos que orientar hacia lo colectivo y comunitario en un camino de prácticas que conducen a transformaciones para hacer ejercitaciones concretas de ocupaciones que fomenten y fortalezcan sentimiento de ciudadanía en perspectiva de derechos individuales y sociales.

Decimos que el primer paso es la presencia, pero en estos contextos tratamos de pensarnos en territorio viendo formas de organización para la pertenencia y participación en la representación de intereses y necesidades, para recontextualizar, reconceptualizar y construir algo nuevo. Las acciones terapéuticas son encuentros para construir unidad en las diversidades, aprendiendo de lo diferente con el peso de las experiencias cotidianas, superar miradas bipolares de lo bueno y lo malo. Prácticas que puedan impactar sobre los entornos inmediatos, considerando algunas necesidades básicas en todas las personas: autoestima, valoraciones personales y grupales y todas las formas de respuestas que buscan impregnar de participación y reconstrucción de tejidos sociales que releguen desigualdades y exclusiones.

Para hacer viable nuevas acciones, es importante asumir la coordinación de espacios de mediación, construcción y de-construcción de normas y configuración de nuevas pautas en nuevos contextos. La vía de aprendizajes sociales y de acciones organizadas **posibles** pone en cuestión formas de organización de los espacios, usos de los cuerpos y diversos lenguajes. Tenemos un horizonte donde las relaciones interpersonales y sociales se transforman, para dar lugar a prácticas con implicancias institucionales que harán posible otras formas de participación en lo público. Por ello la importancia de crear empleos locales, buscar formas comunitarias de resolver carencias, responder para proteger a las víctimas son algunas de las formas que tendremos de seguir presentes, perteneciendo y participando desde nuestra profesión en tiempos de pandemia.

Emancipación

Terapia Ocupacional en perspectiva emancipatoria intenta ser una respuesta en el contexto argentino actual, a las diversas realidades institucionales y socio comunitarias que atravesamos en el cotidiano de nuestra profesión. El término Emancipación nos remite a la **mayoría de edad**, a **liberación del esclavo frente al amo**, a ruptura y tensión del oprimido frente al opresor, a seres humanos capaces de elegir y decidir, luchar y desarrollar proyectos de vida.

Es la Emancipación ¿un acto individual? ¿Es un fenómeno social? ¿Es una acción política, la que permite emanciparnos? Emancipación y libertad son dos términos que están ligados, Claudia Korol (2008) las define como:

Construcción de nuevos sentidos, como espacios para crear nuevas ideas, valores, para atreverse a hacer de otra manera, para recuperar integralmente las experiencias de vida y construir en libertad nuevos saberes, que abran posibilidades y oportunidades de búsqueda apasionada y apasionante de humanizar la vida. (p.177)

Entonces, varios ejes deberán combinarse para desarrollar procesos terapéuticos emancipadores:

- 1- Desnaturalizar el orden patriarcal establecido.
- 2- Favorecer la independencia en entornos y contextos facilitadores.
- 3- Fortalecer la construcción de procesos grupales y comunitarios que generen movimientos en los sujetos.
- 4- Desarrollar capacidades, actividades, estrategias y lazos que nos identifiquen con procesos ocupacionales liberadores.
- 5- Construir proyectos colectivos organizacionales transformadores.

Por ello, resistir a posiciones hegemónicas es comenzar un camino de Emancipación.

Las crisis frente a los paradigmas dominantes nos confrontan con nuevas realidades, para interpelarnos a producir nuevas respuestas. Las acciones e investigaciones participativas nos ubican **rompiendo muros** para llegar a las comunidades. Los modelos de abordajes terapéuticos dominantes ponen el énfasis en el uso del tiempo libre, en la adaptación a las condiciones de empleo y de miseria, sin cuestionar las bases de ocupados /desocupados.

A partir del reconocimiento de distintos itinerarios, registramos situaciones culturales paradójicas y nos involucramos en la construcción de posibles respuestas, solo a modo de ejemplo y sin limitar a otros grupos etarios y poblaciones en general, podemos pensar en las infancias y el acceso a la recreación, las adolescencias y el acceso a tecnologías apropiadas, las diversas familias y el sustento material, la Economía Social y Solidaria y la creación de mercados populares y el apoyo a las y los emprendedores y así seguir interconectando posibles redes y abordajes.

En ese sentido, en un trabajo Cella y Polinelli (2017) refieren:

Considerar la aparición de nuevas formas de organizar el trabajo ocupacional, prácticas autónomas y democráticas que muchas veces se presentan desvalorizadas o vacías de contenido frente a otras consideradas verdaderas y legítimas, supone invertir la mirada, dejar de lado la mirada negativa –definiéndolos como los que “no pueden”,

“no tienen”– para adoptar otra que tenga como punto de partida las diferencias que ellos mismos han creado para visualizar otros caminos posibles. (p.38)

Los pilares alternativos para Proyectos Terapéuticos Ocupacionales emancipatorios serían los destinados a:

- a- Estrechar lazos de ocupaciones comunitarias, sobre todo entre los que soportan las crisis estando al **margen de los derechos o siendo marginados/marginales** en estado de emergencia: precarizados/as y vulnerados/as en sus derechos civiles y políticos.
- b- Participar en organizaciones comunitarias, movimientos sociales, ámbitos de discusión política, social, educativa, cultural para construir alternativas de trabajo en DDHH, género, catástrofes, situaciones de encierros, pueblos originarios y otros tantos frentes de ocupación transformadora de la realidad.
- c- Asumir un pensamiento tercermundista, latinoamericano, frente a los sistemas de dominación, buscando coherentemente proyectos políticos, propuestas metodológicas y planes de salud/organización, bienestar y educación en perspectiva liberadora.
- d- Empezar en los ámbitos de formación universitaria, puntos de partida para revisar posturas de alienación/ dominación y respaldar luchas por la igualdad que nos involucran en movimientos a favor de las diversidades.

En coincidencia con Mónica Palacios Tolvett, (2017):

Las ocupaciones se materializan en territorios concretos, los cuales son vivenciados como lugar, espacio y tiempo donde la vida acontece cotidianamente y en ese acontecer se producen modos de ser y estar, vinculados a una identidad y pertenencia asociada al espacio. (p.57)

A modo de cierre: los modelos de **muerte de las utopías** nos desafían a poner la vida cotidiana de las comunidades en el centro de la historia, nos obliga a revisar nuestros ejercicios profesionales en perspectiva de humanización participativa, de ocupaciones terapéuticas en clave de trabajo por la recuperación de derechos que garanticen y preserven la dignidad de las personas y en la construcción colectiva de una sociedad que deslegitime las desigualdades y desnaturalice las exclusiones. ●

[Recibido: 13/09/20 - Aprobado: 30/04/21]

Referencias

- Arango-Soler, J.M., Correa-Moreno Y.A., y Mendez-Castillo J.A. (2018) Retos de la Terapia Ocupacional en salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*. 66 (3), 375-383. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.63438>

- Korol, C. (2008). La subversión del sentido común y los saberes de la resistencia en A. Ceceña (coord.) *De los saberes de la emancipación y de la dominación* (pp.177-191). CLACSO.
- Cella, A. M. y Polinelli, S. N. (11 y 12 de mayo de 2017). *Historia, encuentros con el otro, espacios de emancipación*. [Conferencia] XVII Jornadas de Residencia en Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires realiza realizadas en el Hospital General de Agudos Tornú. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3(1), 35-38. <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2017jul-conf.pdf>.
- de Sousa Santos, B. (2006). Capítulo III. Para una democracia de alta intensidad. *En publicación: Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social* (encuentros en Buenos Aires). ISBN 987-1183-57-7 <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/santos/Capitulo%20III.pdf>
- Guajardo, A. (2012). Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional crítica. *TOG (A Coruña)*. Mong.5: 18-29. <http://www.revistatog.com/mono/num5/prologo.pdf>
- Palacios Tolvett M (2017). *Acerca de Sentido de Comunidad, Ocupaciones Colectivas y Bienestar/Malestar Psicosocial. Con jóvenes transgresores de territorios Populares* [Tesis de doctorado] https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/458128/tes-doc_a2017_palacios_monica_acerca_sentido.pdf
- Rabelatto, J.L. (1995). *La encrucijada de la ética. Neoliberalismo, Conflicto Norte-Sur, Liberación*. Editorial Nordan.
- Wierwiorka, M. (16 de mayo de 2020). Las ideas sencillas y nuestro futuro. *La Vanguardia Digital*. <https://www.lavanguardia.com/opinion/20200516/481163465729/las-ideas-sencillas-y-nuestro-futuro.html>

Cómo citar este artículo:

Cella, A. (2021). Terapia Ocupacional comunitaria en perspectiva emancipatoria. Reflexiones en tiempo de pandemia. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 16-21.

Experiencias de Terapia Ocupacional en tiempos de pandemia durante el año 2020

Professional exercise in pandemic by a group of occupational therapists in the pediatric field

Vanesa Cecilia Bressan | Ana Laura Nicodemo | Laura Verónica Ascencio

Vanesa Cecilia Bressan

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Posgrado en Intervenciones Tempranas, UNSAM/AEDIN. Desempeño en consultorios en Centro de Parálisis Cerebral y en consultorios externos pediátricos. Docente en la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de San Martín.

bressanvanesa@gmail.com

Ana Laura Nicodemo

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Estudios de Integración Sensorial. Posgrado en Intervención Temprana, UNSAM/AEDIN. Desempeño en CET y consultorios externos pediátricos.

ana.nicodemo@hotmail.com

Laura Verónica Ascencio

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Postítulo de Especialista Superior en Intervención y Estimulación Temprana Instituto Lasalle. Estudios de Integración Sensorial. Desempeño en Centro de Rehabilitación Física Municipal y consultorios externos pediátricos y adultos.

laura.v.ascencio@gmail.com

Resumen

El presente artículo pretende realizar una sistematización de experiencias, en relación al desempeño profesional de un grupo de terapeutas ocupacionales durante la pandemia por COVID-19 en Buenos Aires, Argentina, en el año 2020. Se destacan los aspectos generales, las coincidencias y disidencias en cuanto a áreas de ejercicio profesional, población con la que se trabaja, factores económicos y condiciones laborales, así como modalidades para la implementación de los servicios de Terapia Ocupacional dada la situación imperante.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, telemedicina, práctica profesional, pandemias.

Abstract

This article aims to make an account of the personal experience of a group of occupational therapists, in relation to professional performance during the COVID-19 pandemic in Buenos Aires, Argentina. General aspects, coincidences and disagreements in terms of professional practice areas, population with which one works, economic factors and working conditions are highlighted, as well as modalities for the implementation of Occupational Therapy services given the prevailing situation.

Key words: Occupational Therapy, telemedicine, professional practice, pandemics.

Introducción

Los casos de COVID-19 se fueron registrando en Argentina desde principio del año 2020 en aumento hacia el mes de marzo, motivo por el cual el día 20 de marzo fue emitido por la Presidencia de la Nación el Decreto 29/2020, estableciendo el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). Ello implicó restricciones a la circulación, así como medidas de distanciamiento social, estableciendo actividades consideradas “esenciales”, las cuales se continuaron llevando a cabo de manera presencial, y limitando el ejercicio del resto de las actividades o labores de la manera habitual. Dichas medidas, y el modo de implementación de las mismas, se fueron modificando a través de los meses, de acuerdo a la circulación viral en los distintos territorios del país. De acuerdo con la información epidemiológica suministrada por el Ministerio de Salud de la Nación, a comienzos del mes de febrero de 2021, se registraron más de 1.900.000 casos confirmados en la totalidad del país, y más de 48.000 fallecimientos.

La pandemia por COVID-19 presentó una serie de desafíos para el ejercicio profesional de terapeutas ocupacionales. Por un lado, la amplia implementación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (“TICs”), que aceleró la transformación en los modos de llevar a cabo la comunicación, recreación, división del trabajo y acceso a la salud, educación y otros espacios de participación social, junto con las restricciones a la circulación, contacto e interacción social planteadas por las propias medidas gubernamentales y de prevención, impactó en la forma en la que se desempeñaron las y los terapeutas ocupacionales en este contexto. Por otro lado, las transformaciones propias del ejercicio profesional y sus aportes teóricos conceptuales, a partir de la emergencia de una visión crítica de la disciplina¹, que focaliza la atención hacia las demandas sociales que acrecientan la vulnerabilidad de poblaciones sensibles y la injusticia social, permitieron reflexionar acerca de las prácticas actuales en Argentina (Galheigo, 2012).

De acuerdo con la Ley Nacional del Ejercicio de la Profesión de Terapia Ocupacional n° 27051, se considera ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional “El análisis, evaluación, aplicación, investigación y supervisión de teorías, métodos, técnicas y procedimientos en las que se implementen como recurso de intervención saludable las actividades y ocupa-

ciones que realizan las personas y comunidades en su vida cotidiana” (2014, artículo 2°). Dentro de este instrumento legal, también se considera parte del ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional “la docencia de grado y posgrado, como las que se apliquen a actividades de índole sanitaria, social, educativa, comunitaria y jurídico-pericial propia de los conocimientos específicos” (Ley n°27051, 2014, artículo 2°). Asimismo, en el apartado de Deberes y Obligaciones que establece esta ley, se enuncia que los terapeutas ocupacionales deberán “prestar colaboración cuando les sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias” (Ley n°27051, 2014, artículo 15).

La llegada de la pandemia por COVID-19 instauró la apremiante necesidad de que las asociaciones profesionales de terapeutas ocupacionales de distintas partes del mundo se pronunciaran en relación a la telemedicina, en especial en aquellos países en los que esta modalidad aún no estaba instaurada ni explorada en forma exhaustiva por la profesión, como en Argentina. En los últimos años se acentuó el resurgimiento de la telemedicina en los países industrializados, propiciado por el avance de la tecnología, la informática y la comunicación, permitiendo la aplicación de las telecomunicaciones e informática al campo de la salud con el objetivo de resolver el acceso de las personas que requerían de dichos servicios y que se veían limitadas por las distancias, traslados, u otras condiciones. Permitió además la comunicación entre profesionales (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

La Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO) emitió en mayo de 2020 un documento de posicionamiento al respecto de la telemedicina, en el cual se decidió emplear el término **teletrabajo**, para referirse a la labor realizada por los terapeutas ocupacionales bajo una modalidad a distancia y mediante el empleo de TICs. En este documento, la AATO establece que reconoce y apoya la puesta en práctica de servicios de teletrabajo para el ejercicio de la Terapia Ocupacional, incluyendo dentro de los mismos “evaluación, intervención, consultoría, asesoramiento, educación, supervisión, docencia, investigación y aquellas que el profesional considere necesarias brindar siempre y cuando estén dentro de sus incumbencias” (AATO, 2020, p. 5). En relación a la modalidad de prestación de este tipo de servicios, en dicho documento se aclara que los mismos pueden ser llevados a cabo por medios sincrónicos, como las teleconferencias, o asincrónicos, como correos electrónicos, envío de material, videos, entre otros. Un aspecto importante para la selección y provisión de estos servicios, son las consideraciones o aspectos que determinan si los mismos son apropiados o no, tanto para el usuario como para el profesional. La Declaración de Posicionamiento sobre Teletrabajo en Terapia Ocupacional (AATO, 2020) enumera un listado con dichos factores, si bien entre los mismos se des-

1 Sandra Galheigo desarrolla una Terapia Ocupacional con perspectiva social y crítica, desde una visión pluralista incorporando conceptos como inclusión, accesibilidad e igualdad para explicar la injusticia social de las poblaciones vulnerables, entendiendo la exclusión social como parte del capitalismo y los conflictos sociales. Comprende la realidad social como producto de la interacción entre la estructura y las prácticas sociales, interpellando los modelos funcionalistas hegemónicos que impregnan el discurso y las prácticas de terapia ocupacional basadas en la concepción de abordajes individuales para ayudar a las personas consideradas disfuncionales a adaptarse a la vida social alcanzando la mayor normalidad posible.

tacon: el acceso a infraestructura y tecnología por parte del usuario y del profesional, así como idoneidad en su utilización y/o disponibilidad de una red social que facilite su uso, objetivos de intervención y estrategias necesarias para lograrlos, habilidades de desempeño, viabilidad en relación a costos, entre otros.

Dicho esto, y en función a lo ya mencionado, es propio destacar también, que la implementación de la virtualidad evidenció restricciones en el acceso a las nuevas tecnologías y la alfabetización digital, profundizando las desigualdades e injusticia social, causantes de exclusión de poblaciones vulnerables y en situación de pobreza, de los nuevos escenarios sociales y contextos virtuales. Horizontes que pronunciaron los límites de la brecha digital generando nuevas formas de exclusión social (Arriazu, 2015), como **brecha digital social** (Casado y Diez, 2006). Si bien la telemedicina apuntó originalmente a una mayor equidad y eficacia en el servicio, por el contrario pudiera decirse que, teniendo en cuenta factores como la disponibilidad de recursos y realidades contextuales, en muchas ocasiones se hizo escasa o nula la viabilidad de esta modalidad, especialmente en países en desarrollo. Frente a las condiciones planteadas en Argentina por el ASPO debido a la pandemia, la situación volvió imperativa su aplicación inmediata, en muchos casos casi sin experiencia previa y con escasa evidencia científica, lo cual visibilizó las problemáticas de su implementación que subyacen en las desigualdades sociales y los atropellos del mercado laboral. Se manifestó así, la **necesidad** de profundizar la evaluación tanto en la eficacia como en el acceso a las nuevas tecnologías, las posibilidades y beneficios de su aplicación para generar programas confiables, y su regulación como medio laboral (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Según Adolfo Rodríguez Gallardo (2006), la **brecha digital** es un fenómeno dinámico y social que expresa las inequidades sociales, que si bien, en un principio consistió en las diferencias existentes en el acceso a la tecnología y comunicación entre una comunidad y/o individuo, de aquellos individuos y/o comunidades que no tenían acceso, demuestra una complejidad mayor para su análisis, determinada por factores sociales, históricos y contextuales.

Este documento pretende realizar una sistematización de experiencias de ejercicio profesional en el contexto de la pandemia de COVID-19, a partir de las vivencias de tres profesionales de Terapia Ocupacional, ejerciendo una de ellas en el ámbito público y dos en el ámbito privado, con el consecuente aislamiento físico y distanciamiento social en la República Argentina en el año 2020. Se describe la diversidad de realidades y situaciones que se presentaron teniendo en cuenta la población, el contexto, el desarrollo e implementación de estrategias, y la modalidad de atención.

Desafíos y problemáticas al inicio del período de aislamiento de acuerdo a la condición laboral de los terapeutas

A partir del 20 de marzo del 2020, nuestra práctica profesional se modificó abruptamente, con la suspensión de la atención presencial. La inesperada situación que dejó convulsionado al mundo, afectando la vida cotidiana de todas las personas, provocando gran conmoción e incertidumbre en toda la población, no libró de alcanzar al colectivo de terapeutas ocupacionales argentinos, como seres humanos, trabajadores, y profesionales de la salud y el bienestar.

En el sistema público, para quienes se desempeñaban bajo la relación de dependencia, se sostuvo el trabajo presencial, concurriendo al lugar de trabajo para mantener el servicio abierto, si bien en la mayoría de las ocasiones se realizaron intervenciones a distancia desde allí. Se garantizó la continuidad laboral y el salario, pero las funciones estuvieron sujetas a modificaciones. Estos primeros momentos fueron de mucha incertidumbre y preocupación, debido a que había escasa información científica de las formas de contagio, a diferencia de la gran cantidad de información circulando en los medios de comunicación sobre esta enfermedad, causando temor y estrés, y afectando de esta manera la forma de vincularse con otros profesionales por el miedo al contagio. Se establecieron protocolos generales, pero se generó una gran problemática por la falta de insumos que debiera proporcionar la institución.

El desasosiego fue aún mayor para quienes se desempeñaban de manera independiente, en estos casos, al comienzo del aislamiento, no se tuvieron garantías sobre la situación laboral, la cobertura de los tratamientos por parte de las Obras Sociales y empresas de Medicina Prepaga en la pandemia, y por ende, sobre la continuidad de los tratamientos de pacientes con discapacidad. A medida que las tensiones disminuyeron, y la densidad del panorama se esclareció, se trazaron distintos escenarios de acuerdo a la realidad de cada profesional, en torno a su quehacer, población con la que trabajaba, condiciones laborales, situación socioeconómica, y otros factores subyacentes a cada contexto delimitando el acceso a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación a partir de la necesidad de recurrir a la teleasistencia, así también como el acceso a los recursos necesarios para el trabajo presencial bajo protocolos estrictos.

Caracterización de la atención de acuerdo al nivel socioeconómico de la población

La situación socio-económica de los usuarios y sus familias se volvió un factor determinante de las estrategias pasibles de ser utilizadas a través de la teleasistencia, así como también, de los objetivos a priorizar en esta modalidad. Las consideraciones enumeradas en el documento de posicionamiento de

la AATO en relación al teletrabajo (2020) dan cuenta de ello, tanto para la elegibilidad de los servicios, como para la puesta en práctica de los mismos.

Un punto importante que marcó la diferencia de la experiencia en este período, fue la accesibilidad a dispositivos tecnológicos (celulares, tablets, computadoras) y, fundamentalmente, a servicios de WIFI o internet de manera regular. De acuerdo a la existencia o no de estas condiciones, se observaron distintas situaciones, que se presentan en dos grupos a nivel general, si bien cada caso tuvo sus particularidades:

- Aquellas familias y/o usuarios que dispusieron de dicha accesibilidad, pudieron llevar a cabo encuentros sincrónicos con cada profesional, y hacer uso de recursos como la recepción de material en formato de video, entre otros.
- En los casos en que el acceso a los recursos tecnológicos, entre otras circunstancias socio-económicas, se dificultó, las intervenciones fueron casi exclusivamente de manera asincrónica, con variaciones en cuanto a la regularidad y adherencia a las estrategias instrumentadas, propuestas realizadas, etc. Esto también acabó por influir en los objetivos de tratamiento para el período de aislamiento.

Cabe aclarar que los aspectos socio-económicos no fueron los únicos determinantes en cuanto a la elección de intervenciones sincrónicas o asincrónicas, pero los mismos tuvieron una influencia importante en dicha decisión.

Las condiciones económicas de los usuarios se agravaron con la crisis económica generada por la pandemia, así como las demoras y modificaciones en trámites para la continuidad de servicios asistenciales en la provisión de medicamentos, alimentos, y otros elementos de primera necesidad, por parte de obras sociales y otras entidades. Por estos motivos, se intensificó el rol del terapeuta ocupacional como asesor en cuanto a la obtención de recursos por parte de los usuarios de nivel socio-económico bajo, con las particularidades suscitadas por la situación de aislamiento. Si bien el rol de asesor está contemplado en los alcances de la Ley Nacional de Ejercicio de la Profesión de la Terapia Ocupacional, esta situación no está formalmente considerada en la nomenclatura de los servicios disponibles para su correspondiente retribución económica, de acuerdo a los entes responsables del pago. Como dispone la Ley, los terapeutas ocupacionales son un recurso humano con los conocimientos suficientes para integrar equipos interdisciplinarios en situaciones, como la actual, de emergencias sanitarias, que afectan y/o profundizan las dificultades en el desempeño ocupacional de las personas, generando la necesidad de cambio e incorporación de hábitos, afectando las actividades y ocupaciones de todas las personas (Ley n° 27051, 2014, artículo 8°).

En este sentido el terapeuta ocupacional, podría realizar un aporte valioso como integrante de proyectos en políticas públicas en la formulación, aplicación de protocolos y otros programas y proyectos, que instrumenten las actividades y ocupaciones para el desarrollo comunitario, evaluados en la realidad contextual de cada grupo y/o población, colaborando en el sondeo y obtención de recursos, detectando las limitaciones en la aplicación de dichos protocolos y sus posibles adecuaciones.

El contexto de las intervenciones virtuales y otras consideraciones relacionadas

Como consecuencia del factor externo de la pandemia, y la implementación del ASPO, la intervención y vínculo con los pacientes se llevó a cabo de manera virtual. Uno de los desafíos para los profesionales consistió en la exploración de todos los recursos tecnológicos que antes de la pandemia no se tenían en cuenta, y el aprendizaje de su modo de uso. En un primer momento fue necesario establecer formas de mantener el contacto acorde a la realidad y necesidad de cada uno. Otro de los factores de importancia fue el reconocimiento del contexto ambiental y personal del paciente: la arquitectura de su hogar, la disposición de los elementos y mobiliarios, el vínculo con los convivientes y la dinámica familiar en función de ello, entre otros. Contar con esta información, así también como la anticipación de los materiales disponibles y la posibilidad de acceso a recursos tecnológicos, fue el primer paso en la organización de las estrategias y la planificación para desarrollar las actividades propias de cada intervención, teniendo en cuenta las demandas de las mismas.

El grado de colaboración de la familia fue variando de acuerdo a las necesidades y posibilidades de cada usuario, por ejemplo, en cuanto a la organización del espacio para realizar la terapia en el hogar. Esto incluye desde la preparación y asistencia en el manejo de los recursos tecnológicos, hasta la presencia continua durante las sesiones y el apoyo para participar de las propuestas, convirtiéndose en “las manos” de los terapeutas que se encontraban a través de la pantalla. Se destaca asimismo que en muchos casos se observó una superposición de las ocupaciones de la familia, teniendo en cuenta la carga horaria laboral, el cuidado de otros niños en el hogar, la interposición de las tareas de cada miembro de la misma, etc.

En este sentido, se podría evaluar el impacto de los enfoques implementados por los profesionales sobre la adherencia terapéutica al tratamiento, y el valor de las intervenciones educativas y basadas en la ocupación para favorecerla (Bressan y Nicodemo, 2017), en especial, en poblaciones donde la discapacidad y la situación de pobreza, resultan en un apremio para que los terapeutas instrumenten prácticas adecuadas, considerando el contexto político y la realidad social.

Condiciones laborales en el ejercicio profesional en contexto de pandemia

Se destacan en este punto algunos factores considerados influyentes:

- Ejercicio en contexto de pandemia bajo modalidad virtual
- Ejercicio en contexto de pandemia bajo modalidad presencial
- Acceso a recursos materiales (tecnología y equipamiento)

Se considera que estos factores, propios de la situación de pandemia, impactaron de diferente manera según los contextos habituales de cada profesional, la población con la que se trabajaba y sus características.

En cuanto al desempeño profesional de manera virtual, uno de los desafíos más destacables fue la capacidad para reformular el razonamiento clínico momento a momento, con mayor flexibilización, ya no siendo el mediador directo, sino que guiando a los mediadores, y/o usuarios, no pudiendo utilizar la propia corporalidad para intervenir. Transformar la acción en la voz que guía implicó además el conocimiento del *timing* de cada uno de los pacientes y el de su mediador. Ello requirió tiempo y dedicación para el intercambio continuo en el proceso de educar y conocer al otro, generando una comunicación clara, simple, estableciendo códigos para lograr la producción efectiva, la inmediatez en la intervención sincrónica casi a espejo y el aprovechamiento de los recursos y la posibilidad de intercambio. Poniendo en valor cuánto del trabajo de los terapeutas ocupacionales surge de la espontaneidad de lo que ocurre en ese instante, con el soporte de todo el bagaje científico y la evidencia que enriquece nuestro razonamiento, y la planificación previa sujeta al deseo e intención de los usuarios, ese otro diferente que mucho más tienen por aportar. Estas circunstancias favorecieron las intervenciones de enfoque educativo compartida con las familias y/o cuidadores.

Otro punto relevante del ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional en pandemia se relacionó con el cobro de los servicios por parte de los profesionales que se desempeñaron en el ámbito privado, de manera independiente. Cabe destacar que, de acuerdo a los relevamientos de la AATO, un 81% de los terapeutas ocupacionales ejerce en la condición de monotributista, distribuidos en un 43,1% en forma independiente en consultorio y/o en domicilio, y un 33,9% a través de empresas de atención domiciliaria o instituciones privadas y prepagas (AATO, 2020). Durante este período, debido al excesivo control de las intervenciones virtuales por parte de los agentes responsables del pago, se generaron mayores demoras de lo ya habitual en la recepción de los honorarios, tardanzas en la transmisión de la información sobre las modalidades de presentación de informes, facturación y otras documentaciones necesarias como soportes en la continuidad de los tratamientos, incertidumbre en el reconocimiento de las prestaciones

entre otras situaciones, que sumaron estrés laboral y tiempo de trabajo.

Se profundizó la modalidad de trabajo a destajo, precarizada por un sistema que lejos estuvo de proteger a los profesionales trabajadores y a los usuarios, en gran número personas con discapacidad.

A esto se sumó la necesidad de disponer de los recursos materiales en el hogar, sobre todo tecnología, acceso a red, y alfabetización en el uso de las mismas.

Por otro lado, en la modalidad de teletrabajo se redobló el esfuerzo y tiempo dedicado a planificación de las sesiones teniendo en cuenta recursos materiales y el contexto de cada familia, lo que implicó un aumento de la carga horaria de trabajo. Se incrementó el tiempo destinado al acompañamiento, asesoramiento y contención de las familias, y en el caso de trabajo con población pediátrica, del equipo escolar de los niños, sobre todo en escuelas comunes con sistema de apoyo a la integración. También se intensificó el trabajo entre los miembros del equipo terapéutico, con la necesidad de diseñar, gestionar e implementar estrategias destinadas a modificaciones y adaptaciones requeridas por las demandas de las actividades en los contextos de ASPO, que implicó la evaluación y orientación sobre el impacto de las mismas, ya sean virtuales sincrónicas o asincrónicas, tanto sobre los usuarios como sobre las familias.

En relación al desempeño en modalidad presencial, que se retomó de manera paulatina de acuerdo al tipo de institución o prestación brindada por cada profesional, los aspectos económicos y administrativos ligados a las entidades responsables del pago de los servicios se vieron replicados. A esto se suma, la necesidad de incorporar equipo de protección personal (barbijo, máscara, camisolín, guantes), que en el caso de trabajadores independientes, fue a costo del profesional exclusivamente, disminuyendo por este motivo, de manera indirecta, la remuneración obtenida por prestación. Por otro lado, a partir de la implementación de los protocolos de prevención, se redujo el número de usuarios a atender en un período de tiempo, y se prolongaron los intervalos para limpieza, desinfección y ventilación de los espacios, tareas que en la mayoría de las ocasiones fueron también realizadas por los propios profesionales, en especial en el caso de consultorios privados.

A modo de resumen, se observa, tanto en cuanto al desempeño virtual como presencial, un incremento en las tareas a realizar, los recursos materiales a obtener, y la labor administrativa a llevar a cabo.

Reflexiones finales

Revisando antecedentes históricos en nuestro país, se identifican coincidencias con el surgimiento de nuestro queha-

cer profesional en la Argentina. En palabras de Daniela Testa (2013), el momento fundacional de la Terapia Ocupacional se relaciona justamente con una emergencia sanitaria, ante la epidemia de poliomielitis de 1956. Ante las secuelas permanentes presentadas en las personas que padecían esta enfermedad, y en especial la gran cantidad de niños con alteraciones motoras y funcionales, teniendo en cuenta que la niñez ya era considerada como una población que demandaba protección social y medidas para bregar por su calidad de vida e inclusión social, y con el aditivo de que los sectores más favorecidos económicamente también se vieron afectados por esta enfermedad, se crearon las condiciones propicias para el establecimiento del campo de la rehabilitación, y dentro del mismo, de la Terapia Ocupacional, como uno de los puntos principales de acciones estatales al respecto. Esto se plasma en la creación en 1959, de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO). De igual manera Mariela Naberger y María Bottinelli (2016) aproximan una relectura de aquellos acontecimientos que nos permiten deconstruir el campo heredado en el devenir histórico para abrir caminos a las Terapias Ocupacionales emergentes. Ante estos relatos nos preguntamos cómo el contexto actual, podría dejar una huella que conlleve una transformación en el ejercicio profesional, tanto en la praxis como en la construcción de saberes. Este escrito pretende problematizar estos precedentes y dejar testimonio.

Son necesarios, para esta tarea, estudios futuros sobre la efectividad de las intervenciones virtuales, tanto sincrónicas como asincrónicas, cuáles son los costos y beneficios, y la viabilidad de continuidad de la misma, teniendo en cuenta las condiciones socio-económicas de nuestro país y los contextos culturales en su amplia diversidad. Se considera también primordial, profundizar en el análisis del impacto que la brecha digital y sus determinantes sociales pudieran significar en el acceso a los servicios y la consecuente inclusión en espacios de práctica social y participación comunitaria a través de las TICs, y la implicancia en el desempeño de ocupaciones, principalmente en las áreas de educación, trabajo, juego, ocio. Por este motivo, se sostiene que dicho acceso representa un **derecho esencial** para favorecer la igualdad de oportunidades, en presencia del panorama que nos presenta el siglo XXI.

Otro aspecto de importancia para futuros desarrollos teórico-prácticos, es la posible incumbencia de los terapeutas ocupacionales en la planificación de políticas públicas. Sin dudas creemos que el tenor de los aportes desde la disciplina orientados a profundizar la evidencia en el uso y acceso a las TICs pudieran trazar un horizonte hacia nuevas perspectivas en el desarrollo de las mismas, favoreciendo la amplitud en la trayectoria ocupacional de las personas, la igualdad y la justicia social. Destacando así

también, la implicancia de nuestra profesión en el mantenimiento de la calidad de vida, roles y desempeño ocupacional de las poblaciones, en situaciones de crisis como la actual pandemia.

Agradecimientos

Deseamos agradecer especialmente a las licenciadas Carolina Acuña, Celina Mariscal y Andrea Albino, tutoras del taller que nos permitió la escritura del presente texto. A todas las personas que nos han brindado material de referencia y aquellas que nos han acompañado y permitido el espacio en las mañanas de sábados, las tardes de domingos y feriados para escribir esta experiencia. ■

[Recibido: 27/03/2021 - Aprobado 22/11/2021]

Referencias

- Arriazu, R. (2015). *La incidencia de la brecha digital y la exclusión social tecnológica: El impacto de las competencias digitales en los colectivos vulnerables*. [Archivo PDF]. <https://www.researchgate.net/publication/281092634>
- Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales. (27 de Marzo de 2020). [Publicación de estado]. Facebook. <https://www.facebook.com/aatoarg/posts/3172928296265682>
- Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (2020). *Declaración de posicionamiento: Teletrabajo en Terapia Ocupacional*. <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/declaracion-de-posicionamiento-teletrabajo-to/>
- Bressan, V. y Nicodemo, A.L. (2017). *Intervenciones de Terapia Ocupacional y Adherencia Terapéutica en el tratamiento de personas con discapacidad en situación de pobreza en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. [Tesis de Licenciatura]. <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/204>
- Casado, R. y Diez, E. (2006). 13 Claves de la alfabetización digital, En R. Casado (Dir). *Claves de la Alfabetización Digital*, 203-217. Fundación Telefónica y Ariel.
- Decreto 297 de 2020. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. 19 de Marzo de 2020. B.O. No. 15887 de 2020.
- Galheigo, S.M. (2012). Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *Revista TOG (A Coruña)*, 9 (5), 176-187. <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>
- Ley 27.051 de 2014. Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional. 3 de Diciembre de 2014.
- Ministerio de Salud de la Nación. (5 de febrero de 2021). *Sala de Situación Coronavirus online*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>
- Naberger, M y Bottinelli, M. (2016). *Terapia Ocupacional en Argentina*. Sección I. En A. S Simó, C. A., Guajardo, y O. F. Corrêa, (2016). *Te-*

rapias ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación. Universidad de Santiago de Chile.

Organización Panamericana de la Salud (2001). *Bases metodológicas para evaluar la viabilidad y el impacto de proyectos de telemedicina.* <https://www.paho.org/es/documentos/bases-metodologicas-para-evaluar-viabilidad-impacto-proyectos-telemedicina>

Rodríguez Gallardo, A. (2006). *La brecha digital y sus determinantes.* Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas.

Testa, D.E. (2013). Curing by doing: la poliomielitis y el surgimiento de la terapia ocupacional en Argentina, 1956-1959. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 20 (4),1571-1584. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702013000500008>

Cómo citar este artículo:

Bressan, V.C., Nicodemo, A.L., Ascencio, L. V. Experiencias de Terapia Ocupacional en tiempos de pandemia durante el año 2020. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 22-28.

Intervención temprana de Terapia Ocupacional en trastornos de ansiedad en la modalidad de trabajo remoto

Early intervention of Occupational Therapy in anxiety disorders in remote working mode

María Belén Araujo

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Abierta Interamericana. Formación de posgrado en Terapia Ocupacional en personas privadas de su libertad, Entropía. Puericultora en proceso de formación, Asociación Civil Argentina de Puericultura.
lic.mariabelenaraujo@gmail.com

María Belén Araujo

Resumen

En este trabajo haremos un breve recorrido sobre diferentes conceptos como la Terapia Ocupacional, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs), el trabajo remoto o teletrabajo, los trastornos de ansiedad y sus cuadros clínicos. A su vez, analizaremos cómo estos conceptos se articulan y conviven en la vida diaria de las personas, y de qué formas es posible trabajar de manera temprana desde la Terapia Ocupacional basándonos en diferentes marcos, modelos, evaluaciones e intervenciones en pos de lograr un equilibrio ocupacional con acceso a un estado de completo bienestar físico, mental y social. En contextos como el actual, donde nos atraviesa una pandemia, para muchos impensada, todas las realidades se vieron modificadas en diferentes aspectos. Dentro de estas modificaciones, el trabajo remoto, de manera forzada, predominó como nueva forma de trabajo, propiciando la aparición de trastornos de salud mental, incluyendo los trastornos de ansiedad, tal como se refiere en el documento “Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19” publicado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Por ello, como profesionales en Terapia Ocupacional debemos trabajar y participar de forma activa, aportando nuestros conocimientos, experiencia e intervenciones en esta nueva realidad que nos invita a superarnos, readaptarnos una vez más y continuar avanzando en el desarrollo de nuestra profesión.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, trabajo remoto, Tecnología de la información y la comunicación, trastornos de ansiedad, COVID-19.

Abstract

The aim of this article is to be a brief overview of concepts such as Occupational Therapy, information and communication technology (ICTs), remote working or teleworking, anxiety disorders and their clinical pictures. Besides, the analysis of these concepts will include their articulation and coexistence on subjects daily life and the ways that make an Occupational Therapy's early work possible, based on different basis, models, evaluations and interventions, in order to achieve an occupational balance with access to a state of complete physical, mental and social well-being. In a context such as the present one, when we are undergoing an unforeseen pandemic, all realities have been affected in different aspects. Mainly, remote working has forcibly prevailed as the new working methodology, provoking in the not too distant future the also forced apparition of disorders that the World Health Organization and the Pan American Health Organization described in 'Considerations relating to rehabilitation during the outbreak of COVID-19'. This should be taken as an opportunity to make further progress in the development of our profession, contributing with our knowledge, experience and interventions to this new reality that invites us to improve ourselves and readapt once again.

Key words: Occupational Therapy, teleworking, information and communication technology, anxiety disorders, COVID-19.

Introducción

En función del crecimiento de las tecnologías de la información y la comunicación, y del impacto que las mismas generan, son cada vez más las personas que tienen como objetivo conciliar y acercar su vida personal con la laboral en base a este fenómeno. Es necesario detenernos a reflexionar y repensar conceptos que se encuentran cristalizados hace muchos años en nuestra sociedad, pero que en la actualidad tienen una impronta diferente.

Es una realidad que la tecnología atraviesa a nuestra sociedad en variados aspectos modificando nuestros hábitos y rutinas cotidianas. El auge de las TICs, modificó las formas de comunicación y organización de funciones laborales buscando la optimización de recursos y generación de ventajas competitivas para las empresas, permitiendo la articulación de la vida laboral con la personal (Guaca, *et al.*, 2018). Cada vez son más las personas que se insertan en la modalidad de trabajo remoto. Según surge de los datos del Randstad Workmonitor del primer trimestre de 2018, “el 34% de los trabajadores argentinos tiene la posibilidad de trabajar en el lugar y momento deseado, mientras que el 74% señala que en su trabajo aplican el sistema tradicional de jornada laboral”. Es decir, “7 de cada 10 argentinos aún trabajan bajo una modalidad tradicional de trabajo donde concurren a una oficina en los horarios regulares” (Randstad, 2018). En paralelo, los trastornos de ansiedad son “el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas”, de los cuales Argentina abarca un 5,4% de la discapacidad total mundial por trastornos de ansiedad (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Si bien estos datos no se limitan a la influencia del campo laboral, me llevó a cuestionarme cómo conviven estos dos fenómenos mundiales que avanzaban ya a pasos agigantados hasta el año pasado, y que este año, en el marco de pandemia que atravesamos, junto con el aislamiento y cambios sociales, culturales y económicos, irrumpieron de forma abrupta en la mayor parte de la sociedad generando efectos que, si bien al momento no podemos medir, sí podemos prever, a través de intervenciones tempranas desde la Terapia Ocupacional en pos de minimizar los impactos negativos.

Desarrollo

La Terapia Ocupacional es una disciplina que se centra en el:

uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de mejorar o permitir la participación en roles, hábitos, rutinas y rituales, en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, en la comunidad y otros escenarios. (American Occupational Therapy Association, 2014, p.1)

Wilcock y Townsend (como se citó en American Occupational Therapists Association, 2008) referencian que toda persona

necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar.

En este caso, se indaga sobre la influencia de una de las ocho áreas de ocupación que considera actualmente nuestra disciplina, como es el trabajo, sobre los trastornos de ansiedad de la población trabajadora asalariada y cómo podemos intervenir desde la Terapia Ocupacional en pos de favorecer el acceso a la salud de las personas, entendiendo a la misma como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948), y considerándola un proceso, es decir un concepto dinámico que se asocia directamente al cotidiano de la vida contribuyendo a la mejora de la existencia humana a partir del desarrollo personal y social (Sánchez Tovar, *et al.*, 2013).

La concepción de trabajo suele estar asociada generalmente en nuestra sociedad al trabajo asalariado, a la retribución económica que nos permite cubrir las necesidades para vivir, pero desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional, es considerado una ocupación fundamental, más allá del rédito económico, que, junto con otras, favorecen el equilibrio ocupacional necesario para mantener la salud en el ser humano (Polonio López, *et al.*, 2001). Christiansen y Townsend (2010, como se citó en American Occupational Therapists Association, 2014) consideran el trabajo como “labor o esfuerzo para hacer construir, manufacturar, formar, embellecer o moldear objetos, para organizar o evaluar servicios o procesos de la vida o de gobierno; ocupaciones comprometidas que son realizadas con o sin recompensa monetaria”. Este concepto en la actualidad está directamente atravesado por esta nueva dinámica: la modalidad de trabajo remoto. La misma es entendida como:

la realización de actos, ejecución de obras o prestación de servicios realizado total o parcialmente en el domicilio del trabajador o en lugares distintos del establecimiento o los establecimientos del empleador, mediante la utilización de todo tipo de Tecnología de la Información y de las Comunicaciones. (Resolución 1552/12, Superintendencia de Riesgos de Trabajo)

Por fuera del marco legal del trabajo en nuestro país, existen otros conceptos sobre el trabajo remoto desde variadas perspectivas. En este trabajo, se toma la definición de Trabajo Remoto basándonos en Mitter (2000) y Cárcamo y Villegas (2009) que hacen referencia al trabajo a distancia, en el cual los empleados llevan adelante su labor desde un lugar separado físicamente de las oficinas; esto se lleva a cabo a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) para poder desempeñarse desde cualquier lugar y en cualquier momento (como se citó en Arias, *et al.*, 2016).

Como en toda modalidad de trabajo, dentro de sus características, vamos a encontrar factores psicosociales propios que determinan la posibilidad o no de que se produzcan riesgos psicosociales asociados relacionados, en mayor medida, con posibles problemas de salud mental. Los factores psicosociales se conforman por los aspectos del puesto de trabajo y su entorno, la cultura laboral, funciones y relaciones laborales, el diseño de las tareas y la autonomía y control de la persona para llevarlas a cabo. Los factores psicosociales de riesgo son los antecedentes, situaciones o condiciones estresantes que pueden generar diversos trastornos en la persona cuando los diferentes aspectos laborales, sobre todo de organización, no se ajustan a la necesidad, expectativa y capacidad de la persona o incluso cuando la misma no tiene a su disposición las herramientas necesarias para lograr articular e implementar esta nueva forma de trabajo (Mingote, *et al.*, 2011).

En este caso ahondaremos únicamente sobre los trastornos de ansiedad. Los mismos, pertenecen a una de las categorías de los trastornos mentales comunes, que son, junto con la depresión, altamente prevalentes en la sociedad y que repercuten de manera directa en los estados de ánimo y sentimientos de quien lo padezca. Son condiciones de salud diagnosticables y diferenciables de sentimientos de tristeza, estrés o temor ocasional que pueda sentir una persona. Desde la perspectiva de la discapacidad, pueden ser de gravemente discapacitantes a levemente molestos (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Dentro de los trastornos de ansiedad existen una serie de cuadros clínicos que es interesante poder diferenciar: el **trastorno por angustia** que se presenta de manera aguda con sensación de muerte inmediata, donde se perciben síntomas físicos además de los psíquicos; la **fobia específica y fobia social** caracterizada por un miedo intenso y persistente difícil de soportar para la persona ante un objeto o sujeto de apariencia inofensiva en la realidad; el **trastorno obsesivo compulsivo** que produce malestar subjetivo y persistente en el tiempo, siendo uno de los más invalidantes para la persona; el **trastornos por estrés** post traumático donde la persona presenta una reacción de miedo y ansiedad frente a una situación que le es traumática; el **trastorno de ansiedad generalizada** que aparece cuando la ansiedad es difícil de regular y desorganiza la vida de la persona sin tener carácter agudo y generalmente acompañado por otro trastorno mental; el **trastorno somatomorfo** es uno de los más frecuentes y está representado por una sintomatología que referencia una alteración orgánica a pesar de que la persona no la tenga; el **trastorno por dolor** padecido por personas que generalmente tienen dificultades para expresarse trasladando la ansiedad al cuerpo de manera inconsciente, siendo el síntoma principal el dolor aunque no puede ser justificado con una causa médica; y el **trastorno dissociativo** que se presenta de manera súbita y se basa en una desconexión brusca con el ambiente acompañada por una

desorientación temporo-espacial, e incluso en algunos casos auto psíquica (Gómez Tolon y Salvanés Perez, 2004).

Debemos considerar que los cambios generados por las nuevas tecnologías requieren de prevención y asesoramiento para evitar daños y efectos negativos no deseados del impacto tecnológico. La mera exposición al uso de las nuevas tecnologías no es la causa de efectos psicosociales negativos, sino que existen otras variables como la experiencia en el uso, actitudes y creencias de autoeficacia frente a ellas (Salanova, 2007). Según el modelo de ansiedad de Beck, debemos enfatizar sobre las creencias del individuo y la interpretación de los estímulos a los que les teme. Dentro de esas creencias encontramos la necesidad de control, donde si la persona no tiene el control, percibe que algo malo sucederá, la necesidad de evitar situaciones desconocidas donde siente incapacidad frente a una situación nueva, la necesidad de estar siempre calmado como medida de autocontrol para su nerviosismo apelando a frenar un suceso percibido como peligroso, la necesidad de ser competente o más que los otros en todas las situaciones para evitar la sensación de incompetencia y ansiedad. El trastorno de ansiedad genera una visión vulnerable de uno mismo, amenazante respecto al mundo que lo rodea e incontrolable respecto al futuro (Ruiz Fernández, *et al.*, 2012). Hay que tener presente que estos factores tienen un efecto negativo, no sólo sobre la calidad de vida de la persona, sino también sobre su capacidad funcional en el desarrollo de su trabajo (Mingote, *et al.*, 2011).

En materia de prevención desde la Terapia Ocupacional, debemos considerar la evaluación de factores psicosociales de riesgo, la identificación y orientación precoz de las personas y grupos de riesgo, diagnóstico y tratamiento de personas con trastornos mentales leves-moderados, actividades preventivas y de promoción de la salud mental en el ámbito socio-laboral (Mingote, *et al.*, 2011). Por eso, en lineamiento con el modelo de la ocupación humana, debemos conceptualizar a la persona como un sistema compuesto sus tres subsistemas: volición, habituación y realización ya que el autoconcepto estará atravesado por la inseguridad viviendo con el miedo al castigo por un posible (probable para la persona) fracaso ocupacional, los hábitos y roles pueden verse afectados por la aparición de los trastornos de ansiedad y es allí donde entran en juego las destrezas para la interacción y comunicación y las de destrezas de procesamiento espacial y temporal.

En cuanto a la intervención, si la persona aún no se encuentra trabajando de manera activa bajo la modalidad de trabajo remota podemos identificar si está apta para optar por ella; así como también si ya se encuentra trabajando bajo esta modalidad podemos trabajar a través de la asesoría y la educación, brindando herramientas y estrategias para la organización de la rutina, gestión del tiempo, técnicas de ahorro de energía y relajación para que estos trastornos no lleguen a sucederse o

identificarlos rápidamente para poder abordarlos y evitar así una disfunción ocupacional en la persona. Como profesionales, contamos con herramientas estandarizadas para trabajar como el cuestionario *volicional QV* para evaluar el autoconcepto de la persona y obtener una perspectiva sobre sus motivos intrínsecos para actuar en el ambiente, la evaluación de habilidades de comunicación e Interacción ACIS (*Assessment of Communication and Interaction Skills*) para evaluar las destrezas y habilidades que la persona demuestra en la interacción y comunicación con otros en una ocupación, y la evaluación de las habilidades motoras y de procesamiento AMPS (*Assessment of Motor and Process Skills*) para evaluar la calidad de su desempeño a través de las destrezas de procesamiento espacial y temporal (Gómez Tolón y Salvanés Perez, 2004). Cabe aclarar, que no es excluyente tomar todas las evaluaciones en simultáneo. Esa decisión estará sujeta a criterio de cada profesional y, por sobre todo, a la persona evaluada. En el caso que los síntomas estén sospechados o ya se hayan identificado, a partir de los signos de alerta podemos evaluar el estado de la situación con las mismas herramientas antes mencionadas para determinar las estrategias a implementar según requiera el caso. El sentimiento de culpa y el miedo al castigo consecuente son los dos principios operativos desde lo que podemos diseñar un plan de intervención de Terapia Ocupacional ya que existe un miedo a lo novedoso por el posible fracaso y sus consecuencias que generan el sentimiento de culpa además de la crisis de identidad demostrada en una inestabilidad del *self* que, frente a todo proceso comunicativo, teme por el deterioro de su autoconcepto actitudinal (especialmente en lo que refiere a la empatía como es en la fobia social), corporal (donde se altera el concepto de salud-enfermedad como es en los trastornos *somatoformes*) o en el fracaso de la integración de los distintos tipos de *self* (como es en los trastornos disociativos). Según estos dos principios, las actividades deberán ser primeramente conocidas por la persona incorporando de manera gradual elementos novedosos. El contenido estará sujeto al *self* que se encuentre más afectado. Por ejemplo, si el *self* más afectado es el actitudinal como en la fobia social o ansiedad crónica, se pueden realizar tareas para mejorar aspectos de la empatía en tareas grupales, en cambio si se encuentra más afectado el *self* aptitudinal, como también podemos encontrar en la ansiedad crónica las actividades grupales deben incluir el análisis y resolución de problemas (Gómez Tolon & Salvanés Perez, 2004).

La situación mundial que atravesamos a raíz del COVID-19, tiene el agravante del aislamiento social, lo que nos lleva a cuestionarnos estas nuevas configuraciones laborales y sus repercusiones en la salud mental de la sociedad dentro de esta articulación. Debemos preguntarnos como profesionales de la salud: ¿nuestra sociedad está preparada?, ¿los agentes de salud estamos preparados?, ¿las empresas están preparadas? Estamos aprendiendo mientras hacemos en base a

lo que conocemos. Es un camino que comenzó hace tiempo atrás, y en los últimos meses cogió una velocidad impensada. Estamos frente a una población donde podemos aún intervenir de forma temprana para prevenir trastornos de salud mental como el de ansiedad, así como otros mencionados. Depende de nosotros el camino que forjemos desde la Terapia Ocupacional en este campo.

Conclusiones

Hasta hace unos meses, podíamos pensar y decir que la modalidad de trabajo remota estaba empezando a instalarse tímidamente de alguna forma u otra en nuestra sociedad, ya que muchas empresas estaban comenzando a incorporarla en sus equipos de trabajo. Hoy, frente a la pandemia del COVID-19, que irrumpió la realidad del mundo entero, podemos ver como esta modalidad de trabajo, en gran parte de forma forzosa, está cambiando radicalmente los paradigmas conocidos. Tal como se referencia en todos los medios de comunicación, “la nueva normalidad” a la que estamos sujetos y en la que ya nos encontramos inmersos como sociedad, nos brinda la posibilidad a los profesionales de terapia ocupacional de realizar aportes desde nuestra disciplina, pudiendo acompañar y favorecer a los procesos de adaptación a estas nuevas formas, no sólo disminuyendo el impacto en la salud mental que pueda surgir sino también, generando acciones e intervenciones a corto, mediano y largo plazo para la optimización y mejora de la salud de las personas. Podemos trabajar desde la prevención primaria, secundaria e incluso terciaria de la salud, siempre teniendo presente que no sólo se debe trabajar sobre la sintomatología propia del trastorno, sino que debemos ver a la persona con una visión holística. La apropiada articulación de los conceptos tratados y desarrollados en este trabajo es clave en el equilibrio ocupacional y en el estado de bienestar físico, psíquico y social de la población que se encuentre afectada por estos factores.

Las crisis, generan cambios, pero por sobre todo, generan posibilidades y oportunidades. Por eso mismo, considero que es un buen momento para abrirnos camino, avanzar, crecer y cruzar las líneas establecidas históricamente para nuestra disciplina. La sociedad de los siglos XVIII, XIX y XX, eran completamente diferentes a las de hoy y en consecuencia sus necesidades y demandas también. La historia de nuestra disciplina nos marca de dónde venimos, pero somos nosotros, los agentes activos, los que vamos a delinear hacia dónde vamos, siempre con el objetivo de avanzar y adaptarnos a los nuevos escenarios de nuestra población.

Los cambios sociales y culturales, así como los económicos, generan nuevas pautas, nuevas dinámicas y en consecuencia nuevas sintomatologías. Las TICs y el trabajo remoto, son parte de esta nueva dinámica que ya está instalada en nuestra sociedad y hace que las personas interactúen de forma diferente

a la conocida hasta ahora. Sobre todo, considerando las modificaciones y los impactos sociales, culturales y económicos generados por la pandemia del COVID-19, aunque al momento no podemos verificar de forma cuantitativa ni cualitativa para tomarlo como base científica.

Considero que es necesaria la creación de nuevos constructos teóricos que enriquezcan nuestra profesión y brinden una base para seguir creciendo. Este trabajo, invita a tomar conciencia que la Terapia Ocupacional está calificada para ahondar en campos que actualmente no estamos explorando y en los cuales no participamos de forma activa, aunque respondan a nuestras incumbencias teóricas y profesionales. Debemos indagar e investigar sobre esta temática, entre otras, con el fin de construir nuevos paradigmas y modelos de intervención que vayan a la par con la velocidad de los cambios que atravesamos como sociedad, respondiendo a las nuevas necesidades ocupacionales de nuestra población. ■

[Recibido: 06/10/20 - Aprobado 25/10/21]

Referencias

- American Occupational Therapy Association. (2008). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da Ed.). (Trad. Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2009). *American Journal of Occupational Therapists*, 62, 625-683. <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- American Occupational Therapy Association. (2014). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. (3ra Ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68 (Suppl. 1), 1-48. <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-burgos/recursos-y-herramientas/marco-de-trabajo-3a-ed/13613301>
- Benjumea-Arias, M. L., Villa-Enciso, E. M., y Valencia-Arias, J. (2016). Beneficios e impactos del teletrabajo en el talento humano. Resultados desde una revisión de literatura. *Revista CEA*, 59-73.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Const]. Principios básicos. 7 de abril de 1948. [Archivo PDF] https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Gómez-Tolón, J., y Salvanés-Perez, R. (2004). Trastornos de ansiedad. En J. Gómez Tolon, y R. Salvanés Perez, *Terapia Ocupacional en psiquiatría*, 93-106. Mira Editores.
- Guaca, N.A., Caicedo, Y., y Díaz Davila, J. C. (2018). *Estado del arte del teletrabajo*. Escuela de Ciencias Administrativas, Contables, Económicas y de Negocios. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. [Archivo PDF] <https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/working/article/view/2568/2680>
- Mingote-Adán, J. C., del Pino-Cuadrado, P., Sánchez-Alaejos, R., Gálvez-Herrer, M., & Gutiérrez-García, M. D. (2011). El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (1), 188-205. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion10.pdf>
- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*.
- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington, DC.
- Polonio-López, B., Durante-Molina, P., Noya-Arnaiz, B. (2001). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Edit. Médica Panamericana
- Randstad. (23 de marzo de 2018). *Informe: Workmonitor Argentina*. <https://www.randstad.com.ar/quienes-somos/press-releases/informe-workmonitor-argentina/>
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I., Villalobos, A. (2012) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. 375-376. Edit. Desclée De Brouwer.
- Salanova-Soria, M. (2007). Nuevas tecnologías y nuevos riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista digital de salud y seguridad en el trabajo*, 1. 1-27.
- Sánchez-Tovar, L., Jurado, L., & Simões-Brasileiro, M. (2013). Después del trabajo, ¿qué significado tiene el ocio, el tiempo libre y la salud?. *Paradigma*, 1. 31-52.
- Resolución 1552 de 2012 [Superintendencia de Riesgos del Trabajo]. Teletrabajo. Definición. Condiciones. 8 de noviembre de 2012

Cómo citar este artículo:

Araujo, María B. (2021). Intervención temprana de Terapia Ocupacional en trastornos de ansiedad en la modalidad de trabajo remoto. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 29-33.s

Estudio de Percepciones de familias y voluntarios/as que participaron de una experiencia de juegoteca comunitaria virtual para niños/as y adolescentes en situación de apartheid ocupacional en el marco de la pandemia COVID-19

Study of Perceptions of families and volunteers who participated in a virtual community game library experience for children and adolescents in a situation of occupational apartheid in the framework of the COVID-19 pandemic

Macarena M. Abregú

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Profesora en nivel medio y superior, Universidad Abierta Interamericana. Especialista en Políticas socioeducativas, Instituto Nacional de Formación Docente. Diplomada en Educación Sexual Integral, Universidad de Buenos Aires. Profesora de las cátedras de Terapia ocupacional en comunidad, Terapia Ocupacional en prevención primaria y práctica profesional II en la Universidad Abierta Interamericana. Coordinadora.
maca.abr@gmail.com

María Florencia Durand

Licenciada en psicología y Terapia Ocupacional. Maestranda en Psicología Cognitiva y del Aprendizaje (FLACSO). Docente titular de la cátedra de Metodología en la UAI, Docente adjunta de Diseño y Estadística en UNSAM.

Erica Daniela Molina

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Abierta Interamericana, UAI). Posgrado en Géneros e Infancias (UNQ). Auxiliar docente en cátedras de Terapia ocupacional en comunidad, Terapia Ocupacional en prevención primaria y práctica profesional II en la Universidad Abierta Interamericana.

Ailín Charo Simaes

Licenciada en Psicología (Universidad de Buenos Aires, U.B.A), con experiencia en el área socio-comunitaria en diversas regiones de Argentina. Antecedentes en equipos de investigación desde 2015. Actualmente Becaria doctoral CONICET con lugar de trabajo en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología (UBA), con el proyecto "Desarrollo temprano de habilidades de autorregulación emocional y estilos parentales. Influencia de factores individuales y contextuales" (2020-2025).

Macarena M. Abregú | María Florencia Durand | Erica Daniela Molina | Ailín Charo Simaes | M. Carolina De Grandis | Lucas G. Gago Galvagno

Resumen

El juego y la educación son las ocupaciones más significativas de la infancia y un derecho fundamental. A través de ellas, los niños, niñas y adolescentes (NNyA) aprenden el mundo, disfrutan y construyen vínculos. La pandemia COVID-19 ha afectado la cotidianeidad ocupacional de NNyA. La imposibilidad de asistir de manera presencial a la escuela entre otros lugares de pertenencia impactaron negativamente en la participación social, sobre todo en aquellas familias que se encuentran en situación de apartheid ocupacional. El siguiente trabajo desarrolla un estudio de percepciones de familias y voluntarios/as que han formado parte de una juegoteca comunitaria virtual llamada Ludotena, en la cual participaron 69 niños/as de entre cinco y trece años de edad de barrios populares del AMBA. Ludotena se llevó a cabo desde el Departamento de Acción Comunitaria de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) en conjunto con organizaciones sociales y organismos del Estado desde julio 2020 a la actualidad. El presente estudio tiene un alcance correlacional y comparativo, compuesto por 33 cuidadores/as primario/as y 27 voluntarios sobre la percepción de los/as mismos/as respecto a los cambios introducidos en la vida de los NNyA y sus familias, a partir de la participación en la juegoteca.

Se ha encontrado que los NNyA han desplegado mayor capacidad creativa y posibilidades de juego, han adquirido herramientas para el aprendizaje escolar y la predisposición para realizar tareas junto a sus cuidadores. Por otra parte, han aumentado la capacidad para expresar en palabras sus sentimientos en relación al contexto, así como también han aprehendido herramientas para el autocontrol y el bienestar. Los resultados obtenidos contribuyen evidencia acerca de la relevancia de Ludotena como un espacio de encuentro cuidado de juego que permite desplegar la creatividad de NNyA y ejercer plenamente sus derechos.

Palabras clave: Juego, COVID-19, Terapia Ocupacional, niñez.

Abstract

Play and education are the most significant occupations of childhood and a fundamental right. Through them, children and adolescents (NNyA) learn about the world, enjoy and build links. The COVID-19 pandemic has affected the daily occupational life of NNyA. The impossibility of attending school in person, among other places of belonging, had a negative impact on social participation, especially in those families that are in a situation of occupational apartheid. The following work develops a study of the perceptions of families and volunteers who have been part of a virtual

M. Carolina De Grandis

Licenciada en Psicología (UAI) y Doctoranda en Psicología (UNLP-CONICET). Se desempeña tanto en el ámbito de la docencia universitaria como en el área de investigación relacionada con el Desarrollo Comunicativo en la infancia, Teoría de la mente y Autorregulación evaluando a niños/as hablantes tardíos comparado a niños con desarrollo típico a través de pruebas estandarizadas y observacionales. Es investigadora académica del Laboratorio de Cognición y Políticas Públicas del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), y profesora en la Universidad Abierta Interamericana (UAI).

Lucas G. Gago Galvagno

Licenciado y Profesor en Psicología (UBA), Maestrando en Psicología Cognitiva y del Aprendizaje (FLACSO) y Doctorando en Psicología (UCA-CONICET). Se desempeña tanto en el ámbito de la docencia universitaria como en el área de investigación relacionada con el desarrollo cognitivo en la primera infancia a través de pruebas comportamentales y neuropsicológicas. Es investigador académico del Laboratorio de Cognición y Políticas Públicas del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), y profesor en Fundación Barceló (FB), Universidad Abierta Interamericana (UAI), y Universidad Favaloro (UFAV).

community game library called Ludotena, in which 69 children between five and thirteen years of age from popular neighborhoods of the AMBA participated. Ludotena was carried out by the Department of Community Action of the Inter-American Open University (UAI) in conjunction with social organizations and State agencies from July 2020 to the present. The present study has a correlational and comparative scope, made up of 33 primary caregivers and 27 volunteers on the perception of the volunteers and primary caregivers regarding the changes introduced in the lives of children and adolescents and their families, from the intervention of the game library virtual community Ludotena

It has been found that children and adolescents have displayed greater creative capacity and play possibilities, have acquired tools for school learning and the predisposition to carry out tasks with their caregivers. On the other hand, they have increased the ability to express in words their feelings in relation to the context, as well as they have learned tools for self-control and well-being. The results obtained contribute evidence about the relevance of ludotena as a space for meeting and caring for games that allows the creativity of NNyA to be deployed and to fully exercise their rights.

Key words: *Play and Playthings, COVID-19, childhood, Occupational Therapy.*

Introducción

El 11 de marzo del año 2020 la Organización Mundial de la Salud declara la Pandemia COVID-19. En Argentina, el 2 de marzo fue detectado, en la Ciudad de Buenos Aires, el primer caso de COVID-19 (Ministerio de Salud, 2020). A partir de allí, el Gobierno Nacional comienza a tomar medidas sanitarias para controlar la pandemia, entre ellas el 16 de marzo se lleva a cabo el cierre total de las escuelas y el 20 de ese mismo mes se decreta (Decreto 520/20) el aislamiento social preventivo y obligatorio (en adelante, ASPO).

A partir de este momento, la vida cotidiana de adultos/as y niños/as fue modificada, muchos trabajos comenzaron a llevarse a cabo desde los hogares, y los/as niños, niñas y adolescentes (en adelante, NNyA) debieron continuar su escolaridad a distancia. A su vez, los/as docentes tuvieron que crear nuevas estrategias de enseñanza y acompañamiento a las trayectorias escolares y los/as cuidadores/as estrategias de contención y crianza en este nuevo escenario.

Si bien los NNyA no son considerados como población de riesgo en cuanto al contagio, UNICEF (2020a) sostiene que son las víctimas ocultas del coronavirus. Esto se debe a un conjunto de efectos colaterales que impactan en esta etapa de la vida en dimensiones como educación, nutrición, salud física y mental, ocio, recreación, y protección, entre otras.

En este marco, desde la cátedra de Terapia Ocupacional Comunitaria de la UAI en conjunto con el Departamento de Acción comunitaria de la universidad se comenzó a delinear un dispositivo llamado Ludotena que, por un lado, albergue las necesidades socio ocupacionales de las infancias en este contexto, y que, por otro, el mismo sea un espacio de aprendizaje para estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional. Asimismo, se desarrolló durante el transcurso del dispositivo, un estudio de percepciones de los/as cuidadores/as primarios y voluntarios/as de la juguetera que nos permitiera medir, de alguna manera, el impacto real del proyecto.

Se propuso trabajar con NNYA en situación de apartheid ocupacional¹ que residieran en el área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Se hizo hincapié en tres aspectos relevantes para el desarrollo infantil: juego, educación, y regulación emocional.

Este artículo realizará un análisis sobre la percepción de lo/as voluntarios/as y cuidadores/as primarios/as sobre los cambios introducidos en la vida de los NNYA y sus familias, a partir de la intervención de la Juegoteca virtual Ludotena durante la pandemia por COVID-19. En este sentido, es importante mencionar los objetivos específicos de este estudio son:

- Escribir los cambios más relevantes observados en los NNYA en las áreas de juego, aprendizaje y regulación emocional percibidos por los voluntarios del proyecto y cuidadores primarios.
- Comparar la percepción de los encuestados, sobre los aspectos mencionados, en los NNYA antes o al comienzo de la Juegoteca virtual Ludotena y en el periodo final o una vez terminada la experiencia
- Evaluar la experiencia de los voluntarios/as, como también así la vivencia de los/as estudiantes de Terapia Ocupacional, incluyendo el estudio de sus expectativas, obstáculos percibidos al momento de llevar a cabo la Juegoteca virtual Ludotena y contribuciones a la profesión, a partir de esta intervención sociocomunitaria.

A partir de la intervención en la juegoteca virtual Ludotena, se espera encontrar un incremento de los recursos sobre el juego y aprendizajes escolares en los NNYA y en los recursos para el apoyo de los mismos de sus cuidadores. Se espera brindar una experiencia enriquecedora para los estudiantes de Terapia Ocupacional, y construir herramientas de registro y regulación de los estados emocionales.

Educar, acompañar, aprender siempre

Educar es un trabajo político, un acto político: “El de reconocer, tender la mano, compartir palabras, lenguajes, culturas, ofrecer el mundo y crear lo común” (Frigerio, 2020, p.6).

En nuestro país, el 20 de marzo del año 2020 fueron cerradas las escuelas como una de las principales medidas de control de contagio (Dec. 260/2020). A partir de ese momento, toda la comunidad educativa se vio forzada a reinventarse y construir nuevas herramientas para poder acompañar las trayectorias escolares de NNYA. En materia de política educativa, el Ministerio de Educación de la Nación, puso en marcha un conjunto

1 La segregación de grupos de personas mediante la restricción o negación de su acceso a una participación digna y significativa en las ocupaciones de la vida diaria, basada en la raza, color, discapacidad, procedencia nacional, edad, sexo, orientación sexual, religión, creencias políticas, estatus en las sociedades u otras características (Kronenberg, 2007, p. 66).

de estrategias para asegurar la continuidad de las actividades escolares como la creación del Programa Nacional Seguimos Educando.

Según los datos obtenidos por UNICEF (2020b) en la encuesta sobre percepción y actitudes de la población a partir de la pandemia por COVID-19 en familias con NNYA, se podrá observar que, del total de la población encuestada, 8% de niños/as de las familias asisten al comedor escolar habitualmente, es decir, 500.000 hogares con al menos un niño/a menor de 13 años asiste a este servicio. Solo un 21% de estos hogares indica que la atención del comedor mantiene la misma frecuencia, lo cual pone de manifiesto que la crisis sanitaria ha golpeado a los sectores más vulnerables, despojándolos de la posibilidad de asistir a la escuela, no sólo a aprender y jugar sino también para muchos, a comer. Asimismo, el 81% de los hogares con NNYA ha tenido actividades y tareas escolares durante la cuarentena. Sin embargo, en los hogares donde viven niños/as menores de 6 años, este porcentaje desciende a 43%. El 66% de los/as encuestados afirma que ha tenido actividades escolares todos los días, y en los hogares de menores ingresos, son las madres (73%) quienes ayudan a realizar estas actividades. Finalmente, en cuanto al acceso tecnológico, a nivel nacional el 18% de los/as adolescentes no cuenta con acceso a internet en sus hogares y el 37% no dispone de dispositivos electrónicos para realizar las tareas escolares –computadoras, *notebooks* o *tablets*– valor que aumenta al 44% entre quienes asisten a escuelas estatales.

En una conferencia en el ciclo “docentes conectadxs” organizado por el Sindicato Unificado de Trabajadores de la Educación de Buenos Aires (SUTEBA) el 7 de mayo del 2020, la Doctora y pedagoga Flavia Terigi sostiene que la desigualdad social en la escolaridad que se evidencia en este contexto, precede a la pandemia. Sin embargo, la falta de oportunidades para aprender y formar parte de los espacios escolares, se ha acentuado durante el contexto por COVID-19.

Piedra libre a la creatividad

Ferland (2005) define al juego como una actitud subjetiva donde placer, curiosidad, sentido del humor, y espontaneidad se dan la mano, lo que se traduce en una conducta escogida libremente y de la cual no se espera rendimiento específico. Además, establece que para el desarrollo del juego la persona debe tener una actitud de juego, refiriéndose al interés y a la motivación para la participación. Por otra parte, reconoce en el juego distintas funciones como la posibilidad de aprender, el desarrollo de la autoestima, creatividad, pero sobre todo destaca el placer como sensación intrínseca a la actividad lúdica.

Noemí Aizencang, en su libro *Jugar, aprender y enseñar* (2005), dice que el juego del hombre adopta formas cambiantes en el devenir de su desarrollo. Al participar en instancias de juego,

el niño procura dominar lo difícil y se propone superar los problemas que se le presenten. Mediante el juego, el niño parece enfrentar obstáculos que podrían resultar paralizantes en otras situaciones. Esta búsqueda de control y mayor dominio conduce al niño a consolidar y afianzar habilidades.

Lev Semiónovich Vigotsky (1988), definió juego como una actividad sociocultural regulada por la cultura misma y la relación con otras personas, lo que genera junto al aprendizaje zonas de desarrollo próximo; entendido este como la diferencia que existe entre la capacidad para resolver un problema en forma independiente (nivel de desarrollo real) y la capacidad de alcanzar niveles más elevados con la ayuda de los adultos o de los pares (nivel de desarrollo potencial). Por lo que se entiende al juego como una actividad promotora del desarrollo infantil. Por otra parte, destaca la posibilidad de desarrollar la imaginación guardando un carácter educativo en sí mismo.

Abregú (2011), sostiene que cada juego presupone una determinada estructura donde convergen las variables espacio y tiempo lo que convierte a cada actividad lúdica en única.

Durante el ASPO, esta área ocupacional predominante en la infancia ha sufrido cierto impacto. Karen Baukloh (2020) en su ensayo *La Presencia, los Vínculos y el Juego en la Contingencia: Tiempos de COVID-19*, menciona:

Se ha resignificado al juego en materia de recurso pedagógico. Lo celebra y afirma que el juego en la cuarentena (o sin ella), se presenta como ese espacio de disfrute que invita a crear, a proyectar y a “amortiguar” la realidad, abriendo paso al bienestar. Jugar, ayuda a transformar el mundo, nos permite anclar en lo mejor de cada uno, abriendo paso al sentir y al ser. (p.6)

Por otra parte, desde la perspectiva sociológica del deporte, Raúl Sánchez García (2020) sostiene que para los/as niños/as el entorno urbano se ha vuelto hostil durante el confinamiento. Los parques y plazas han sido cerrados y se ha tenido que improvisar y reutilizar, de forma oportunista, zonas urbanas no pensadas para el juego.

Construyendo redes de sostén

Considerar las emociones es relevante, dada su influencia en interacción con el pensamiento y la conducta (Melamed, 2016) en todos los aspectos de la vida, siendo una habilidad imprescindible para la participación en dinámicas. Se entiende por emoción al producto que surge de la vinculación entre la activación corporal y la interpretación cognitiva que la persona hace de esa activación (2016).

Las personas tienden a evaluar sus emociones y recurrir a implementar diferentes estrategias con el propósito de disminuir o mantener dichas emociones para alcanzar las metas establecidas. Esta concepción es solidaria con el concepto de

autorregulación emocional definido por Whitebread & Basilio (2012) como la habilidad para controlar y modular emociones con el fin de interactuar en dinámicas sociales cada vez más complejas. Sin embargo, ante la falta de claridad conceptual se han procedido a confundir los términos autorregulación con regulación emocional. Mientras que el primer término alude a la regulación que un individuo produce internamente de forma voluntaria, permitiendo controlar sus procesos emocionales (Eisenberg & Spinrad, 2014) la regulación implica procesos reactivos menos voluntarios. Hay un otro como puede ser un cuidador, un adulto que como agente externo propicia la regulación, es decir la estabilidad de una emoción experimentada como intensa; sea esta emoción catalogada como positiva o negativa. Es así que estas intervenciones por parte de un otro pueden redireccionar el flujo espontáneo de las emociones, logrando incrementarlas, mantenerlas o disminuirlas (Gross, 1998). Existe evidencia acerca del efecto mediador de la regulación emocional en la relación entre la personalidad y el bienestar en la población infantil (Andrés, *et al.*, 2014). Estos autores aseveran que las competencias de regulación emocional son fuertemente influenciadas por la calidad de las interacciones sociales de los niños con sus cuidadores primarios y que contribuyen al bienestar psicológico. La cuarentena de COVID-19 ha afectado a más de 860 millones de niños y adolescentes en todo el mundo (Orgilés, *et al.*, 2020). En un estudio realizado en Italia y España, los resultados muestran que el 85,7% de los cuidadores primarios percibieron cambios en el estado emocional y los comportamientos de sus hijos durante la cuarentena. Los síntomas más frecuentes fueron dificultad para concentrarse (76,6%), aburrimiento (52%), irritabilidad (39%), inquietud (38,8%), nerviosismo (38%), sentimientos de soledad (31,3%), malestar (30,4%), y preocupaciones (30,1%).

A partir de esta situación, se vuelve relevante la posibilidad de armar redes de apoyo, tal como menciona Kaplan (citado en Mansione *et al.*, 2016):

Las redes de sostén y colaboración permiten que, a partir de la contextualización, de lo que sucede y nos sucede trabajemos en equipo generando acciones que acompañan el malestar. Las emociones cobran su sentido más hondo en las relaciones de intersubjetividad, en la convivencia que nos hace humanos. (...) Trabajar en las redes colectivas, permiten el sostén y asistencia que en esta emergencia sanitaria se necesita. El trabajo colaborativo es un aliado que se pone en marcha mediado por recursos tecnológicos, que se incorporan a la práctica pedagógica. (p. 13)

Es así que el proyecto que se propone tiene también el fin de aminorar las consecuencias de la pandemia por COVID-19 y el ASPO, en la salud integral de los NNyA, principalmente sobre los tres ejes mencionados: educación, juego y regulación emocional, dadas sus implicancias en el desarrollo del NNyA.

Descripción de la propuesta Ludotena

Ludotena comienza sus primeras videollamadas en el mes de julio del 2020.

El desarrollo de dicho proyecto estuvo direccionado por los siguientes objetivos:

- Que los/as niñas/os en situación de apartheid ocupacional participen de un espacio de juego cuidado durante el ASPO
- Promover aprendizajes significativos a través del juego.
- Promover autonomía para el desempeño de las áreas ocupacionales juego y educación.

Los/as destinatarios del proyecto fueron niños/as de 3 a 13 años en situación de apartheid ocupacional.

Participaron un total de 69 niños/as de barrios pertenecientes al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), durante el periodo julio-diciembre 2020. La convocatoria a dichos/as niños/as se realizó a través del trabajo en red con:

La Unidad Técnica de Abordaje Integral de Subsecretaría de Promoción de derechos para la Niñez la Adolescencia y la Familia (SENAF), el proyecto R.A.Y.U.E.L.A.S perteneciente al Servicio social del Hospital Nacional Sommer, la Casa de la Mujer la Villa 1 11 14, y el comedor Los Solcitos de Lugano.

Se trata de una juegoteca comunitaria virtual, ya que, ante el contexto de aislamiento, los encuentros lúdicos se desarrollaron dos veces por semana a través de plataformas como *zoom*, *meet* o video llamadas de *whatsapp*. Es importante mencionar, que, en relación a la conectividad, no se utilizaron datos móviles por parte de las familias. El costo para poder sostener estos encuentros estuvo a cargo del presupuesto asignado por el Departamento de Acción Comunitaria de la Universidad.

Los encuentros de juego lo coordinaron, en un primer momento, estudiantes de Terapia Ocupacional de segundo y tercer año (a quienes llamamos voluntarios/as de Ludotena). A partir de septiembre se sumaron más voluntarios/as externos a la UAI. Entre ellos: estudiantes de Terapia Ocupacional de otras universidades, graduadas/os de Terapia Ocupacional y graduadas/os de Psicopedagogía. Participaron un total de 59 voluntarios/as.

En lo que refiere a las propuestas llevadas a cabo, se realizaron un total de 438 actividades vinculadas a la literatura infantil, actividades manuales con material reciclable y escolares.

Además, en el marco de la materia de práctica profesional II² (Campo comunitario), los/as estudiantes llevaron adelante

2 Asignatura de segundo año de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad XXX

diez proyectos sociocomunitarios creados por ellos mismos/as que se concentraron en los siguientes ejes: cuidado del medioambiente, aprendizaje escolar, derechos del niño/as y educación sexual integral.

Por último, es importante mencionar que, en el mes de octubre, el proyecto ganó la convocatoria del *Programa Universidades por la emergencia del COVID-19 (PUPLEC)*³ llevada a cabo por el Ministerio de Educación de la Nación, donde se busca financiar proyectos que puedan llevar acciones comunitarias vinculadas a la atención, prevención y promoción de la salud en el marco de la pandemia.

Método

Diseño

El presente trabajo es una investigación cuasi experimental de enfoque cuantitativo, no experimental, con alcance correlacional y comparativo, y corte transversal, el muestreo es no probabilístico.

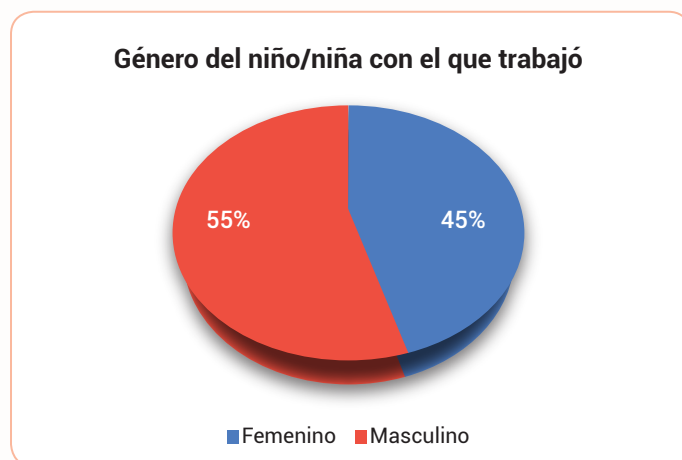
Participantes

El tipo de muestreo fue no probabilístico e intencional, ya que se seleccionaron casos o unidades por uno o varios propósitos. No pretende que los casos sean estadísticamente representativos de la población (Hernandez Sampieri *et al.*, 2014).

En primera instancia cuidadores femeninos de 23 a 55 años ($M= 34.71$, $DS= 6.3$), representando en un 72% por madres de nacionalidad argentina ($n=24$), 7 bolivianas y 2 paraguayas, (Fig.1) y presentan un nivel educativo de secundario incompleto y en el caso de los padres, primario completo.

Los cuidadores primarios han hecho referencia a 33 niños/as de 3 a 13 años ($M= 7.85$, $DS= 2.32$, masculino= 18).

Gráfico 1



3 Para más información: <https://www.derecho.unlz.edu.ar/web2017/creacion-del-programa-universidades-por-la-emergencia-del-covid-19-puplec19-ministerio-de-educacion-y-ministerio-de-salud-resolucion-conjunta-no-2-2020/>

En promedio reportaron que los niños casi nunca juegan en el hogar. En otro sentido, se ha consultado los obstáculos experimentados por los cuidadores, reportando en un 51,5% dificultades con la conexión de internet, un 9,1% ambiente ruidoso y 9,1% distracciones.

Por otro lado, la muestra de voluntarios estaba conformada por 27 voluntarias y 2 voluntarios (Fig. 2), ($M= 26,96$ años, $DS= 5.3$) de las cuales en un 52% pertenecían a la Universidad Juegoteca virtual Ludotena y el 48% eran voluntarios externos. El lugar de residencia de las mismas se componía de la siguiente manera: un 40,06% reside en CABA, un 43,08% en AMBA, un 3,4% en Córdoba y un 3,3% en La Pampa. En cuanto al nivel educativo que poseen el 82,5% son estudiantes de Terapia Ocupacional, el 9,5% Terapistas Ocupacionales, el 4% de Terapistas Ocupacionales con formación en posgrado y el 4% por formación terciaria completa.

Gráfico 2



Instrumentos

Questionario Sociodemográfico (ad hoc)

Se administraron 24 ítems a los cuidadores primarios acerca de las edades y género (del cuidador y del niño, niña y/o adolescente), nivel educativo, nacionalidad y barrio de residencia. También se indagó si en los últimos meses los ingresos del hogar alcanzaron a cubrir las necesidades básicas, hacinamiento (cantidad de personas que habitan el hogar sobre la cantidad de habitaciones utilizadas para dormir), cantidad de libros y juguetes disponibles, frecuencia de lectura y de juego, espacio para juego. Asimismo, se consultó si habían recibido formación educativa durante el ASPO y el medio de acceso a la Juegoteca virtual Ludotena (computadora, celular, internet, otro).

Por otro lado, se administraron un total de 16 ítems a los voluntarios/as, dentro de los cuales se recabó información sobre edad, nacionalidad y género del NNyA con el que ha trabajado durante la intervención, cuidador a cargo y barrio de residencia de la familia. Asimismo, en esta población se registró géne-

ro, edad, nivel educativo, provincia de residencia, profesión, experiencia en intervenciones comunitarias y carreras previas a la actual. También se consultó si pertenecían a voluntarios/as de la UAI o externos a esta, y en el último caso, lugar de formación.⁴

Questionario Ad Hoc sobre percepciones ante Proyecto Juegoteca virtual Ludotena

Questionario realizado a Cuidadores.

Se administraron un total de 64 ítems divididos en seis secciones combinando preguntas mayormente cuantitativas (escala Likert de cinco puntos: (1) no sabe/ no aplica, (2) Nunca (3) Raramente, (4) A veces, (5) Frecuentemente, (6) Muy frecuentemente) y algunas cualitativas, a fin de recabar información sobre los cambios percibidos por las madres a partir de la experiencia, indagando sobre diversos aspectos Antes o en las semanas iniciales a la Juegoteca virtual Ludotena y en las semanas finales a la intervención. Por consiguiente, la primera sección estuvo compuesta por 4 ítems donde se registró el mes de inicio de la experiencia, expectativas, recurso más significativo aportado por la Juegoteca virtual Ludotena y repercusiones del espacio de juego. En la segunda sección, los 13 ítems abarcaron las observaciones del estado emocional y comportamental del niño/a en las semanas iniciales de Juegoteca virtual Ludotena siendo las opciones de respuesta de escala tipo Likert: 1) no sabe/ no aplica 2) Nunca 3) Raramente 4) A veces 5) Frecuentemente 6) Muy frecuentemente.

Por otro lado, en la tercera parte, se indagó con escala Likert la frecuencia de diversas acciones en las semanas iniciales de la Juegoteca virtual Ludotena mediante 9 ítems. Así se registró el tipo de juego realizado (solitario o con familiares, uso de tecnología como medio lúdico), el contacto con otros niños/as o personas. Asimismo, se indagó el autocuidado del cuerpo del NNyA (hábitos de higiene, hábitos de cuidado ante COVID-19) y regulación de las emociones (Ejemplos: Expresando con palabras sentimientos como el miedo, o enojo, tristeza, pidiendo ayuda ante una situación desafiante). Luego, se realizaron algunas de estas preguntas, abarcadas en 11 ítems, para evaluar la percepción de dichos aspectos (tipo de juego, regulación emocional, autocuidado) en las semanas finales del espacio de la Juegoteca virtual Ludotena. En la quinta sección, se administraron un total de 6 ítems, dentro de los cuales se recabó información acerca de cuáles son los recursos que los cuidadores consideran que tuviste para sortear dificultades en el transcurso de la práctica (por ejemplo, paciencia, creatividad, ajuste de expectativas, regulación de frustración, contenido de mayor interés para el niño/a, receptividad del NNyA ante actividades propuestas) a través de la escala Likert de cinco puntos.

⁴ Participaron estudiantes de la Universidad de San Martín, de la Universidad Católica de la Plata y de la Universidad de Buenos Aires.

Finalmente, en la sexta sección, se indagó en 21 ítems el estado emocional y comportamental del niño/a en las semanas finales del espacio de Juegoteca virtual Ludotena.

Cuestionario realizado a Voluntarios.

Al igual que en el cuestionario de cuidadores primarios, en el caso de los voluntarios/as se administraron un total de 67 ítems divididos en 6 secciones combinando preguntas mayormente cuantitativas (escala Likert de cinco puntos: (1) no sabe/ no aplica, (2) Nunca (3) Raramente, (4) A veces, (5) Frecuentemente, (6) Muy frecuentemente) y algunas cualitativas, a fin de recabar información sobre los cambios percibidos durante el periodo marzo a julio 2020 y en las semanas finales a la intervención.

La primera sección estuvo compuesta por 4 ítems donde se registró el mes de inicio de la experiencia, expectativas, recurso más significativo aportado por la Juegoteca virtual Ludotena y repercusiones del espacio de juego. La segunda sección registró en 12 ítems, los cambios percibidos en las semanas iniciales de la Juegoteca virtual Ludotena, en los estados emocionales/conductuales de los NNyA (angustiado, ansioso, motivado, alegre, inquieto, triste, desmotivado, aburrido, entre otros). En la tercera parte, se administraron 9 ítems para indagar la percepción antes o al inicio de Juegoteca virtual Ludotena, sobre el tipo de juego realizado (solitario o con familiares, uso de tecnología como medio lúdico), el contacto con otros niños/as o personas, acciones tendientes al autocuidado (hábitos de higiene, hábitos de cuidado ante COVID-19) y regulación de las emociones (Ejemplos: Expresando con palabras sentimientos como el miedo, o enojo, tristeza, pidiendo ayuda ante una situación desafiante). En cuarto lugar, se consultó en 10 ítems, sobre la percepción según reporte parental u observación del niño (en el periodo final de la intervención), respecto de los aspectos mencionados en el punto anterior (tipo de juego, regulación emocional, autocuidado). En el quinto apartado, se administraron 9 ítems para indagar cuáles son los recursos que consideras que tuviste para sortear dificultades en el transcurso de la práctica (por ejemplo, reuniones con referentes, grupo de pares, equipo de supervisión, paciencia, creatividad, ajuste de expectativas, regulación de frustración, contenido de mayor interés para el niño/a, receptividad del NNyA ante actividades propuestas) a través de la escala Likert de cinco puntos. Finalmente, en la sexta sección, se apeló a través de 11 ítems, la percepción de los/las voluntarios/as respecto del estado emocional y comportamental observado en el niño/a en las semanas finales del espacio de Juegoteca virtual Ludotena. Asimismo, en esta última parte, se incluyeron 12 ítems adicionales para indagar sobre la experiencia a nivel profesional, consultando por ejemplo, cuál fue el cambio más significativo que se vio en el niño/a a partir de la Juegoteca virtual Ludotena qué temáticas se incluyeron

en juegos/actividades, qué es lo que más les gusta al niño/a de la juegoteca virtual Ludotena qué es lo que más les gusta a los cuidadores de la experiencia, qué es lo que más le gusta al voluntario de la intervención, obstáculos (dificultad más significativa de los padres/madres y de los niños/as), detección de situaciones de vulneración de derechos y gestión con referentes comunitarios a fin de realizar derivación. También se consultó sobre qué cosas cambiaría de Juegoteca virtual Ludotena y valoración de la contribución de esta experiencia en el campo con respecto a tu formación conceptual durante la carrera, qué tanto considera haber implementado los contenidos aprendidos en la cursada en la planificación del proyecto lúdico, entre otras.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron administrados por los voluntarios a los cuidadores, de forma voluntaria y anónima, a través de la plataforma Google Forms. Los participantes fueron reclutados a partir de la experiencia de juegoteca virtual Ludotena, durante los meses de noviembre y diciembre del año 2020. Luego de aceptar participar mediante el consentimiento informado, se presentaron los cuestionarios en el mismo orden para todos los participantes, de modo de realizar un control por equiparación y equilibrar el efecto fatiga y aprendizaje: Cuestionario Sociodemográfico, Cuestionarios Ad Hoc sobre proyecto Juegoteca Virtual Ludotena. Los participantes tardaban aproximadamente 20 minutos en completar el cuestionario. Los datos recopilados fueron procesados a través del software IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 25.

Resultados

Análisis de datos

Se realizó un pre-procesamiento de los datos, descartando posibles *outliers*. Se realizó la estadística descriptiva de las principales variables medidas. Luego, se analizó la normalidad y homogeneidad de varianzas de las variables a partir de la prueba de Kormogólov-Smirnov y Levene respectivamente. No se encontró homogeneidad de varianzas y normalidad, por ende se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para muestras relacionadas, comparando los reportes de los cuidadores y voluntarios sobre las experiencias de los NNyA antes y después de haber transitado por la experiencia de Juegoteca virtual Ludotena.

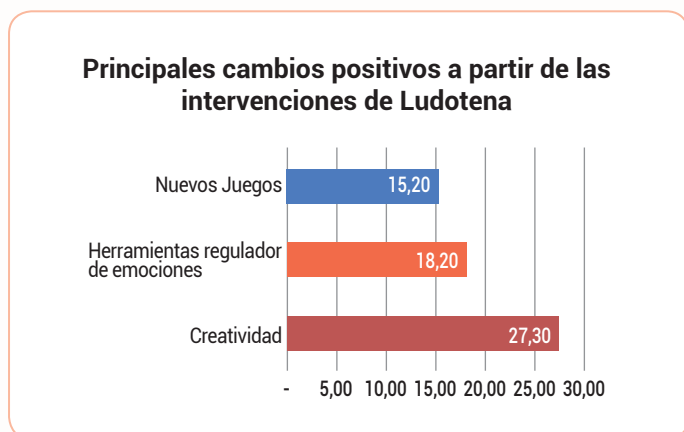
Estadística descriptiva

Aportes de la experiencia de Juegoteca virtual Ludotena según los cuidadores primarios

El 93,9% de los cuidadores primarios notó cambios positivos en el niño/a a partir de las intervenciones de la Juegoteca vir-

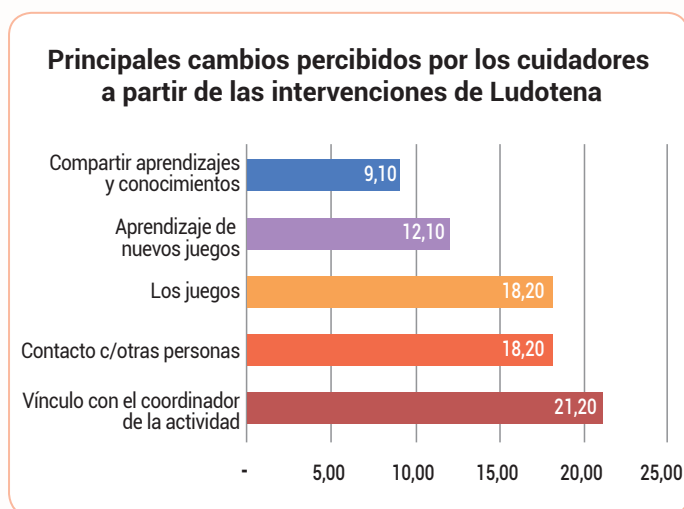
tual Ludotena, solo 1 persona no notó cambios y otro reportó cambios negativos. Asimismo, al indagar sobre el recurso más significativo que el cuidador cree que la Juegoteca virtual Ludotena ha aportado, el 27,3% reporta que ha sido en línea con el desarrollo de la creatividad, 18,2% Herramientas para que el niño/a se sienta mejor y regule sus emociones y 15,2 % Nuevas opciones de juego a los infantes y cuidadores.

Gráfico 3



Por otro lado, en relación al cambio más significativo que el cuidador observó en su hijo/a a partir de la Juegoteca virtual Ludotena, el 21,2 % reportó que su hijo/a incorporó nuevas actividades/juegos y otro 21,2% que incorporó nuevos conocimientos. Asimismo, es de gran relevancia destacar que el 12,1% percibió una mejora en el vínculo entre el niño/a y su familia a partir de la intervención. El 12,1 % de los niños/as mejoró su humor a partir de los encuentros de la Juegoteca virtual Ludotena y el 6,1 % mejoró en su desempeño escolar, siguiendo las percepciones de los cuidadores.

Gráfico 4



En cuanto a los cambios percibidos a partir de la Juegoteca virtual Ludotena, el 39,4% mejoró el vínculo con el cuidador

para la realización de las tareas, el 24,2% de los cuidadores mencionó mayores posibilidades de actividades a realizar con su hijo/a y el 15,2% observó un aumento de la motivación para conectarse con los encuentros escolares.

Cuando se indagó sobre aquello que más agradó a su hijo/a, los cuidadores reportaron en un 21,2% que el vínculo con las coordinadoras de la actividad fue lo que más le gustó, 18,2% el poder estar en contacto con otras personas, 18,2% los juegos, 12,1% el aprendizaje de juegos nuevos, 9,1% han disfrutado de compartir aprendizajes y conocimientos.

A su vez, hay un 9% que han respondido también sobre el agrado ante los juegos, vínculo con coordinadoras y aprendizajes vividos.

Asimismo, el 60,6% considera que sus hijos aprendieron sobre sus derechos.

Finalmente, el 97% de los cuidadores primarios expresa voluntad de continuar participando del programa de juegoteca virtual Ludotena en el corriente año.

Comparación antes y después de la Juegoteca virtual Ludotena.

Se han observado diferencias significativas ($p = ,010$) en el reporte de los cuidadores primarios respecto de la regulación emocional del niño a partir de la intervención en la Juegoteca virtual Ludotena. Asimismo, al comparar las habilidades en el momento previo ($M = 3,38$; $DS = 1,385$) y posterior ($M = 4,03$; $DS = 1,121$), se ha observado un aumento en la capacidad para expresar con palabras sentimientos como el miedo, o enojo, tristeza y/o pidiendo ayuda ante una situación desafiante, siendo previo la intervención.

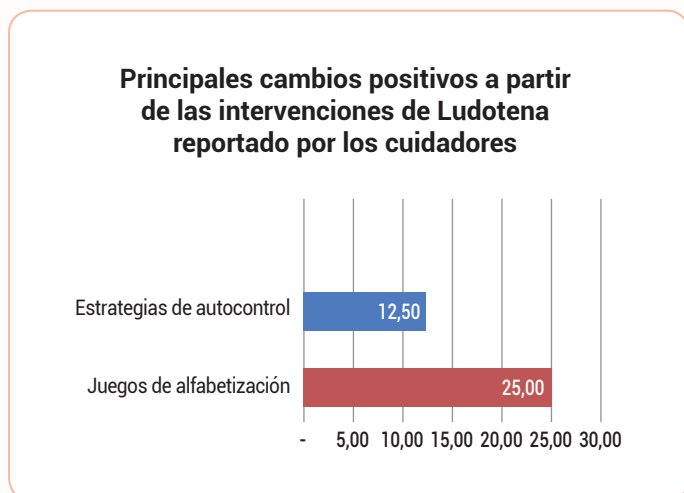
Asimismo, también se han encontrado diferencias significativas en el juego del niño ($p = ,021$), aumentando los valores del juego solitario posterior a la intervención ($M = 2,48$; $DS = 1,395$), a diferencia de lo reportado previamente ($M = 2,94$; $DS = 1,343$).

Aportes de según los/as voluntarios/as de la juegoteca virtual Ludotena.

Los recursos más significativos que los voluntarios creen haber aportado a los niños/as que participan en Juegoteca virtual Ludotena son nuevas opciones de juegos para los cuidadores e infantes con un 31,1% y el desarrollo de la creatividad con un 25%, ambos sobre el total de ($n = 33$) niños participantes, esto se condice con el cambio más significativo visto en el niño que ha sido la incorporación del juego en un 34,4%.

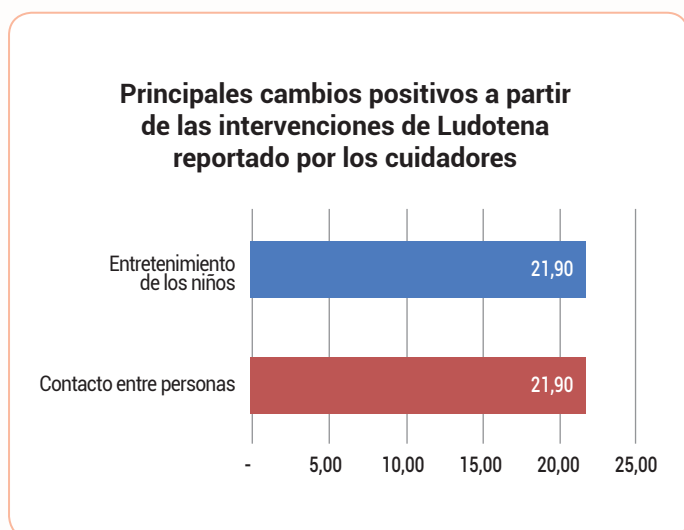
En este sentido, se ha consultado el contenido que más interés les generó a los niños, reportando en un 25% juegos de alfabetización y 12,5% estrategias de autocontrol y manejo del estrés.

Gráfico 5



Respecto a que identificaron acerca de lo que más les gustó a los cuidadores el 21,9% valoró el contacto entre personas y 21,9% el entretenimiento de los niños.

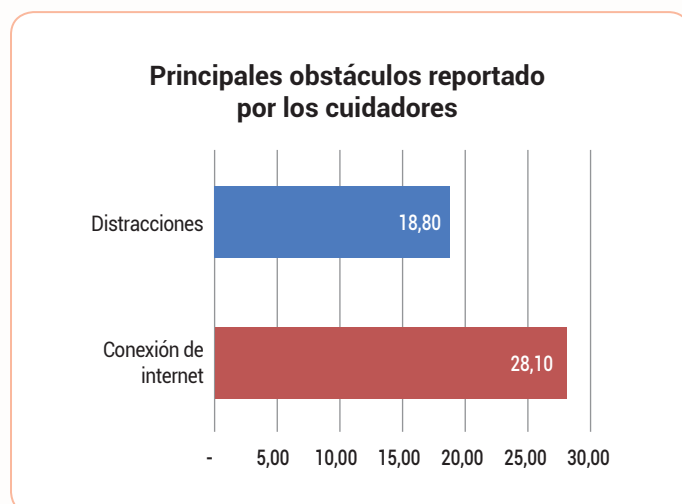
Gráfico 6



En cuanto a los obstáculos identificados de los padres/madres y de los niños/as destacan la conexión a internet en un 28,1%, las distracciones en un 18,8% que se relaciona con la cantidad de personas que están conviviendo en el mismo espacio físico a la hora del encuentro virtual de Juegoteca virtual Ludotena.

Respecto a si han detectado situaciones de vulneración de los derechos, se reporta que el 96,9% no han sido detectadas dichas situaciones, y solo ha sido detectado un caso que representa el 3,1% del total (n=33) de los niños que forman parte de Juegoteca virtual Ludotena.

Gráfico 7



El 65,5% de los voluntarios expresaron la voluntad de continuar participando del programa de Juegoteca virtual Ludotena en el corriente año.

Comparación antes y después de las percepciones juegoteca virtual Ludotena

Se han observado diferencias significativas en el reporte de los voluntarios respecto de diversas emociones y sensaciones, habiendo una mejora en el estado de ánimo de los NNyA protagonistas de la intervención, principalmente respecto de sentirse “aburrido” ($p=,002$) al comparar los datos previos ($M=2$; $DS=0,96$) y posterior a Juegoteca virtual Ludotena ($M=1,28$; $DS=0,52$). Asimismo, disminuyó la desmotivación de modo significativo ($p=,006$), al contrastar momentos previos ($M=1,83$; $DS=1,104$) y posteriores a la intervención ($M=1,17$; $DS=,6$). A su vez, este mismo comportamiento se observa en los ítems “ansioso” ($p=,017$) mostrando diferencias entre los valores de la etapa inicial o previa a Juegoteca virtual Ludotena ($M=2,31$; $DS=1,28$) y posteriormente ($M=1,69$; $DS=1,16$), lo cual también sucede con el sentirse “inquieto” ($P=,019$), cuyos valores han disminuido a partir de la experiencia desarrollada ($M=2,59$; $DS=1,32$) en comparación con el período final de Juegoteca virtual Ludotena ($M=1,97$; $DS=1,14$).

Conclusiones

El objetivo de la siguiente investigación fue, en primer lugar, describir los cambios más relevantes observados en los NNyA en las áreas de juego, aprendizaje y regulación emocional, a partir del reporte de los voluntarios que llevaron a cabo la experiencia y los cuidadores primarios participantes. Por otro lado, comparar la percepción de los encuestados, sobre los aspectos mencionados, en los NNyA antes o al comienzo de juegoteca virtual Ludotena y en el periodo final o una vez terminada la experiencia. Finalmente evaluar la experiencia de los voluntarios

y los estudiantes de Terapia Ocupacional, a partir de la intervención sociocomunitaria realizada. Los hallazgos dan cuenta de que los voluntarios notaron más cambios en los NNyA a partir de la experiencia, que los cuidadores, y en general, en ambos grupos, la experiencia del dispositivo fue positiva.

Específicamente, en el área de juego, tanto voluntarios/as como cuidadores/as primario/as, creen que el recurso más significativo que han incorporado los NNyA fue el desarrollo de la creatividad y la posibilidad de tener nuevas opciones de juegos, tanto para los infantes como para los/as adultos/as convivientes. Este impacto es de gran relevancia, ya que el juego es conceptualizado como una actividad promotora del desarrollo infantil (Vigotsky, 1988), permitiendo nuevos aprendizajes y habilidades de afrontamiento (Aizencang, 2005). Por otra parte, se han encontrado diferencias en el juego de los NNyA según lo percibido antes y después de la intervención. Se ha reportado aumento en los valores del juego solitario en sus hogares, que se puede interpretar como resultado del aumento de las posibilidades lúdicas y el despliegue de la creatividad promovido en los encuentros lúdicos.

En adherencia a lo mencionado, respecto del interés lúdico por parte de los NNyA, los/as voluntarios/as reportaron que los juegos de alfabetización fueron los más elegidos. Esto se vincula directamente con el área de intervención vinculada al aprendizaje. Por consiguiente, los resultados corroboran la hipótesis respecto del incremento de recursos para el aprendizaje escolar. Así fue que las madres reportaron que a partir de la Juegoteca virtual Ludotena mejoró el vínculo para la realización de las tareas. Además, mencionaron mayores posibilidades de actividades a realizar con su hijo/a y observaron un aumento de la motivación para conectarse con los encuentros escolares. En este sentido la Juegoteca virtual Ludotena ha podido sortear estas dificultades y de alguna manera construir herramientas para la conexión y el vínculo con la tecnología.

Asimismo, la intervención planteada también ha resultado significativa para el eje de regulación emocional, la ansiedad y la inquietud han sido algunas de las expresiones emocionales más frecuentes en NNyA, según el reporte parental. Asimismo, los/as voluntarios/as han observado diferencias significativas respecto de diversas emociones y sensaciones, habiendo una mejora en el estado de ánimo de los niños, principalmente respecto de sentirse aburrido, desmotivado, ansioso, inquieto. En relación a esto, las madres perciben que posterior a la Juegoteca virtual Ludotena ha habido en los niños/as un aumento en la capacidad para expresar con palabras sentimientos como el miedo, o enojo, tristeza y/o pidiendo ayuda ante una situación desafiante, en comparación a los periodos previos a la intervención. También consideran que el recurso más significativo brindado por la Juegoteca virtual Ludotena han sido las herramientas para que el niño/a se sienta mejor

y regule sus emociones y estrategias de autocontrol y manejo del estrés. Por lo tanto, se confirma la hipótesis respecto de un aumento de estas habilidades de regulación emocional. Asimismo, no solo se han desarrollado estas capacidades, sino que se percibió una mejora en el vínculo entre el niño/a y su familia a partir de la intervención. Otras referencias por parte de los cuidadores afirman que los niños/as mejoraron su humor a partir de los encuentros de la Juegoteca virtual Ludotena y su desempeño escolar. Por consiguiente, adquirir nuevas herramientas para identificar y regular las emociones se asocia a un mayor bienestar psicológico y a la vez que posibilita la inhibición de expresiones disruptivas beneficiando el desempeño académico (Andrés, *et al.*, 2014).

En cuanto a las limitaciones de la investigación podemos mencionar que el número muestral es pequeño y que la recolección de datos se llevó a cabo con medidas indirectas, es decir con los reportes de voluntarios y cuidadores. Otra cuestión limitante fue el muestreo que es no probabilístico y que las técnicas de recolección de datos son ad-hoc.

Las autoras consideran que es necesario avanzar en el desarrollo de estudios cuantitativos con la ampliación de número muestral y la evaluación con medidas directas. Así mismo, la realización de estudios cualitativos en los que se describa la experiencia de los participantes para complementar los estudios cuantitativos.

Para concluir, a pesar de la complejidad sociosanitaria, el colectivo que conforma la Juegoteca virtual Ludotena en conjunto con organizaciones sociales y la participación de NNyA y sus familias ha podido entretener una práctica política innovadora, capaz de transformar la realidad de los/as participantes en función de un horizonte de trabajo basado en el respeto y cumplimiento de los derechos de los/as NNyA. En los próximos años, será de gran importancia generar proyectos donde la Universidad pueda colaborar en la reconstrucción del tejido social en los territorios albergando las demandas socio-ocupacionales y diseñando diversos caminos que impliquen el real ejercicio de los derechos. ■

[Recibido 08/03/2021 - Aprobado 06/12/2021]

Referencias

- Abregú, M. (2011). *¿Y si lo hacemos jugando? Una alternativa a las prácticas pedagógicas tradicionales*. Jornada de becarios y tesistas. Universidad Nacional de Quilmes. Bernal, Buenos Aires.
- Aizencang N. (2005). *Jugar, Aprender y enseñar: relaciones que potencian los aprendizajes escolares*. (1er ed.). Manantial.
- Andrés, M. L., Castañeiras, C. E., & Richaud, M. C. (2014). *Relaciones entre la personalidad y el bienestar emocional*

- en niños. El rol de la regulación emocional. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8(2), 217-241.
- Baukloh, K. (2020). La presencia, los vínculos y el juego en la contingencia: tiempos de COVID-19. *Revista Experiencias del PCE*, 4(4). Ediciones Chics. <http://edicionesfhycs.fhycs.unam.edu.ar/index.php/experiencias>
- Colectivo de autores (1988) *Selección de Lecturas de Psicología de las Edades I, III, XXXVII*. Editora Universitaria, Universidad de La Habana.
- Decreto 260 de 2020. Emergencia sanitaria por Coronavirus. B.O. 34327. 12 de marzo de 2020.
- Decreto 520 de 2020. Distanciamiento social, preventivo y obligatorio. B.O. 230245. 7 de junio de 2020.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2014). Multidimensionality of prosocial behavior: Rethinking the conceptualization and development of prosocial behavior. En L. M. Padilla-Walker & G. Carlo (Eds.), *Prosocial development: A multidimensional approach* (17-39). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199964772.003.0002>
- Ferland F. (2005). ¿Jugamos? el juego con niñas y niños de 0 a 6 años. (1er ed.). Narcea.
- Frigerio, G. (2020). De puertas y anfitriones. En Ministerio de Educación de la Nación, *En las Escuelas: acompañar, cuidar, enseñar* (1er ed., p.6). https://backend.educ.ar/refactor_resource/get-attachment/33452
- García-Sánchez, R. (2020). La reutilización lúdica del espacio urbano en tiempos de la COVID-19. *Sociología del Deporte*, 1(1), 25-28.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M.P. (2014). Recolección de datos cuantitativos. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, M.P. Baptista Lucio, *Metodología de la investigación* (Ed. 6ta), 196-209. McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Kronenberg F., (2007). Superar el apartheid ocupacional: exploración preliminar de la naturaleza política de la Terapia Ocupacional. En F. Kronenberg, S. Simo-Algado y N. Pollard, *Terapia Ocupacional sin fronteras – aprendiendo del espíritu de supervivientes* (58-85). Panamericana
- Mansione, I., Zac, D., y Temelini, P. (2016). Caja de herramientas para la educación emocional. Diseño de proyectos institucionales. Técnicas para coordinar grupos. Acciones socio-comunitarias. Noveduc
- Melamed, A. F. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: un análisis desde la filosofía de la mente. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*, 49, 2016, pp. 13-38. <https://www.redalyc.org/pdf/185/18551075001.pdf>
- Orgilés, M.; Morales, A.; Delvecchio E.; Mazzeschi C. & Espada, J. (2020) Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth from Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
- UNICEF (Mayo de 2020a). *La pobreza y la desigualdad en niños, niñas y adolescentes en la Argentina. Efectos del COVID-19*. <https://www.unicef.org/argentina/informes/pobreza-desigualdad-infantil-covid19>
- UNICEF (Junio de 2020b). *Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana*. <https://www.unicef.org/argentina/informes/encuesta-rapida-covid-19-informe-de-resultados>
- Vigotsky, L.S. (1988). Interacción entre enseñanza y desarrollo. En Colectivo de Autores, *Selección de Lecturas de Psicología de las Edades I, III, XXXVII*. Editorial del Ministerio de Educación Superior
- Whitebread, D., & Basilio, M. (2012). Emergencia y desarrollo temprano de la autorregulación en niños preescolares. *Revista de currículum y Formación de Profesorado*, 16(1), 15-34.

Cómo citar este artículo:

Abregú, M., Durand, M.F., Molina, E.D., Simaes, A.C., De Grandis, M.C., Gago Galvagno, L. G., (2021). Estudio de Percepciones de familias y voluntarios/as que participaron de una experiencia de juegoteca comunitaria virtual para niños/as y adolescentes en situación de apartheid ocupacional en el marco de la pandemia COVID-19. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 34-44.

Terapia Ocupacional y Servicios de Salud Mental en tiempos de pandemia. Reflexiones y propuesta de acciones a futuro

Occupational Therapy and Mental Health Services in times of pandemic. Reflections and proposal of future actions

Marcia Frare

Licenciada en Terapia Ocupacional. Universidad de Mar del Plata. Especialista en Terapia Ocupacional Comunitaria por la Universidad Nacional de Quilmes. Profesional de Planta Hospital Braulio Moyano Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
marciafrare49@gmail.com

Marcia Frare

Resumen

Los profesionales de la Terapia Ocupacional estamos abocados al trabajo con las personas, junto con el desarrollo de estrategias facilitadoras del desempeño de ocupaciones, preservando el equilibrio/desequilibrio, aportando resultados positivos al propio bienestar. En el campo de la salud mental, se trata de evitar viejas metodologías manicomiales, a través de la valoración del conocimiento y experiencia adquirida, centradas en la participación de las personas en la vida diaria, mediante el desempeño de ocupaciones significativas. El COVID-19 es una enfermedad pandémica que provocó cambios en las áreas de salud, del trabajo y de las relaciones sociales. La modalidad de atención profesional y el cuidado del propio estado de salud sufrieron consecuencias que exigen extremas precauciones. En los Servicios de Salud Mental, se vivieron escenarios de marginación laboral, al asumir que el encierro es la circunstancia más rápida y efectiva para enfrentar una enfermedad contagiosa. En cuanto a la tarea profesional, se adoptaron metodologías como el teletrabajo, con continuidad en el enfoque centrado en las secuelas neurológicas, psiquiátricas, el rescate del estado de sujetos con derecho y las instancias sociocomunitarias. Las respuestas emocionales, enlazadas en relaciones peculiares, es una de las secuelas de la pandemia que motiva este escrito. El esfuerzo personal de mis colegas y compañeras, en las tareas presenciales que realizan en el hospital de Salud Mental de mujeres de la CABA, es el mérito que debe ser expuesto. Ellas permanecen, enfrentando la situación pandémica, con máximo esfuerzo individual y grupal.

Palabras clave: Hospital, salud mental, pandemia, derechos, Terapia Ocupacional.

Abstract

Occupational Therapy professionals are dedicated to working with people. To the development of strategies that facilitate the performance of occupations, preserving balance / imbalance, providing positive results for one's own well-being. It is about avoiding old asylum methodologies, through the assessment of the knowledge and experience acquired, focused on the participation of people in daily life, through the performance of meaningful occupations. COVID-19 is a pandemic disease that caused changes in the areas of health, work and social relationships. The modality of professional care and the care of one's own state of health suffered consequences that require extreme precautions. In the Mental Health Services (SSM), scenarios of labor marginalization were experienced, assuming that confinement is the fastest and most effective circumstance to face a contagious disease. Regarding the professional task, present methodologies were adopted, such as teleworking, with continuity in the approach focused on neurological and psychiatric sequelae, the rescue of the status of subjects with rights and the social / community instances in the area of Mental Health. Emotional responses, linked in peculiar relationships, is one of the consequences of the pandemic that motivates this writing. The personal effort of my colleagues and colleagues, in the face-to-face tasks that they carry out at the Mental Health Hospital for women in CABA, is the merit that must be exposed. They remain, facing the pandemic situation, with maximum individual and group effort.

Key words: Hospital, mental health, pandemic, rights, Occupational Therapy.

Situación pandémica inicial

La Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) reconoce el impacto negativo que la pandemia del COVID-19 causa en la vida cotidiana de las personas. Se ven afectadas, la comunicación, la movilidad, la participación social, el desplazamiento dentro y fuera de la comunidad, ocasionando consecuencias en la Salud Mental. (WFOT, 2020). Informa a la población en general, a través de la práctica profesional, que el desempeño de ocupaciones forma parte de las actividades cotidianas de las personas, los grupos familiares y la comunidad. Son acciones que las personas realizan como parte de sus necesidades, para dar sentido a sus vidas.

Los cambios resultan significativos en la población mundial. Las consecuencias son reiteradas en la vida, la salud, el bienestar de las personas. Para enfrentarlos se requieren mayores y nuevas acciones destinadas a la supervivencia (Ramírez-Ortiz *et al.*, 2020).

Estadísticas

A nivel internacional, la WFOT realizó una encuesta a 2.750 terapeutas ocupacionales, asistentes y estudiantes de diversos países, permitiendo la comprensión de la situación a nivel mundial. La primera evaluación estuvo centrada en los indicadores de mortalidad y morbilidad por COVID-19. A posteriori se consideró la necesidad de analizar los daños colaterales provocados por el impacto surgido en las nuevas condiciones sanitarias y sus consecuencias. La mayoría de los profesionales experimentó problemas de salud, resaltando que quienes trabajan en el área clínica, son los que tienen menos probabilidades de sentirse seguros, por se y por el posible contagio a su grupo familiar. El COVID-19 y la pandemia fueron para la Terapia Ocupacional y para las profesiones asistenciales causales de restricción de servicios, debido fundamentalmente a la falta de experiencia generalizada ante una situación inédita, como nuevas demandas laborales, cambios en las condiciones de trabajo y limitación de recursos (Morrison y Silva, 2020).

A nivel nacional se implementó un estudio observacional a 76 trabajadores de los Servicios de Salud Mental (SSM) del orden público, privado y organizaciones sin fines de lucro. La observación se realizó en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Chaco, Rio Negro y Santa Fe. Se completó en el periodo comprendido entre el 8 de mayo y el 30 de junio del 2020. Su importancia radica en el aporte de una primera visión de la situación inicial de los SSM que conforman el primer nivel de atención, hospitales generales, hospitales neuropsiquiátricos, centros de día y rehabilitación. El análisis de los datos logrados abarca tres factores determinantes:

Cambios en la demanda de atención: inicialmente se observó una baja generalizada de pacientes, que tenían al conta-

gio. Posteriormente aumentó la demanda, en algunos casos sólo para recibir medicación. La falta de atención trajo a los y las pacientes consecuencias, como el retroceso en la recuperación individual y severas dificultades en la convivencia familiar. La atención presencial fue la más afectada, sustituida por el acompañamiento telefónico, que resultó útil en el reemplazo. En el inicio mostró dificultades en el proceso de adaptación, por parte de los usuarios del sistema de salud y sus familiares. Situación provocada en parte por inequidad social y económica.

Cambios en el proceso de atención: las internaciones se limitaron a casos de suma urgencia, con menor tiempo de permanencia. En forma simultánea se favoreció las prontas externaciones, con modalidad de internación domiciliaria, poniendo en evidencia la reticencia de los familiares a recibir a su integrante. Las disrupciones en la convivencia aumentaron notablemente, ya que fueron favorecidas por el contexto de aislamiento obligatorio. Las personas internadas sufrieron la suspensión de los permisos de salida, con pérdida del vínculo con familiares y amigos. Por otra parte, el uso de material de protección obligatorio personal, restringe y disminuye la capacidad de intervención, entorpeciendo el apoyo y la contención de emociones.

Cambios en la estructura de atención: la obligatoria distancia social, llevó a reacomodar el espacio físico, organizando burbujas de trabajo. Las licencias especiales y la reubicación laboral entre otros efectores de salud, provocó sobrecarga en el personal por reducción de profesionales y trabajadores disponibles. El aislamiento obligatorio ocasionó severas limitaciones en la movilidad de las personas. Se afectaron los vínculos sociales dentro y fuera de los SSM. A la interrupción de visitas familiares, se agregó la falta de contacto social con amigos y compañeros, asistidos en diferentes espacios de internaciones prolongadas.

Son cambios profundos que llevan a pensar nuevas estrategias de intervención profesional, centrada en la recuperación de todas las personas involucradas. Se trata de activar una modalidad de atención abarcativa, previo a la reestructuración del pensamiento adecuado a la situación que nos toca vivir. (Ardila Gómez, *et al.*, 2021).

Efectos psicosociales de la pandemia

Los cambios mencionados en los hospitales de Salud Mental del AMBA, son confirmados a través de nuestro ejercicio profesional en el Hospital de Mujeres de la CABA. En este nosocomio, se encuentra una de las poblaciones más vulnerables. De acuerdo con Torralba Roselló (2010), el aislamiento es la principal causa de vulnerabilidad, ya que la falta de desempeño de ocupaciones se vive como enfermedad, es una experiencia subjetiva de fractura del propio cuerpo que pierde su capaci-

dad funcional/directiva. Es la expresión viva de la precariedad e inestabilidad, que se expresa sólo en condiciones de pérdida de la capacidad funcional. Escapa de la dualidad cuerpo/alma, abarcando la totalidad, se forma una epifanía de la fragilidad del propio cuerpo. En el momento que se presenta una situación límite, la primera reacción es de ocultamiento, luego cunde la desesperación y la reconstitución. En este proceso de vivencia negativa surge el proceso de pedido de ayuda, la necesidad del otro como parte de la energía vital. Se formulan respuestas obtenidas a partir de patrones de aprendizaje, en reacciones beneficiosas a los intereses vitales de cada individuo. En el momento que se presenta una situación límite, la primera reacción es de ocultamiento, luego cunde la desesperación y la reconstitución (Torralba Rosselló, 2010).

La persona como sujeto de derecho

La atención de la Salud Mental lleva a repensar y reestructurar la profesión. Se debe convivir con el distanciamiento social y los sistemas de vigilancia epidemiológica, planificando intervenciones, con nuevas modalidades de atención. El ejercicio profesional debe adecuarse a las nuevas circunstancias. La transmisión acelerada del virus nos obliga a definir nuestra función profesional, pensando la vida cotidiana a través de factores comunes a todas las personas y poblaciones. Es perentorio observar las consecuencias en la vida cotidiana, incluyendo los diferentes modos de vivenciar las experiencias, que provocaron el distanciamiento y aislamiento (Colegio profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid, 2020).

El abordaje de la Terapia Ocupacional debe incluir los diversos niveles sociales, con enfoque centrado en las personas carenciadas, la seguridad social, la educación y la defensa de las políticas públicas. La transmisión acelerada del virus nos obliga a definir nuestra función profesional pensando la vida cotidiana, a través de factores comunes a todas las personas y poblaciones. Se debe convivir con el distanciamiento social, los sistemas de vigilancia epidemiológica, planificando intervenciones con nuevas modalidades de atención. La intervención debe ser prioritaria en los grupos sociales más carenciados, dado que son los que padecen la privación de necesidades para la supervivencia. Los hábitos con sus rutinas muestran la capacidad para reconocer mediante las características adecuadas, el momento del caos y sus circunstancias. La violencia doméstica, por ausencia de garantías, magnificada por el aislamiento, se transformó en un riesgo naturalizado en la vida cotidiana, incluyendo la sensibilización frente a la violencia simbólica. El trabajo doméstico fue y sigue siendo una sobre carga para la mujer, reproduciendo la lucha feminista (Serrata Malfitano, *et al.*, 2020)

Avalamos que en el proceso de recuperación de la emergencia durante y posterior al desastre, la atención a las mujeres debe ser considerada como la población más propensa al daño. Su

condición de indefensión, acompañada por las amenazas de las que es víctima, le dificulta el acceso a los recursos materiales y sociales necesarios para la reconstrucción de la vida cotidiana. La subsistencia propia y la de su familia, la cumple desde una perspectiva de segunda línea. La condición de género se plantea dentro de tres características básicas: la invisibilidad del trabajo doméstico, la subordinación en las relaciones de poder y la discriminación y explotación por condiciones de género. El múltiple rol de la mujer que es utilizado en beneficio de la recuperación de la cotidianidad debe ser resignificado. En situaciones de desastres, el múltiple rol de la mujer es utilizado en beneficio de la recuperación de la cotidianidad. Los hábitos y rutinas muestran la capacidad para reconocer, mediante las características adecuadas el momento del desastre y sus circunstancias (Boffelli, *et al.*, 2008).

Performatividad y constitución del estado de derecho

La WFOT reconoce el derecho de recibir cuidado integral de la salud, rehabilitación e inclusión social y ocupacional, a todas las personas que están o fueron afectados por el COVID-19. El manejo de la pandemia por parte de los profesionales debe concentrarse en comprender el impacto causado por el aislamiento social. Sabemos que existe un grupo de personas que no tiene acceso a servicios de Terapia Ocupacional, la WFOT como organismo a nivel mundial insta a superar las desigualdades sociales (WFOT, 2020).

En este escenario se debe construir sentido y significados, en el reconocimiento de individuos sociales, explorando experiencias y concordando saberes en el abordaje de las crisis y cuidado de las personas que padecen enfermedad mental. La pandemia ha provocado cambios que modificaron el estilo de vida de la mayoría de las personas con continuidad a largo plazo. Se requiere constancia y esfuerzo personal para modificarlos. Es imperante, recuperar el estado de derecho perdido en la imposición del aislamiento obligatorio (Serrata Malfitano, *et al.*, 2020)

La práctica profesional de los terapeutas ocupacionales tiene relación e influencia del contexto social, político, económico. Los significados que la persona adquiere a través de sus capacidades se definen en la búsqueda de logros, para llegar a ser un sujeto hábil y productivo. El proceso requiere ambientes, en donde las construcciones sociales conforman significados en términos favorables, vitales y autorrealizados. Se trata de la práctica discursiva, que se obtiene mediante el entramado de enunciados con estrategias recíprocas, hasta lograr la acción expresada y transmitida en el hacer. Se forman representaciones, creencias y acciones, que el terapeuta ocupacional advierte, con reproducción en el sentido del hacer, hasta lograr actividades significativas (Gutiérrez y Pujol, 2009; Torralba Rosselló, 2013).

Mediante la conjunción de pensamiento y acción es posible transmitir en la palabra, la acción implícita que esta comunica. En la mención de toda acción, que en principio no puede realizarse, se anuncia el acto de concretar aquello que se indica realizar. En la acción performativa, mediante la interacción de un juego lingüístico, resultan igualmente relevantes, la palabra como la acción. La repitencia llega a ser aceptada y se transforma en una acción performativa. Se conforma una construcción social, en donde el sujeto se constituye en una identidad más allá del género, la raza, la clase social o función que cumple. Las ocupaciones como formadoras de la identidad de las personas son parte de la realidad, de la construcción diaria de cada individuo en particular y su grupo social en general. Nombrar la acción, en palabras performativas, es realizable. Aceptar la performatividad equivale a reemplazar la acción material por la acción lingüística (Czernik, Sobrero y Tomatis, 2014; Ramírez-Ortiz, *et al.*, 2020).

Reflexiones finales

La pandemia ha demostrado que los cambios permanecen, con tendencia en el largo plazo. El daño provocado lleva a pensar en políticas globales, centradas en salud, educación y DDHH, para atender las consecuencias del impacto provocado. En Salud Mental la atención a personas que no presentaban dificultades antes de la aparición del COVID-19, continúa con ritmo sostenido. Se registran secuelas emocionales, que se estabilizan, con dificultades para recuperar estados emocionales previos. Los trabajadores de la salud son la población más afectada por la continuidad laboral obligada, ante la imposibilidad de reemplazo. La falta de licencia y descanso provoca agotamiento en la atención de pacientes contagiados. Se prevé aumento significativo de secuelas psiquiátricas y neurológicas a corto y largo plazo, provocando sobre exigencia de la atención profesional. En cuanto a los SSM, es prioridad el monitoreo constante del cumplimiento de los derechos indicados en la Ley de Salud Mental 26.657, con la pronta recuperación de la atención de la salud mental en hospitales generales, incluidas las internaciones. Retomar las modalidades de trabajo grupal y presencial, con cuidados y vestimenta apropiada, como parte del ejercicio profesional, es indispensable para la continuidad asistencial. Para los terapeutas ocupacionales la marginación profesional, obligada por el aislamiento inicial aplicado en forma preventiva, está siendo superada por intervenciones con atención presencial. Se requiere la consideración de los cuidados personales, incluyendo el equipamiento de vestimenta de protección, según las normas actuales, con aforos planificados para la seguridad de todos los involucrados. El teletrabajo aplicado a personas en aislamiento permite ofrecer asistencia profesional en las acciones de autocuidado y las básicas del desempeño ocupacional cotidiano. Si bien la tecnología impide el acercamiento

corporal, es posible la evaluación de las secuelas post COVID, a la vez que permite considerar indicadores de violencia doméstica y de género. Esta modalidad de trabajo debe ser favorecida con mayores recursos tecnológicos, especialmente en los hospitales de Salud Mental, con el objetivo de beneficiar la tarea profesional. Se debe replicar este modo de comunicación, útil en el fortalecimiento del vínculo entre las personas internadas con familiares, amistades y la comunidad. Mediante una licencia poética llevo a la discusión laboral, la metáfora del Bifronte Jano, el Dios de las puertas de entrada y salida, de los comienzos y los finales. Sus dos caras representan el espíritu de vigilancia, hacia atrás y hacia adelante y simultáneamente permite ver pasado y futuro. Cabe recordar que nuestra profesión se gestó en situaciones de infortunio, tanto a nivel mundial como nacional. Colegas, compañeros y compañeras, tengamos en cuenta que es la propia adversidad la que nos marca el camino a seguir. ■

[Recibido: 15/10/21 - Aprobado: 29/11/21]

Referencias

- Ardila-Gómez, S., Rosales, M.L., Fernández, M.A., Velzi-Díaz, A., Matkovich, A. y Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública, Suplemento COVID-19*. [Archivo PDF] http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Ardilae26.pdf
- Boffelli, M., Boggio, C., Chiapessoni, D., Demichelis, M., Demiryi, M., Funes, J.C., et cols. (2008). La construcción del conocimiento sobre catástrofes. *TOG (A Coruña)*, 5 (2), 1-17. <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/original3.pdf>
- Colegio profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid. (2020). *Guía clínica de intervención de Terapia Ocupacional en pacientes con COVID-19*. <https://coptocam.org/wp-content/uploads/2020/05/Gu%C3%ADa-cl%C3%ADnica-de-TO-covid-19-.pdf>
- Czernik, J., Sobrero, J., y Tomatis, F. (2014). La actividad en Terapia Ocupacional y los Procesos de constitución del sujeto en Dispositivos de salud mental. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14 (1), 89-100. doi: 10.5354/0719-5346.2014.32393.
- Gutiérrez, P. y Pujol, J. (2009). *Constitución de sujeto de intervención de la Terapia Ocupacional*. Libro de Actas, volumen 3. XI Congreso Nacional Psicología Social. Tous, J. y Vicente, E. editores. 179- 184.
- Morrison, R., y Silva, C. (2020). Terapia Ocupacional en tiempos de pandemia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20 (1). 7-12. <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/57813>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology* 48 (4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Serrata-Malfitano, A. P., Cezar da Cruz, D. M., & Esquerdo-Lopes, R. (2020). Terapia Ocupacional en tiempos de pandemia: seguridad social y

garantías de un cotidiano posible para todos. *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 118-123. <https://doi.org/10.25214/25907816.950>

Torralba Rosselló, F. (2010). Hacia una antropología de la vulnerabilidad. *Revista Forma*, 2. 25-32. <https://raco.cat/index.php/Forma/article/view/216306/287078> 12.

World Federation of Occupational Therapists. (2020). *Declaración pública: Terapia Ocupacional y rehabilitación de personas afectadas por la pandemia de COVID-19* (Trad. E. Jimenez Salas, D. Castro, M. Cohn). <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-and-rehabilitation-of-people-affected-by-the-covid-19-pandemic>

Cómo citar este artículo:

Frare, M. (2021). Terapia Ocupacional y Servicios de Salud Mental en tiempos de pandemia. Reflexiones y propuesta de acciones a futuro. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 45-49.

Productos de apoyo en el ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional

Use of assistive technology devices in the professional practice of Occupational Therapy

María Jimena Garriga Zucal | Jimena Beatriz Fleites

María Jimena Garriga Zucal

Licenciada en Terapia Ocupacional, especialista en psicogerontología, Magister en Gerontología Clínica. Profesora de la Universidad de Buenos Aires. Terapeuta Ocupacional de planta del Centro Universitario de Rehabilitación y Atención Integral de la Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del Proyecto: Confección de Productos de Apoyo en impresoras 3D para la autonomía personal - EXP-UBA: 57.6661201 7 – Programa UBATIC/ Citep/ UBA. Integrante del Proyecto de Desarrollo Estratégico: Estudio de validación de Productos de Apoyo en impresoras 3D para la autonomía personal. SECyT. Rectorado. UBA. Integrante del Proyecto de investigación y desarrollo: "Desarrollo de tecnologías de apoyo como estrategia para la construcción de ciudadanía", Universidad Tecnológica Nacional.

jimegarriga@gmail.com

Jimena Beatriz Fleites

Licenciada en Terapia Ocupacional Especializada en Discapacidad y Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Formación superior en dirección y gestión de servicios sociales para personas mayores, en situación de dependencia y personas con discapacidad. Terapeuta Ocupacional del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Pensionados y Jubilados (PAMI), Subgerencia de Discapacidad y Salud Mental. Integrante del Capítulo de "Tecnologías de Apoyo" de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO). Integrante del Proyecto de investigación y desarrollo: "Desarrollo de tecnologías de apoyo como estrategia para la construcción de ciudadanía", Universidad Tecnológica Nacional.

jimebfleites@gmail.com

Resumen

Los productos de apoyo son parte de las tecnologías de apoyo, desde la Terapia Ocupacional la implementación de productos de apoyo desde los diferentes enfoques de intervención y en los múltiples focos posibilita la compensación de los déficits en las estructuras y funciones corporales para minimizar las limitaciones en la ejecución de las actividades. El procedimiento metodológico para la aplicación de este recurso desde Terapia Ocupacional es un ordenador para la práctica clínica y la jerarquización de la disciplina. La aplicación de las distintas fases del proceso, con sus características particulares, potencializa el éxito de la intervención. El presente artículo tiene por objetivo describir el proceso de intervención terapéutica desde Terapia Ocupacional en la implementación de productos de apoyo para maximizar la calidad de las prestaciones desde la disciplina.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, productos de apoyo, tecnologías de apoyo, práctica profesional, dispositivos de autoayuda.

Abstract

Assistive technology devices are part of assistive services. In Occupational Therapy, the use of these devices, based on different focus of intervention and multiple targets, allows a compensation of those deficits found in structures and body functions and minimizes limitations in the execution of activities. From an Occupational Therapy point of view, the methodological use of this resource organizes clinical practice and adds hierarchy to the discipline. The application of the different phases of this process, with its particular characteristics, reinforces the success of the intervention. The objective of this article is to describe an Occupational Therapy intervention process implementing assistive technology devices as a means to maximize the quality of our professional services.

Keywords: Occupational Therapy, assistive technology devices, assistive technology, occupational performance, professional practice, self-help devices.

Introducción

La tecnología de apoyo es un concepto novedoso, que incluye a los productos de apoyo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se puede definir como la aplicación de los conocimientos y las aptitudes organizadas en relación con los productos de apoyo, incluidos los sistemas y servicios.

Los productos de apoyo, uno de los elementos esenciales de la tecnología de apoyo, son definidos como: cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a facilitar la participación; proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades; o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. (Norma UNE EN ISO 9999:20117, 2017, p.7)

Asimismo, dicha norma se expone sobre la clasificación y terminología de productos de apoyo para personas con discapacidad y/o dependencia.

Como lo establece la definición los productos de apoyo sirven para salvar las distancias que se establecen entre las habilidades y capacidades de una persona en relación con los requerimientos de la actividad y las demandas de los contextos / entornos.

Esta definición supone la actualización del término teniendo en cuenta los conceptos y la filosofía de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), redactada por la (OMS). Por otro lado, "Productos de Apoyo" sustituye al término "Ayudas Técnicas" ya desde la versión de la norma publicada en 2007. La clasificación y su terminología son oficialmente aceptadas por los organismos internacionales a través de la Organización Internacional de Normalización (ISO).

Asimismo tener presente que para lograr una incorporación efectiva de los productos de apoyo, en cualquier ámbito, habrá que efectuar ajustes razonables, entendiéndolo por ello:

las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ONU, 2006)

Podemos decir entonces que estas tecnologías de apoyo funcionan como un equiparador de oportunidades ya que permiten la participación social de las personas con discapacidad y/o dependencia.

Es importante recordar también que de acuerdo al Informe Mundial de Discapacidad (OMS, 2011) revela que más de mil millones de personas tienen algún tipo de discapacidad, lo que equivale al 15% de la población mundial, número que va en aumento debido al envejecimiento de la población y a los problemas de salud asociados a la discapacidad, por lo cual los profesionales de la salud no podemos desconocer la existencia de dichos productos y la implementación de los mismos.

Los terapeutas ocupacionales intervienen incorporando productos de apoyo con el propósito de posibilitar el desempeño de una vida con mayor nivel de independencia y autonomía, permitiendo la participación social de los usuarios; ya que dichos dispositivos facilitan la ejecución de las actividades de la vida diaria compensando las estructuras y funciones corporales impactadas, ya sea por procesos patológicos o por otras circunstancias.

No solo las funciones y estructuras corporales generan restricción en el desempeño de las ocupaciones significativas de las personas; los factores ambientales, que comprenden los ambientes físicos, sociales y actitudinales impactan en dichas ocupaciones de igual manera. Por lo cual la incorporación de productos de apoyo posibilita compensar dichas deficiencias y limitaciones en la actividad, evitando la restricción en la participación de las personas en los diversos entornos reales en los cuales ejecuta las ocupaciones que comprenden sus rutinas cotidianas. Entendiendo a las actividades y participación como componentes indicadores de aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social (OMS, 2011).

Los productos de apoyo dan soporte a las estructuras y funciones corporales potenciando las habilidades de ejecución, facilitando la ejecución de las actividades y sosteniendo la capacidad funcional. A través de los productos de apoyo se logra compensar las deficiencias que impiden a las personas interactuar con los entornos reales en los cuales se desempeñan.

Desde el proceso de razonamiento clínico de la Terapia Ocupacional frecuentemente queda desdibujada la incorporación de productos de apoyo, minimizando sus potencialidades y la importancia de la intervención del profesional en la planificación centrada en el usuario y basada en el análisis de todos los componentes.

La falta de incorporación del razonamiento clínico genera bajos niveles de calidad en la intervención, identificándose escasa adherencia a la incorporación de dispositivos por parte de los usuarios y bajo éxito en la incorporación del dispositivo en el desempeño ocupacional.

El objetivo del presente trabajo es recuperar el pensamiento crítico a la hora de intervenir con productos de apoyo para maximizar la calidad de las prestaciones desde la Terapia Ocupacional.

Método

Intervención terapéutica

Como en cualquier intervención de Terapia Ocupacional la contextualización de la práctica reside en el posicionamiento desde un modelo teórico de intervención seguido por el marco teórico de referencia que avale la aplicación del medio terapéutico seleccionado según los datos arrojados en el proceso de evaluación.

Los enfoques de intervención:

Si bien en la actualidad cada vez es mayor el número de productos de apoyo que se utiliza desde un enfoque de la restauración, como las aplicaciones de ejercicios cognitivos-perceptuales o la realidad virtual para la recuperación de las habilidades motrices, dichas intervenciones deben de seguir un protocolo minucioso que se basa en la disminución o aumento de los criterios medibles de la actividad preocupacional o método preparatorio para restaurar las estructuras y funciones corporales deficitarias.

Desde el enfoque de intervención de compensación o modificación, también llamado adaptación, se utilizan los productos de apoyo para aquellas deficiencias y limitaciones que no podrán restituirse, por lo cual al compensar la función se restituye el desempeño ocupacional. Este enfoque de compensación es la intervención más utilizada con productos de apoyo desde Terapia Ocupacional.

De igual manera el proceso de intervención terapéutica como razonamiento para la incorporación de productos de apoyo en el abordaje de personas con discapacidad y/o dependencia se realiza para garantizar la adherencia en el uso y usufructo de dichos dispositivos.

De los cinco focos de intervención cuando se incorporan productos de apoyo para compensar estructuras y funciones corporales, el profesional se sitúa desde dos de ellos, desde el foco de las demandas de la actividad y el de los entornos / contextos.

Cuando se implementan productos de apoyo para generar recuperación, el posicionamiento profesional, es desde los focos de las características del cliente y destrezas de ejecución. En la intervención con métodos adaptados el foco terapéutico es el de demandas de la actividad.

Otro foco de intervención que se puede identificar es el de los patrones de ejecución (hábitos, rutinas y roles). Se interviene en este foco específicamente cuando el Terapeuta Ocupacional implementa productos de apoyos denominados ayudas externas como calendarios, agendas o alarmas para sostener las rutinas que conforman el desempeño ocupacional.

Se puede establecer que la implementación de productos de apoyos en el nivel secundario y terciario de prevención de la

salud que corresponden a los enfoques de restauración, mantenimiento y compensación se utilizan los correspondientes focos explicados con anterioridad.

Cuadro 1. Niveles, enfoques y focos de intervención terapéutica.

Niveles de prevención de la salud	Enfoques de intervención	Focos de intervención
1° nivel	· Promoción de la salud · Prevención de la discapacidad	· Destrezas de desempeño. · Patrones de desempeño.
2° nivel	· Restauración · Mantenimiento	· Entorno o entornos. · Demandas de la actividad.
3° nivel	· Modificación	· Características del cliente.

El objetivo de intervención con productos de apoyo radica en mejorar los niveles de autonomía y la prevención de la dependencia logrando conseguir la integración y participación en su máxima expresión para una persona inserta en el medio real en el que se desenvuelve.

En el momento de intervenir con productos de apoyo, desde cualquiera de los enfoques y focos de intervención, se debe desarrollar un proceso de intervención que consta de cinco etapas muy bien diferenciadas (ver cuadro 2). Dicho proceso es común a cualquier grupo etario, tipo de discapacidad y/o dependencia ya que simplemente es una forma de razonar la práctica clínica encuadrándola en un contexto teórico organizado, que justifique un accionar terapéutico.

Cuadro 2. Etapas del proceso de intervención terapéutica.



Etapas del proceso de intervención terapéutica:

1. Evaluación
2. Asesoramiento
3. Diseño y confección
4. Entrenamiento
5. Seguimiento

El proceso de intervención se inicia al detectar la necesidad, se realiza la evaluación y la adquisición de los productos de apoyo, el entrenamiento en el uso y el seguimiento.

Primera etapa: Evaluación

En el caso de las evaluaciones específicas de productos de apoyo existe un vacío teórico importantísimo, si bien en dispositivos específicos podemos encontrar elementos de evaluación como en el caso de equipamiento de silla de ruedas. La falta de evaluaciones estandarizadas, generan la necesidad de futuras investigaciones en el tema.

En un intento de indagar acerca de los dispositivos que más se prescriben la OMS en el año 2016 confeccionó una encuesta denominada "Listado de productos de apoyo prioritarios: sondeo global"; dicho documento posibilita la organización de los productos más utilizados¹.

La debilidad de esta encuesta radica en que solo incluye productos de apoyo estandarizados quedando por fuera aquellos que se diseñan y confeccionan de forma personalizada y artesanal. Asimismo, las categorías utilizadas corresponden a habilidades y entornos, pero no responden a las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, como ser alimentación, vestido, higiene, etc.

Actualmente en la práctica clínica los profesionales que implementan productos de apoyo, al evaluar, se basan en el análisis de la actividad, en la observación clínica y en entrevistas.

Participar activamente en TODO EL PROCESO DE SELECCIÓN: ser activo en el proceso de probar diferentes alternativas tecnológicas, proporcionar retroalimentación al Terapeuta Ocupacional y al equipo de profesionales con sus consideraciones en cada producto de apoyo experimentado. El usuario y la familia deben conocer a fondo el problema del medio ambiente y la organización donde se implementará el producto. Esta información será crucial para la elección exitosa del producto de apoyo.

La evaluación incluye todas las dimensiones del contexto real de la persona con discapacidad y/o dependencia, tanto los aspectos internos (edad, género, motivación, etapa del ciclo vital) como los externos (entorno social, físico, cultural, familiar, etc.). Los factores personales y ambientales con el objetivo de identificar las barreras o facilitadores del desempeño ocupacional.

Las consideraciones más relevantes a tener en cuenta en el abordaje con personas con discapacidad y/o dependencia son el ambiente de intervención, el progreso o evolución de la patología y la evaluación del procesamiento mental, dichas dimensiones serán clave para la adherencia al tratamiento con la implementación de productos de apoyo.

¹ Anexo 1.

Ambiente de intervención: en el ejercicio profesional hay que tener en cuenta los entornos en los que se desempeña la persona a la cual se dirige el tratamiento, ya que cada dispositivo en su modalidad prestacional tiene sus dinámicas propias y deben ser evaluadas previamente, de lo contrario lo más factible va a ser que falle la incorporación del producto de apoyo.

Múltiples dispositivos con múltiples actores: Diversos dispositivos de atención o asistencia como: domicilio (con y sin asistencia, cuidadores formales e informales, cuidador familiar), centro de día, hospital de rehabilitación, hospital y/o centro de día más cuidadores, residencia de puertas abiertas, residencias de larga estancia para personas mayores dependientes, etc.

Como se mencionó cada dispositivo prestacional tiene reglas internas propias que pueden presentarse como facilitadores o barreras en la incorporación del producto de apoyo, por lo cual influirá en los otros pasos del proceso de intervención.

Si la persona se encuentra viviendo en su hogar y es independiente, el objetivo estará centrado en equipar para conservar la independencia y el entrenamiento se realizará en su domicilio sobre él. En cambio, si la persona se encuentra institucionalizada se deberá realizar una intervención en conjunto con el equipo terapéutico y en especial con los asistentes ya que son los que acompañan y sostienen el desempeño de las actividades, hay que tener en cuenta si hay asistentes designados por residente, cuantos turnos hay, etc. Para garantizar el éxito hay que contar con la colaboración de los asistentes.

Progreso o evolución del proceso patológico: se debe tener en cuenta si las estructuras o funciones que buscamos compensar presentan una deficiencia estable o evolutiva, como es el caso del envejecimiento que es un proceso universal, progresivo y particular. Esto es importante ya que hay que evaluar si se justifica dedicar tiempo, dinero y esfuerzo, de ambas partes, para diseñar, confeccionar y entrenar en la incorporación de un producto de apoyo cuando las características del cuadro cambiarán en un periodo corto y con ellas las necesidades del usuario y las características del dispositivo.

Asimismo, en el caso de realizar equipamiento en la niñez, la implementación radica en crear las condiciones óptimas para acompañar el desarrollo evolutivo, por lo cual estos productos de apoyo serán dinámicos, se realizarán modificaciones acordes a los cambios de cada uno.

Evaluar el nivel de procesamiento mental: para que se realice de forma satisfactoria el proceso de enseñanza –aprendizaje, de forma eficaz y eficiente, se requiere que las personas con discapacidad o personas mayores posean o conserven facultades intelectuales suficientes para lograr comprender el objetivo de la intervención, o en su defecto contar con un asistente que así lo haga. Asimismo, se requieren capacidades cognitivas para acceder, colocar, usar y sacar el producto de apoyo.

En el caso de que el futuro usuario presente deterioro severo de las capacidades y habilidades de ejecución o no pueda expresar preferencias, se debe buscar la colaboración tanto de los apoyos naturales como profesionales para que se representen y respeten fielmente los deseos de la persona en su máxima expresión, desde la metodología de la planificación centrada en la persona (PCP).

Como describen Aznar y Gonzales Castañón (2019), “utilizando la PCP, las PCDS (personas con discapacidad severa del desarrollo) obtienen una red social más amplia, que permite y facilita su participación en actividades propositivas y relevantes para sí misma” (p.177).

Segunda etapa: Asesoramiento

El Terapeuta ocupacional tiene el rol de asesorar, al identificar una necesidad se debe conocer las opciones que hay disponibles en el mercado, los centros de referencia, las políticas y programas sociales. Éticamente se debe entregar al futuro usuario toda esta gama de posibilidades para que el mismo logre elegir lo que considera mejor para sí.

La situación económica de los usuarios puede ser una barrera para la accesibilidad y adquisición de los productos de apoyo. Si bien, la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26378) y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley 27360) establecen como principios principales la igualdad de oportunidades, autonomía, independencia y la accesibilidad, y la Ley 24901 de Sistemas de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación integral a favor de las Personas con discapacidad posee como objetivo principal brindar una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos, muchas veces nos encontramos con escasez de respuesta por parte de los sistemas de salud frente a las solicitudes y prescripciones de productos de apoyo.

Pero la accesibilidad no sólo se circunscribe a lo económico, ya que en numerosas ocasiones se puede contar con los recursos económicos, pero existe desconocimiento acerca de la disponibilidad en el mercado de los productos de apoyo, de los programas nacionales de distribución de diversos dispositivos y de la obligación de los sistemas de salud en cuanto su otorgamiento. Por lo tanto, la intervención de la Terapia Ocupacional incluye asesoramiento sobre los productos de apoyo disponibles en el mercado, tanto nacionales como internacionales, y continúa brindando toda la información relacionada con la temática, generando que el futuro usuario tenga la mayor cantidad de conocimiento a la hora de tomar una decisión.

Teniendo en cuenta las dificultades para su accesibilidad, la condición socioeconómica de una gran parte de la población con discapacidad y / o dependencia y la inexistencia de oferta en el mercado, es conveniente que se piense, como una política

pública, en brindar dichos elementos a poblaciones marginales y de riesgo para que tengan derecho a una rehabilitación digna.

Como profesional de la salud cuando detectamos una necesidad debemos explorar a profundidad todo el abanico de opciones relacionadas con la intervención.

Tercera etapa: Diseño y confección

No siempre se presenta este paso, ya que se puede optar por un producto de apoyo disponible en el mercado, que el usuario y el equipo profesional considera beneficioso para el caso.

La Terapia Ocupacional tiene como competencia el diseño y la confección de los productos de apoyo, especialmente los dispositivos de baja tecnología, que pueden ser construidos por el profesional tratante. En el caso de que se realice esta etapa dentro del proceso de equipamiento se debe involucrar a la persona en la misma. La participación activa, incorporar del futuro usuario en todo proceso de intervención terapéutica, posibilitará el compromiso real y la motivación necesaria para el éxito terapéutico.

Desde el inicio se debe considerar fundamental la participación activa, hacer parte del diseño y la confección del dispositivo a la persona, incluir sus preferencias y gustos desde la evaluación hasta la etapa final de entrenamiento.

Las bases del diseño y la confección de productos de apoyo son: confiabilidad mecánica, aspectos estéticos, propiedades del material y simpleza en el manejo del dispositivo.

Cuarta etapa: Entrenamiento

El proceso de entrenamiento que se brinda es lo que garantiza la incorporación total del dispositivo en el desempeño del usuario, es importante considerar que es la etapa o paso del proceso más importante. Y paradójicamente es la que usualmente no se realiza con detenimiento en la intervención terapéutica profesional.

En todos los casos es importante la experiencia en la ejecución de la actividad en el contexto real. Centrándose en el análisis de la actividad basado en la ocupación, el cual contempla el significado que la persona le da a esa actividad y a sus componentes.

Como terapeutas ocupacionales se utiliza como medio terapéutico la actividad con propósito que se basa en el entrenamiento de las actividades de la vida cotidiana en las cuales se requiere de utilización del producto de apoyo. Un entrenamiento en condiciones controladas, con las variables medidas y en un espacio protegido en el que se entrena en el uso del producto.

Pero indudablemente se debe pasar a la actividad basada en la ocupación para poder lograr la participación social en el contexto real. El terapeuta ocupacional debe acompañar

en todo el proceso hasta que el usuario se sienta seguro de la utilización del producto de apoyo e idealmente hasta que el usuario adquiera el automatismo en el control y uso del mismo.

Quinta Etapa: Seguimiento

Luego de culminar con el entrenamiento, si las condiciones prestacionales lo permiten, se realizará el seguimiento. El objetivo del seguimiento es constatar el mantenimiento de los resultados del proceso clínico. Los aspectos esenciales que se corroboran se relacionan con la adecuada incorporación del producto de apoyo en el desempeño ocupacional, la necesidad de realizar ajustes razonables y la identificación de requerimientos nuevos.

Es aconsejable que el profesional se encuentre disponible para brindar el correspondiente asesoramiento post intervención.

Conclusión

En el transcurso de cada una de las etapas descritas del proceso de equipamiento se debe mostrar coherencia, ello es parte esencial de la intervención. Todo el proceso debe estar vinculado a los parámetros de vida del usuario, ya que es vital comprender y conocer las características propias de la población, sosteniendo la identidad y dignidad en todos los pasos; respetando los gustos e intereses personales y contemplando el nivel socio cultural y económico.

Más allá del nivel de las habilidades de procesamiento, motoras y/o de comunicación e interacción siempre se puede encontrar la manera de mejorar el desempeño en la ejecución de las actividades diarias es decir, la capacidad funcional de las personas. Los productos de apoyo juegan el papel de facilitadores cuando equiparan las capacidades de la persona con las demandas del ambiente y con los requerimientos de la actividad, esto permite el sostenimiento de las actividades sin restricción en la participación.

Los productos de apoyo pueden generar la nivelación de tres aspectos: habilidades y capacidades de la persona, demandas del entorno y requerimientos de la actividad y, adicionalmente posibilitan la conservación de la capacidad funcional y el desempeño ocupacional.

La intervención oportuna en el momento justo y de la forma correcta es esencial, ya que en ocasiones conviene adaptar la actividad o trabajar en patrones de desempeño y no incorporar productos de apoyo. Asimismo, de incorporarlos, es importante hacerlo antes de que las habilidades se pierdan por completo, para lograr así, que sean potencializadores de las habilidades y destrezas, esto tiene dos beneficios: sostener / maximizar las habilidades e incorporar gradualmente la modificación de los patrones de desempeño ya que es algo muy complejo en las personas.

Cuando los usuarios y los familiares participan activamente en el proceso de selección y/o fabricación del producto de apoyo, se dan cuenta de las posibilidades y limitaciones de las tecnologías exploradas en el proceso de evaluación y esto ayudará a tomar la mejor decisión acerca del recurso adecuado a la necesidad. Se dará a conocer, también, que la rutina diaria y los nuevos desafíos aparecen para todos los involucrados y que el usuario logrará efectivamente una mayor autonomía.

La participación del usuario en todo el proceso es considerada como un punto clave a fin de evitar el abandono o la utilización insuficiente de la tecnología o producto prescripto, además de una inversión innecesaria. Así como también, pensar que el proceso de intervención terapéutica es cíclico, pudiendo detectar en el seguimiento que se debe volver a evaluar e incorporar un nuevo producto de apoyo o realizar una nueva intervención. ●

[Recibido: 10/08/20 - Aprobado: 20/09/21]

Referencias

- Asociación Americana de Terapia Ocupacional - Traducción Autorizada (2009). American Occupational therapy practice framework: Domain and process [2nd ed.]. American journal of Occupational Therapy, 62, 625-683. [ArchivoPDF]. http://www.cptop.org/Documents/Traduccion_FINAL_OTPF_2_PR.pdf
- Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR). (2016). Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología. (ISO 9999:2016). AENOR.
- Aznar, A. S., González Castañón, D., Garavaglia, M. A. y Ruiz, L. (2019). Planificación centrada en la persona. Prácticas revolucionarias en discapacidad para Latinoamérica. Ediciones ITINERIS. Recuperado de: https://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/pcp_pdf_final_0.pdf
- Cipriano Crespo, C. (2016). Productos de apoyo y tecnología de asistencia. En Polonio (Ed.), *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas Teoría y Práctica*. (pp. 277 - 284). España: Editorial Médica Panamericana.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 13 de diciembre de 2006 la Asamblea General de las Naciones Unidas. http://ciapat.org/biblioteca/pdf/692-Convencion_sobre_los_derechos_de_las_personas_con_discapacidad_y_protocolo_facultativo.pdf
- Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de Personas Mayores. 15 de junio de 2015. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;-jsessionid=2A8469B445739ED6C402A25B0D1C4309?id=275347>
- Ley 24.901 (1997). Sistema de Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Honorable congreso de la Nación Argentina. B.O. 5 de diciembre de 1997.
- Ley 26.378 (2008). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. B.O. 09 junio 2008.

- Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26378-141317/texto>
- Ley 27.360. (2017). Convención Interamericana sobre protección de los derechos humanos de las personas mayores. Honorable congreso de la Nación Argentina. B.O. 31 de mayo de 2017. Recuperado de: file:///C:/Users/Jime/Downloads/anexo_5327066_1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. [Archivo PDF] <https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe Mundial de Discapacidad. [Archivo PDF]. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1
- Roca Dorda, J., Roca González, J. y Del Campo Adrian, M. (2012). De las ayudas técnicas a la tecnología asistiva. [Artículo Digital]. Recuperado de: <https://diversidad.murciaeduca.es/tecnoneet/docs/2004/2-12004.pdf>
- Sanjurjo Castelao, G. y Fernández Faes, R. (2008). Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología. *Revista Asturiana de Terapia Ocupacional* (6):11-3. http://www.therapeutica.es/index.php/numeros-publicados/numeros-anterriores/item/download/35_2f4fca9098aa01ff77691a1368956a9b
- Herranz, S., Valle Gallego, I. y Vígara Cerrato, A. (2011). Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal. [ArchivoPDF]. <http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/guadeproductosdeapoyo.pdf>

Cómo citar este artículo:

Garriga Zucal, M. J. y Fleites, J.B. (2021). Productos de apoyo en el ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 50-56.

Recuperación funcional en las actividades de la vida diaria en niños y adolescentes con lesión medular durante un programa de rehabilitación

Functional restoration in activities of daily living in children and adolescents with spinal cord injury during a rehabilitation programme

Ezequiel Paulenas | Silvina Montilla

Ezequiel Paulenas

Licenciado en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Diplomado en Docencia en ciencias de la salud, Universidad Favaloro. Terapeuta Ocupacional Senior y Coordinador de la Residencia de Terapia Ocupacional en Pediatría en Fleni Escobar.

ezequielpaulenas@hotmail.com

Silvina Montilla

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Residencia Básica en H.I.G.A "San Martín", La Plata. Residencia Postbásica Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos en Hospital de Gastroenterología "B. Udaondo", CABA. Experiencia laboral anterior Terapeuta Ocupacional en Fleni Escobar, actualmente Terapeuta Ocupacional en Cuidados Paliativos.

silvimontilla17@gmail.com

Resumen

La lesión medular es un daño en la médula espinal con efectos profundos y globales. Algunos estudios reportan la recuperación funcional en niños y adolescentes con lesión medular tomando como parámetro el puntaje total de la versión pediátrica de la Medida de Independencia Funcional, sin discriminar recuperación por subdominios. El presente estudio, que deriva de un trabajo previo¹, tiene como propósito estimar el nivel de recuperación funcional global y de los subdominios motores de la evaluación y determinar si la recuperación global y de cada subdominio se relaciona con edad, sexo y características lesionales. El trabajo es retrospectivo, longitudinal y correlacional. Incluye 39 pacientes, de entre 8 y 18 años, de un programa de rehabilitación entre 2005 y 2016 en Fleni, Argentina. La ganancia en el coeficiente de independencia promedio fue del 34,04% ($P < 0,0001$). Los subdominios con mayor recuperación fueron Transferencias y Locomoción. Mientras que tipo y nivel neurológico de la lesión se asociaron significativamente con la recuperación funcional motora, edad y sexo no se asociaron con el puntaje motor. Este trabajo puede ser de utilidad para el planteamiento de objetivos, en relación a los resultados esperables en la recuperación funcional, durante el proceso de rehabilitación pediátrica.

Palabras clave: Enfermedades de la médula espinal, pediatría, status funcional, actividades de la vida diaria, rehabilitación.

Abstract

Spinal cord injury is a damage in the spinal cord with deep and global effects. Some studies report functional recovery in children and adolescents with spinal cord injury taking as a parameter the total score of the pediatric version of the Functional Independence Measure, without discriminating recovery by subdomains. The present investigation, which derives from a previous study, aims to estimate the level of global functional recovery and the motor subdomains of the evaluation and to determine if the global recovery and of each subdomain is related to age, gender and lesional characteristics. The study is retrospective, longitudinal and correlational. It includes 39 patients, between 8 and 18 years old, from a rehabilitation program between 2005 and 2016 in Fleni, Argentina. The gain in the mean independence coefficient was 34.04% ($P < 0.0001$). The subdomains with the highest recovery were Transfers and Locomotion. While type and neurological level of injury were significantly associated with motor functional recovery, age and gender were not associated with motor score. This study can be useful for setting objectives, in relation to the expected results in functional recovery, during the pediatric rehabilitation process.

Keywords: Spinal cord diseases, pediatrics, functional status, activities of daily living, rehabilitation.

¹ Paulenas, E., Montilla, S., De Pascuale, M., Intruvini, S. (2018, 25 - 27 de abril). *Recuperación funcional en las actividades de la vida diaria de niños y adolescentes con lesión medular durante un programa de rehabilitación en el período subagudo*. 3° Congreso Argentino de Discapacidad en Pediatría de la Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La lesión medular (LM) es un daño en la médula espinal provocado por un traumatismo o por una enfermedad no traumática o degenerativa que puede tener efectos profundos y globales. Su incidencia mundial se sitúa entre 40 y 80 casos por millón de habitantes y, según un trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2014, en países de altos ingresos existe una prevalencia creciente debido al aumento de las tasas de supervivencia. La LM puede provocar parálisis o debilidad de músculos voluntarios, lo que reduce la movilidad y limita las habilidades funcionales. El funcionamiento de los sistemas sensitivo, respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario y tegumentario también puede verse afectado. Las secuelas psicosociales son igualmente importantes (Somers, 2010). Dadas estas afecciones, las personas con LM, en muchos casos y en diferentes grados, pasan a ser dependientes para la realización de actividades de la vida diaria (AVD) y de otras áreas ocupacionales.

Las personas con LM requieren, en general, servicios de rehabilitación para maximizar su funcionamiento y recuperar el máximo de independencia posible. Si el paciente con LM recibe rehabilitación interdisciplinaria intensiva durante los primeros seis meses posteriores a la lesión, se alcanza antes el máximo de ganancia funcional (Hidalgo, Montenegro, Aravena, 2014). El efecto beneficioso de la rehabilitación durante la internación en el período subagudo ha sido bien descrito en adultos (García *et al.*, 2002). Del mismo modo, los resultados funcionales que son esperables en los pacientes con LM, según el tipo y el nivel neurológico de la lesión que han sufrido, han sido desarrollados en detalle en numerosos artículos (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; Wolfe *et al.*, 2010). Sin embargo, en el área pediátrica, la bibliografía es escasa y los pacientes pediátricos con LM tienen características diferentes a los pacientes adultos (Parent *et al.*, 2011). Massagli (2000), sostiene que los niños en edad escolar y los adolescentes, al momento del alta de internación, usualmente están más cerca de alcanzar el nivel de funcionamiento esperable para su nivel de lesión que los niños más pequeños. No obstante eso, los niños y adolescentes, a diferencia de los adultos, generalmente requieren, una vez egresados de la internación subaguda, años de rehabilitación para alcanzar niveles óptimos de desempeño. En este sentido, Dwyer *et al.* (2019), sugieren que los niños con lesión medular traumática suelen requerir atención médica y terapéutica luego de la primera etapa de rehabilitación en internación.

En relación a la funcionalidad, la Medida de Independencia Funcional (FIM, por su sigla en inglés) es considerada como el gold standard para la evaluación de las AVD (Miller *et al.*, 2013). Es un instrumento ampliamente difundido en instituciones de rehabilitación en internación, ha sido validado en diferentes grupos de pacientes, incluyendo personas con LM

(Hagen *et al.*, 2020) y puede ser empleado por cualquier profesional entrenado del equipo de salud (Madi y Alraddadi, 2020). Esta evaluación mide el desempeño en habilidades funcionales cotidianas esenciales y cuenta con una versión pediátrica (*WeeFIM*). Evalúa el desempeño consistente y habitual de acuerdo a criterios estándares en los dominios de Autocuidado (seis ítems de autocuidado y dos de manejo de esfínteres), Movilidad (tres ítems de transferencias y dos de locomoción) y Cognición. Este instrumento mide lo que la persona realmente hace, no lo que es capaz de hacer (Chafetz *et al.*, 2013). Además, provee un lenguaje común y uniforme para los dispositivos de salud. Cabe señalar que no se tiene conocimiento de la existencia de instrumentos de evaluación funcionales, genéricos o específicos para personas con LM, que hayan sido desarrollados, adaptados o validados en Argentina. Tampoco se conocen antecedentes de baremos locales que describan los alcances funcionales en niños y adolescentes con LM.

En cuanto al tipo y al nivel neurológico de la LM, la Escala de Discapacidad de la Asociación Americana de Lesión Medular (ASIA, por su sigla en inglés) se ha convertido en el gold standard para la evaluación de la LM. Esta escala permite hacer una caracterización detallada de las lesiones, tanto completas como incompletas. Se trata de una evaluación estandarizada que consta de un examen motor, basado en los miotomas, y un examen sensitivo, basado en los dermatomas. De acuerdo con los resultados de estos exámenes, se le asigna a la lesión un grado de severidad: A: completa, B: sensitiva incompleta, C: motora incompleta, D: motora incompleta (Roberts *et al.*, 2016).

Allen *et al.* (2009) y García *et al.* (2002) reportaron la habilidad funcional de niños con LM, medida con el puntaje total o el puntaje motor de la *WeeFIM* (Autocuidado y Movilidad), y examinaron qué factores se asocian con la ganancia funcional entre la admisión y el alta de un programa de rehabilitación en pacientes internados. Dado que estos estudios hacen uso del puntaje total o del puntaje de la *FIM* motora, no se conoce cuál es la ganancia funcional en los distintos dominios de la evaluación en esta población. Cabe destacar, en este punto, la falta de estudios acerca de pacientes pediátricos con LM en la Argentina y la recomendación de la OMS de favorecer la investigación acerca de los servicios a los que acceden dichos pacientes (OMS, 2014).

La presente investigación surge del trabajo colaborativo del equipo de Terapia Ocupacional de la internación pediátrica de la Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (Fleni) en el partido de Escobar, Buenos Aires, Argentina. Los pacientes incluidos forman parte del programa de rehabilitación intensiva de internación pediátrica, el cual consiste en el abordaje interdisciplinario de diversas áreas, en colaboración con el paciente y su familia, y de acuerdo a las necesidades propias de cada niño y adolescente. Las áreas terapéuticas son:

Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicología, Musicoterapia, Trabajo Social, Enfermería, Neurología, Pediatría, Nutrición, Urología y Fisiatría, entre otras. De forma general, la rehabilitación intensiva consiste en dos sesiones diarias de Terapia Ocupacional y de Kinesiología, de lunes a viernes, y una sesión de cada área los días sábados; el resto de las áreas determina su frecuencia de atención de acuerdo a las necesidades de cada caso.

Se proponen para el estudio los siguientes objetivos: 1) Estimar el nivel de recuperación funcional promedio, según la *WeeFIM*, 2) Estimar el nivel de recuperación funcional promedio en cada subdominio motor de la *WeeFIM* (Autocuidado, Control de esfínteres, Transferencias y Locomoción), y 3) Determinar si existe relación entre el puntaje motor global y el puntaje de cada subdominio de la *WeeFIM* y las siguientes variables: edad, sexo y características de la lesión (tipo, nivel y causa).

El tiempo de internación de los pacientes que ingresan a un programa de rehabilitación intensiva, que depende de varios factores, no será incluido como una variable a analizar. No obstante eso, se incluirán los casos con una participación en el programa de rehabilitación de, al menos, 30 días. Entre los factores que influyen en el tiempo de internación en la población de este estudio se encuentran: el proceso de recuperación funcional del paciente, la provisión de equipamiento a cargo de las coberturas médicas, la necesidad o no de realizar modificaciones ambientales en el hogar y la dinámica y las redes de apoyo de las familias. El presente estudio surge de un trabajo previo, realizado por los autores, denominado "Recuperación funcional en las actividades de la vida diaria de niños y adolescentes con lesión medular durante un programa de rehabilitación en el período subagudo", presentado en el año 2018 en el 3° Congreso Argentino de Discapacidad en Pediatría de la Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina. En el mismo se describieron datos preliminares en torno al nivel de recuperación funcional en la *FIM* motora y la descripción según edad, sexo y características de la lesión, expresados en porcentajes.

Método

Se desarrolla un estudio longitudinal panel, correlacional, retrospectivo y unicéntrico (Hernández Sampieri, *et al.*, 2014).

Se incluyeron todos aquellos pacientes de 8 a 18 años de edad, con diagnóstico de LM, admitidos en el programa de rehabilitación intensiva de la internación pediátrica de Fleni Escobar entre los años 2005 y 2016, que tengan registradas en su historia clínica las evaluaciones *ASIA* y *WeeFIM*, y que hayan participado del programa de rehabilitación por, al menos, 30 días. Se excluyeron los pacientes con patologías previas a la LM o patologías que se presentan de forma simultánea a la misma. De esta manera, la muestra quedó conformada por 39 niños y adolescentes.

Para determinar la ganancia funcional se restaron los puntajes de la *WeeFIM* del ingreso a los puntajes del egreso. Dado

que la LM no impacta en las destrezas de procesamiento de la persona (Cieza *et al.*, 2010), se utilizaron los dominios motores de la evaluación. Cada ítem de este instrumento se puntúa del 1 (asistencia total) al 7 (independencia completa), por lo que el puntaje motor total va de 13 a 91. El coeficiente de independencia de la evaluación equivale al porcentaje de puntos obtenidos en el total o en cada subdominio en relación al máximo de puntos posibles. A fin de calcular la ganancia funcional en diferentes subdominios se restaron los puntajes del ingreso a los del egreso en: Autocuidado (incluye los ítems Alimentación, Aseo personal, Ducha, Vestido de tren superior, Vestido de tren inferior y Uso del inodoro), Manejo de esfínteres (Manejo de vejiga y Manejo de intestino), Transferencias (Cama / silla / silla de ruedas, Inodoro y Ducha) y Locomoción (Camina / silla de ruedas y Escaleras).

A fin de correlacionar la recuperación funcional con diferentes variables; los pacientes fueron agrupados de la siguiente manera: por sexo (femenino y masculino); por edad, tomando como punto de corte la adolescencia intermedia de los estadios de Tanner (Behrman, 2000), en la que se dan los máximos de crecimiento en altura y los cambios en la forma del cuerpo (8 a 12 años y 13 a 18 años); por el nivel neurológico de la lesión (lesiones cervicales y lesiones toráco – lumbo – sacras); por etiología de la lesión (lesiones traumáticas y lesiones no traumáticas); por tipo de lesión (lesiones motoras completas –A y B– y lesiones motoras incompletas –C y D–), usando la clasificación de la Asociación Americana de Lesión Medular (2012).

Con el objeto de determinar la significancia estadística en la recuperación funcional del total de la muestra y de cada uno de los grupos conformados, en la *WeeFIM* motora y en los diferentes dominios de la evaluación, se utilizará la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (*Wilcoxon signed rank sum test*).

Para determinar si la diferencia en la ganancia funcional entre los grupos establecidos a partir de las variables seleccionadas es significativa se utilizará la técnica de los Mínimos Cuadrados Generalizados (*GLS Regression*).

Resultados

Para el análisis de los datos, se agruparon a los pacientes según las variables edad, sexo y características de la lesión. La tabla 1 muestra la cantidad de pacientes incluidos según las variables mencionadas. La edad media de la muestra fue de 14,15 años. En relación a la etiología de la lesión, las traumáticas incluyen accidentes vehiculares (10), heridas por arma (7), lesiones deportivas (6), zambullidas (5), caídas (1) y contusiones (1). Las lesiones de origen no traumáticas fueron producto de patologías vasculares (3), resecciones de tumor (3), infecciones (2) y complicaciones de cirugía de columna (1).

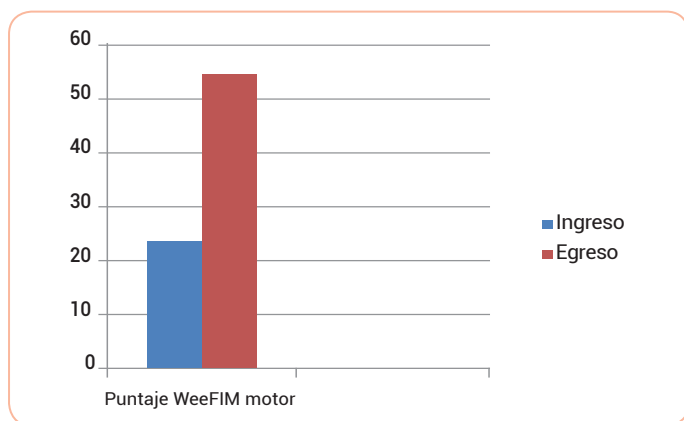
Tabla 1. Número y porcentaje de pacientes, agrupados según edad, sexo y características de la lesión.

Edad		Sexo		Tipo de lesión*		Nivel neurológico de la lesión		Etiología de la lesión						
	N	%		N	%		N	%		N	%			
8 - 12 años	8	20,51	Femenino	11	28,21	Motora completa	24	61,54	Cervical	24	61,54	Traumática	30	76,92
13 - 18 años	31	79,49	Masculino	28	71,79	Motora incompleta	15	38,46	Tóraco Lumbo Sacro	15	38,46	No traumática	9	23,08
Total	39	100	Total	39	100	Total	39	100	Total	39	100	Total	39	100

* Según escala de discapacidad de la Asociación Americana de Lesión Medular (ASIA): Motora completa (lesiones A y B) / Motora incompleta (lesiones C y D).

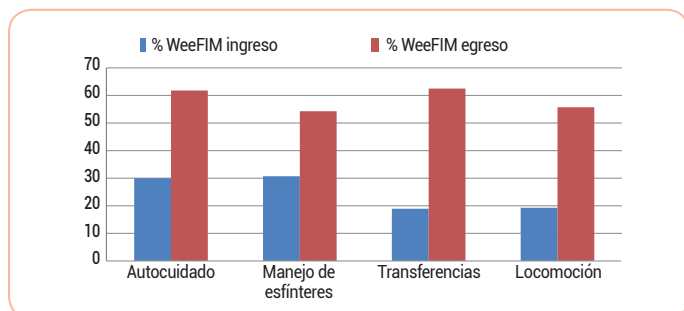
La figura 1 muestra los puntajes promedio en la *WeeFIM* motora, sobre el total de 91 puntos posibles, al ingreso y al egreso del programa de rehabilitación. La ganancia funcional, de 30,97 puntos (aumento del 34,04 % en el coeficiente de independencia), es estadísticamente significativa ($P < 0,0001$).

Figura 1. Puntajes promedio en la *WeeFIM* motora al ingreso y al egreso del programa de rehabilitación.



La figura 2 muestra los coeficientes de independencia promedio en la *WeeFIM* de ingreso y de egreso, en cada uno de los subdominios motores. La ganancia funcional en cada uno de los subdominios es estadísticamente significativa y se ordena, de mayor a menor, de la siguiente manera: 1) Transferencias (43,47 %, $P < 0,0001$), 2) Locomoción (36,43 %, $P < 0,0001$), 3) Autocuidado (31,81 %, $P < 0,0001$) y 4) Manejo de esfínteres (23,42 %, $P < 0,0001$).

Figura 2. Coeficiente de independencia, expresado en porcentaje, en los subdominios motores de la *WeeFIM* al ingreso y al egreso



Al analizar la relación entre la ganancia funcional y la edad (8 a 12 y 13 a 18 años), ya sea en la *WeeFIM* motora global o en los subdominios motores, no se observan diferencias estadísticamente significativas. El subdominio en el que la diferencia en la recuperación es más marcada es el de Locomoción, con un coeficiente de independencia 7,35 % mayor en el grupo de adolescentes ($P = 0,17$).

No se observan diferencias estadísticamente significativas en la ganancia funcional en la *WeeFIM* motora entre los grupos de sexo femenino y masculino. Sin embargo, al analizar los subdominios motores por separado, el grupo de sexo masculino presenta una recuperación significativamente mayor ($P = 0,006$) en el subdominio de Manejo de esfínteres.

El grupo de pacientes con lesiones incompletas (ASIA C y D) asocia una mayor recuperación funcional que el grupo de pacientes con lesiones motoras completas (ASIA A y B), tanto en la *WeeFIM* motora global ($P < 0,0001$) como en cada uno de los subdominios motores de la medida: Autocuidado ($P < 0,022$), Manejo de esfínteres ($P < 0,0001$), Transferencias ($P < 0,012$) y Locomoción ($P < 0,005$), de forma estadísticamente significativa.

Desde el punto de vista de la etiología de la lesión, si bien el grupo de pacientes con lesiones traumáticas presenta una recuperación funcional 4,74 % mayor que la del grupo con lesiones no traumáticas, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la mejoría en la *WeeFIM* motora global o en los subdominios motores.

Por último, se observa que, al comparar el grupo de pacientes con lesiones cervicales con el grupo de pacientes con lesiones torácicas y lumbosacras, existe mayor recuperación funcional en el grupo con lesiones más bajas (tóraco - lumbo - sacras) en la *WeeFIM* motora global ($P < 0,0001$) y en los subdominios de Autocuidado ($P < 0,0001$), Transferencias ($P = 0,001$) y Locomoción ($P = 0,007$).

Discusión

Todos los grupos presentan una ganancia funcional estadísticamente significativa en la *WeeFIM* motora global y en cada uno de los subdominios analizados. La ganancia promedio,

de 30,97 puntos, en la *WeeFIM* motora podría explicarse por el hecho de que la mayoría de los pacientes son admitidos luego de la etapa aguda de su lesión y al momento de la admisión requieren de mucha asistencia física de sus cuidadores. Por otro lado, independientemente de que exista o no recuperación neurológica, tienen el potencial para alcanzar una importante mejoría en su independencia por medio de la incorporación de nuevas formas de desempeñar las actividades cotidianas y del uso de tecnología asistiva. La preservación de las destrezas de procesamiento, común en esta población, podría también asociarse a la recuperación funcional observada en este trabajo. Garlanger, Beck y Chevillie (2018), al comparar el nivel de independencia entre un grupo de personas con LM y daño cerebral traumático moderado y severo y un grupo de personas con diagnóstico único de LM, hallaron puntajes de admisión y coeficientes de eficiencia más bajos en el primer grupo, lo que podría deberse a las dificultades en la velocidad de procesamiento, la resolución de problemas, la comprensión y el aprendizaje, frecuentes cuando existe un daño cerebral.

Los dos subdominios de mayor recuperación son los de Transferencias y Locomoción. En la mayoría de los casos, los pacientes son admitidos luego de una internación en una institución de agudos y se encuentran en cama, por lo que, en general, son dependientes en la movilidad funcional al iniciar el programa de rehabilitación. Para verificar esta situación podemos tomar el puntaje promedio en la *WeeFIM* de ingreso en el subdominio de Transferencias, que es de 4 sobre un máximo de 21 (coeficiente de independencia de 19,05%), o el del subdominio de Locomoción, que es de 2,69 sobre un máximo de 14 (coeficiente de independencia de 19,21%). La recuperación del paciente, más la modificación de las actividades y la incorporación de productos de apoyo, como la tabla de transferencia, las sillas de ruedas o los ayuda marchas, pueden explicar la recuperación en estas actividades, en las cuales existe amplio margen para ganancias en el nivel de independencia.

En el subdominio de Autocuidado la situación es distinta. Un paciente con algún grado de función manual puede, en mayor o menor medida, participar en actividades de autocuidado, como pueden ser la autoalimentación o la higiene personal, aun estando en cama. Esto se comprueba al observar el puntaje promedio en la *WeeFIM* de ingreso en el subdominio de Autocuidado, que es de 12,59 sobre un máximo de 42 (coeficiente de independencia de 29,98%).

El subdominio en el que los pacientes presentan menor recuperación funcional es el de Manejo de esfínteres. Este punto tiene importantes implicancias, ya que es un aspecto de la vida cotidiana que tiene un gran peso en la participación en la comunidad y en el bienestar general: el manejo de la vejiga y del intestino aparece entre las áreas de funcionamiento más importantes para las personas con LM, según lo reportado por Simpson *et al.* (2012).

Al igual que García *et al.* (2002), no se encuentra una relación significativa entre la edad y la recuperación funcional global. La diferencia en el subdominio de Locomoción, en favor del grupo de adolescentes, podría explicarse por el desarrollo corporal y de la fuerza que se alcanza en la adolescencia intermedia (Kliegman *et al.*, 2008) y que puede jugar un rol importante en la marcha o en la propulsión de la silla de ruedas.

El hecho de que el grupo de pacientes de sexo masculino exhiba una mayor recuperación en el subdominio de Manejo de esfínteres podría deberse, como señalan Sisto *et al.* (2008), a las diferencias anatómicas: las demandas de la actividad para el autocateterismo son menores para los pacientes varones.

La tendencia a una mayor recuperación en lesiones de origen traumático y en lesiones incompletas coincide con los hallazgos de Allen *et al.* (2009) y de García *et al.* (2002).

En relación al nivel neurológico de la lesión, García *et al.* (2002) reportaron una tendencia a mayores ganancias funcionales en el grupo con lesiones con nivel neurológico de C6 a T1. El presente trabajo, de manera similar a lo reportado por Allen *et al.* (2009), contrasta los hallazgos de García *et al.* (2002): se observa que el grupo de pacientes con lesiones tóraco – lumbo – sacras asocia niveles de recuperación funcional más elevados que el grupo de pacientes con lesiones cervicales, tanto en la *WeeFIM* motora global como en los dominios de Autocuidado y Movilidad por separado.

El nivel neurológico de la LM determina el cuadro motor de la persona y, por lo tanto, se asocia con los puntajes de la *FIM* motora (Hall *et al.*, 1999): a niveles neurológicos más bajos se esperan puntajes más altos en la *FIM* (*Consortium for Spinal Cord Medicine*, 2000). Teniendo en cuenta esta relación, y que la funcionalidad de los miembros superiores se relaciona con el nivel de independencia en el manejo de vejiga e intestino (Simpson *et al.*, 2012), llama la atención no observar una diferencia significativa en el subdominio de Manejo de esfínteres entre el grupo de pacientes con lesiones cervicales y el grupo de pacientes con lesiones tóraco – lumbo – sacras. Ésto podría deberse a la incorporación de productos de apoyo y de modificaciones en la forma de realizar las actividades de cateterismo y evacuación de intestinos.

Limitaciones

El presente trabajo presenta diferentes limitaciones. En primer lugar, existe un número considerable de pacientes que no pudo ser incluido en el estudio por falta de datos en la historia clínica. Asimismo, en este trabajo se excluyen a los niños pequeños: el análisis de la recuperación funcional en esta población puede resultar un desafío debido a la dificultad que representa la evaluación sensitivo motora, especialmente en los menores de 4 años (Mulcahey *et al.*, 2007). Por otra parte, no se ha recabado información acerca de las características específicas

del abordaje terapéutico, como por ejemplo modelos, marcos de referencia o tipos de intervenciones seleccionados por los profesionales, ni de la duración de la rehabilitación de la que participaron los pacientes incluidos en este trabajo. Tampoco se ha hecho un seguimiento posterior al alta de la internación. Si bien el programa de rehabilitación intensiva recibe principalmente a pacientes que se encuentran en el período subagudo de la lesión, este trabajo no incluye el tiempo transcurrido entre la lesión y la admisión al programa.

Conclusiones

El presente estudio analiza la recuperación funcional en niños y adolescentes con LM, evaluada con la *WeeFIM* motora global y con los diferentes subdominios motores de la evaluación, en una muestra obtenida a lo largo de 11 años en un programa de rehabilitación intensiva de internación pediátrica en una clínica de rehabilitación. La recuperación funcional promedio de la muestra es estadísticamente significativa. Los subdominios en los que se observa mayor recuperación son los de Transferencias y Locomoción. Mientras que el tipo y el nivel neurológico de la lesión se asocian de forma significativa con la recuperación funcional motora, la edad y el sexo no se asocian con el puntaje global motor de la *WeeFIM*.

Dwyer *et al.* (2019) subrayan la importancia de seguir el curso de la recuperación tras la lesión, ya que la información sobre el estado funcional y la respuesta a la intervención es fundamental para establecer programas de rehabilitación. En este sentido, los resultados obtenidos en esta muestra pueden orientar a los profesionales abocados a la rehabilitación de niños y adolescentes con LM en relación a los resultados esperables en la recuperación funcional.

Futuras investigaciones

Futuros trabajos pueden estudiar la recuperación funcional en niños y adolescentes con LM en muestras de mayor tamaño. También puede resultar de interés incluir el tiempo transcurrido entre la lesión y la admisión al programa de rehabilitación y la duración de dicho programa, como variables que podrían influir en la recuperación funcional en actividades cotidianas. Incluir niños más pequeños puede ser de utilidad para valorar las diferencias en el nivel de independencia esperado en etapas del desarrollo que no fueron valoradas en el presente trabajo. Asimismo, se puede estudiar la recuperación funcional de niños y adolescentes con LM en distintos niveles de atención en salud y en distintas áreas de la ocupación. En cuanto al abordaje para favorecer la recuperación funcional, si bien existen estudios en adultos que asocian positivamente el cambio motor en la *FIM* con el total de horas de rehabilitación ajustado por edad, sexo, lesión, complicaciones, inicio del tratamiento y con la implementación de estrategias terapéuticas personalizadas

(Truchón *et al.*, 2017), se requiere del desarrollo de estudios que describan las características del proceso de intervención en Terapia Ocupacional para establecer los alcances terapéuticos en pediatría. Finalmente, futuros estudios pueden analizar el devenir de la independencia funcional tras el alta de la rehabilitación intensiva y si dicha independencia guarda relación con la participación en la comunidad. ■

[Recibido: 17/03/21 – Aprobado: 08/11/21]

Referencias

- Allen, D. D., Mulcahey M. J., Haley, S. M., DeVivo, M. J., Vogel, L. C., McDonald, C., Duffy T. & Betz, R. R. (2009) Motor scores on the functional independence measure after pediatric spinal cord injury. *Spinal Cord* 47, 213–217.
- Behrman, R., Kliegman, R. y Jenson, H. (2000). Nelson. Tratado de Pediatría. 16va ed. McGraw-Hill / Interamericana editores.
- Chafetz, R., Gaughan, J., Calhoun, C., Schottler, J., Vogel, L., Betz, R., & Mulcahey, M. (2013). Relationship Between Neurological Injury and Patterns of Upright Mobility in Children With Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 19(1), 31–41.
- Cieza, A., Kirchberger, I., Biering Sørensen, F., Baumberger, M., Charlifue, S., Post, M., Campbel, R., Kovindha, A., Ring, H., Sinnott, A., Konstanjsek, N. & Stucki, G. (2010). ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal Cord* 48, 305-312.
- Consortium for Spinal Cord Medicine (2000). Outcomes following traumatic spinal cord injury: clinical practice guidelines for health-care professionals. *The journal of spinal cord medicine.* 23(4), 289–316. <https://doi.org/10.1080/10790268.2000.11753539>.
- Dwyer, R., Ward, R., Richardson, E., Davidson, S. A., Thetford, A. & Valentine, J. (2019). Traumatic spinal cord injuries: A retrospective cohort study of children seen in Western Australia between 1996 and 2016. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach.* 12(2019), 235-243.
- García, R. A., Gaebler-Spira, D., Sisung C. & Heinemann, A. W. (2002). Functional improvement after pediatric spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil.* 81, 458–463.
- Garlanger, K. L., Beck, L. A., & Chevillie, A. L. (2018). Functional outcomes in patients with co-occurring traumatic brain injury and spinal cord injury from an inpatient rehabilitation facility's perspective. *The journal of spinal cord medicine.* 41(6), 718–730. <https://doi.org/10.1080/10790268.2018.1465744>.
- Hagen, K., Porter, C., Martin, r., Dean, J., Salorio, C. & Sadowsky, C. (2020). Improvements in Function Following Inpatient Activity-Based Therapy for Children With Acute Flaccid Myelitis. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 26(4), 275-282.
- Hall, K., Cohen, M., Wright, J., Call & M., Werner, P. (1999). Characteristics of the Functional Independence Measure in Traumatic Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 80, 1471-6.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación.* Sexta ed. McGraw Hill / Interamericana editores.

- Hidalgo, G., Montenegro, C. y Aravena, A., M. (2014). Rehabilitación temprana en niños y adolescentes con lesión medular adquirida. *Rev. Med. Clin. Condes.* 25(2), 286-294.
- Madi, S., Alraddadi, N. (2020). Association Between Pediatric Inpatient Rehabilitation Services and Children's Functional Outcomes: King Fahad Medical City Experience. *Rehabilitation Process and Outcome* 9, 1-8.
- Massagli T. (2000). Medical and rehabilitation issues in the care of children with spinal cord injury. *Phys Med Clin Rehab* 11(1), 169 – 82.
- Miller, W., Chan, W., Noonan, V., Sakakibara, B., Tawashy, A., Aubut, J., Curt, A., Connolly, S., Elliot, S., Hsieh, J., Mortensen, W., Noreau, L., Orenczuk, S., Sawatzky, B., Steeves, J., Wilkinson, S. & Wolfe, D. (2013). *Outcome Measures*. En: Eng, J., Teasell, R., Miller, W., Wolfe, D., Townson, A., Hsieh, J., Konnyu, K., Connolly, S., Foulon, B., Aubut, J., editores. *Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. Version 4.0*. Recuperado de <https://scireproject.com/wp-content/uploads/SCIRE4-OM-Full-Ch.pdf>.
- Mulcahey, M., Gaughan, J., Betz, R. & Johansen, K. (2007). The International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury: reliability of data when applied to children and youths. *Spinal Cord.* 45, 452–459.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Lesiones de la Médula Espinal – Perspectivas Internacionales. Resumen*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131504/1/WHO_NMH_VIP_13.03_spa.pdf?ua=1.
- Parent, S., Mac-Thiong, J. M., Roy-Beaudry, M., Sosa, J. F. & Labelle, H. (2011) Spinal Cord Injury in the Pediatric Population: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Neurotrauma.* 28,1515–1524. DOI: 10.1089/neu.2009.1153.
- Paulenas, E., Montilla, S., De Pascuale, M. y Intruvini, S. (2018, 25 - 27 de abril). *Recuperación funcional en las actividades de la vida diaria de niños y adolescentes con lesión medular de niños y adolescentes con lesión medular durante un programa de rehabilitación en el período subagudo*. 3° Congreso Argentino de Discapacidad en Pediatría de la Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, Argentina.
- Roberts, T., Leonard, G. & Capela, D. (2016). Classifications In Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale. *Clin Orthop Relat Res.* 475, 1499–1504. DOI 10.1007/s11999-016-5133-4.
- Simpson, L., Eng, J., Hsieh, J. & Wolfe, D., equipo de investigación SCIRE (2012). The health and life priorities of individuals with spinal cord injury: A systematic review. *J Neurotrauma.* 29(8), 1548–1555. doi:10.1089/neu.2011.2226.
- Sisto, S., Druin, E. & Sliwinski, M. (2008). *Spinal Cord Injuries, Management and Rehabilitation*. Primera ed. Mosby.
- Somers, M. S. (2010) *Spinal Cord Injury: functional rehabilitation*. Tercera ed. Pearson Education Inc.
- Truchón, C., Fallah, N., Santos, A., Vachon, J., Noonan, V. & Cheng, C (2017). Impact of Therapy on Recovery during Rehabilitation in Patients with Traumatic Spinal Cord Injury. *Journal of neurotrauma* 34:2901–2909. Mary Ann Liebert. Inc. DOI: 10.1089/neu.2016.4932.
- Wolfe, D.L., Hsieh, J.T. & Mehta, S. (2010). *Rehabilitation Practices and Associated Outcomes Following Spinal Cord Injury*. En Eng JJ, Teasell RW, Miller WC, Wolfe DL, Townson AF, Hsieh JTC, Connolly SJ, Mehta S, Sakakibara BM, editores. *Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. Version 3.0*. Recuperado de <https://scireproject.com/wp-content/uploads/20-Rehab-Practices-v4.pdf>.

Cómo citar este artículo:

Paulenas, E. y Montilla, S., (2021). Recuperación funcional en las actividades de la vida diaria en niños y adolescentes con lesión medular durante un programa de rehabilitación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 57-63.

“Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo”: intervención en un paciente con Lesión Cerebral Adquirida

“Administrative Labor Training Program”: intervention in a patient with Acquired Brain Injury

Isabel Aranguren | Melania Ron | María Teresa Saenz Rozas | María Julieta Russo

Isabel Aranguren

Lic. en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del Programa de Rehabilitación Laboral del Centro de Rehabilitación Fleni.

iaranguren@fleni.org.ar

Melania Ron

Lic. en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Jefe de Servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Fleni.

mron@fleni.org.ar

María Teresa Saenz Rozas

Lic en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Terapeuta junior del Centro de Rehabilitación Fleni.

msaenzrozas@gmail.com

María Julieta Russo

Médica Neuróloga, Universidad Nacional de La Plata. Coordinadora Médica Rehabilitación Cognitiva, Lenguaje y Musicoterapia del Centro de Rehabilitación Fleni.

Resumen

El retorno al trabajo es un importante indicador de participación comunitaria. Luego de una lesión cerebral adquirida la reinserción laboral es un desafío debido a los déficits físicos, cognitivos y emocionales de esta población. Teniendo en cuenta esta problemática hemos desarrollado un programa de entrenamiento laboral administrativo (PELA) en el cual se simula un puesto de trabajo con tareas específicas. En el presente trabajo se reporta la experiencia con un paciente con secuela de accidente cerebro vascular. La incorporación del PELA dentro de una unidad de rehabilitación brinda la posibilidad de abordar en estadios tempranos del proceso de rehabilitación la problemática de la reinserción laboral.

Palabras clave: Lesión cerebral, retorno al trabajo, entrenamiento laboral.

Abstract

Return to work is an important indicator of community participation. After an acquired brain injury this becomes a challenge due to the physical, cognitive, and emotional impairments this population shows. Considering this problem we have developed an Administrative Labor Training Program (ALTP) which consists of a simulated job experience with specific activities. In this paper we report the experience with a stroke patient. The inclusion of the ALTP in a rehabilitation unit gives the opportunity to deal with the return to work problematic in early stages.

Keywords: Brain injury, return to work, job training.

Introducción

La revinculación laboral luego de una lesión cerebral adquirida es un verdadero desafío debido a los posibles impedimentos físicos, cognitivos y emocionales que suelen presentar estos pacientes. Las demandas de las actividades productivas como la actividad laboral, requieren de la integración de habilidades tanto motoras como cognitivas y sociales. El retorno al trabajo es un importante indicador del funcionamiento en el mundo real, y también es considerado como un resultado del éxito de un programa de rehabilitación.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y Salud (CIF) creada por la OMS (2002), reconoce que el retorno al trabajo es un componente esencial para una reinserción social exitosa. Aquellos individuos con lesión cerebral que están empleados reportan un mejor estado de salud, una mejor sensación de bienestar, mayor integración social dentro de la comunidad, por otra parte también reportan un menor uso de los servicios de salud y una mejor calidad de vida. Contrariamente la falta de trabajo puede crear tensión psicosocial e impacto financiero para la persona con lesión cerebral y la familia (Corrigan *et al.*, 2001; Wehman *et al.*, 2005).

La lesión cerebral adquirida se la define como aquella injuria en el cerebro que no es hereditaria, congénita o degenerativa. Las lesiones cerebrales adquiridas pueden ser de origen traumático o no traumático, siendo el traumatismo de cráneo y el accidente cerebrovascular las causas más frecuentes, respectivamente.

Con respecto al traumatismo de cráneo es un problema de salud pública ya que afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población. Es la tercera causa de muerte para todos los grupos de edad tanto en países desarrollados como en vías de serlo. Es la primera causa en la población de 1 a 45 años y la causa de fallecimiento de 3 de cada 4 adolescentes (15 a 24 años) así como de 2 de cada 3 adultos jóvenes (25 a 35 años). De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2001 se produjeron 3,5 millones de muertes (6% del total de defunciones) y se perdieron 113 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY por su sigla en inglés) por lesiones no intencionales. Esta problemática afectó particularmente a los países de ingreso medio y bajo, ya que en los mismos se produjeron casi el 90% de los fallecimientos y pérdida de AVAD. Asimismo, el grupo etario entre 15 y 44 años es el más perjudicado por este problema. En Estados Unidos representa un costo anual de cerca de \$17 mil millones cada año en atención médica y pérdida de productividad (Corso *et al.*, 2015).

Muchos pacientes con lesión cerebral adquirida sufren secuelas físicas, cognitivas emocionales y del comportamiento a largo plazo, que constituyen un obstáculo sustancial para el retorno

al trabajo. Luego de un accidente cerebrovascular la proporción de pacientes que retornan al trabajo varía entre el 11-85% y entre el 11 y 82% en lesiones traumáticas (Trygged *et al.*, 2011; Radfor *et al.*, 2013) según trabajos reportados, y suelen ser dependientes de una rehabilitación integral y un abordaje psicosocial (Shames *et al.*, 2007). En una revisión sistemática desarrollada por Van Velzen JM, y colaboradores (2009a) en adultos con lesión cerebral adquirida se evidenció que sólo el 40% de los pacientes previamente empleados menores de 65 años vuelven al trabajo dentro de los dos años posteriores al evento. Los resultados de la revisión demuestran que el trabajo es un elemento importante en la vida de los pacientes con lesión cerebral adquirida, enfatizando el significado del trabajo como facilitador de un ambiente social y proveedor de un sentido para su vida (Stergiou-Kita *et al.*, 2012).

Sin embargo, se debe tener en cuenta que en la actualidad no disponemos de criterios operativos para definir cuándo un retorno laboral puede ser considerado exitoso, debido a que numerosas variables pueden influir en su valoración, como por ejemplo, tipo de trabajo, demanda de las tareas, modificación en el puesto y, o carga horaria del trabajo, o reubicación en un nuevo puesto de trabajo. Por otro lado, numerosos factores pronósticos relacionados a la lesión cerebral influyen en la recuperación funcional y el retorno al trabajo, como por ejemplo, la edad, el tipo de lesión, la severidad y localización de la lesión, el nivel de educación previa, la ocupación y puesto de trabajo al momento del evento (Wehman *et al.*, 1993). Los datos sobre severidad de la lesión son mixtos, probablemente debido a las diversas definiciones, en algunos estudios se observa que las personas con traumatismo de cráneo grave tienen dificultad para la reinserción laboral (Brooks *et al.*, 1987) y Van Velzene y colaboradores (2009b) no encontraron ningún efecto.

En relación al nivel de educación premórbido e historia laboral, los profesionales y aquellas personas con mayor nivel de educación muestran mejor retorno laboral que las personas que realizan trabajos manuales (Greenspan Al *et al.*, 1996; Walker *et al.*, 2006).

Por último, un factor que influye positivamente en el retorno laboral es la capacidad de autoconciencia, la motivación y la capacidad para fijar metas razonables (Ben-Yishay, 1989; Sherer *et al.*, 1998). Se obtienen mejores resultados en rehabilitación cuando la persona está motivada con la tarea. Este concepto puede ser transferido al proceso de rehabilitación vocacional (Ciampa A *et al.*, 2016). La autoconciencia es un componente clave del proceso de rehabilitación.

La rehabilitación laboral o también conocida como rehabilitación profesional, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP), es el proceso por el cual una persona lo-

gra compensar con el mayor grado posible las desventajas originadas de una deficiencia o una discapacidad, que afectan su desempeño laboral, dificultando o impidiendo la integración sociolaboral mediante la consecución, el mantenimiento y promoción de una vida productiva. La rehabilitación laboral se justifica cuando la persona con discapacidad enfrenta una desventaja laboral (Montero Gomez, 2003).

La rehabilitación laboral es subsiguiente, e incluso simultánea, a la rehabilitación clínica o médico-funcional y con ésta, así como con la rehabilitación social, es parte del proceso de la rehabilitación integral de personas con discapacidad con el objetivo de su reinserción social completa.

Como todo proceso de rehabilitación en salud, la rehabilitación laboral es interdisciplinaria dirigido principalmente por profesionales en Terapia Ocupacional junto con profesionales de medicina física y rehabilitación y con la complementación de otras disciplinas o profesiones, como la Psicología, la Fisioterapia, Fonoaudiología y el Trabajo Social, necesarias para resarcir a la persona sus funciones sociales, laborales y productivas (Montero Gomez, 2003).

Los programas de entrenamiento laboral permiten a los individuos encontrar soluciones a los problemas y nuevas maneras de trabajar dentro de sus capacidades, desarrollando nuevas estrategias y hábitos.

Existen fuertes evidencias de que aquellas intervenciones que contienen una combinación de componentes como adaptación de la tarea, apoyo personalizado, apoyo emocional y educación, son eficaces para favorecer el retorno al trabajo (Donker *et al.*, 2016).

El programa de rehabilitación laboral de Fleni tiene como objetivo general brindar orientación para el retorno laboral de los pacientes con secuelas neurológicas. Se trabajan las etapas de evaluación-orientación, análisis ocupacional/ adecuación de puestos, formación, entrenamiento, colocación y seguimiento, siguiendo el lineamiento propuesto por GLARP. Para ello se realiza una entrevista al paciente, a través de un cuestionario semi estructurado, donde se recaban datos personales, datos de la discapacidad, datos contextuales, historia ocupacional, intereses y meta ocupacional del paciente. La misma es llevada a cabo por un terapeuta ocupacional experto en el tema.

En el programa de rehabilitación laboral se observa una importante limitación en la inserción laboral de personas con secuela de daño cerebral adquirido ya que requieren entrenamiento específico teniendo en cuenta que las dificultades cognitivas, emocionales y conductuales son las que impactan en la inserción laboral exitosa.

En la Argentina la mayoría de experiencias en programas reportadas de rehabilitación laboral están enfocados en el área

de salud mental (DGSM, 2017) donde las problemáticas y las oportunidades son diferentes a aquellas asociadas a las lesiones cerebrales adquiridas. Por lo general estos programas están desarrollados para personas con afecciones desde el nacimiento donde los procesos de aprestamiento están desarrollados de forma paralela a programas educativos o incluidos en tales. También se observa mayor recurso comunitario y variedad de puestos de aprestamiento en esta población de pacientes. Estos programas laborales reciben soporte o financiamiento del estado o diferentes organizaciones no gubernamentales.

Teniendo en cuenta que la gran parte de la población de adultos con lesión cerebral adquirida no logran incorporarse a este tipo de programas de entrenamiento consideramos importante que dentro de los planes de rehabilitación integral se incluya un programa de entrenamiento laboral específicamente diseñado para la población adulta con lesión cerebral adquirida que contemple la posibilidad de entrenar puestos que simulen tareas específicas con una carga horaria determinada, realizando un entrenamiento específico para favorecer la autoconciencia y evaluar el desempeño real durante la actividad.

De esta necesidad es que surge el PELA, el cual tiene como objetivo brindar la experiencia de una simulación de puesto de trabajo de oficina para fomentar la toma de conciencia y la implementación de estrategias durante la práctica real de una actividad productiva.

El objetivo del presente estudio consiste en describir el PELA que se desarrolla desde el 2015 en pacientes adultos con daño cerebral adquirido en el Centro de Rehabilitación del Instituto Fleni, Buenos Aires, Argentina, y reportar un caso clínico.

Método

Descripción del Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo (PELA)

El programa incluye el ingreso de pacientes con secuela de ACV (accidente cerebro vascular) y/o TEC (traumatismo encefalo craneano) que fueron atendidos en modalidad de internación u hospital de día en el centro de rehabilitación neurológica del Instituto Fleni de Escobar, Buenos Aires, Argentina. Los pacientes que cumplen con los criterios de admisión del PELA son incluidos en el mismo.

El PELA consta de 20 hs de entrenamiento laboral. La frecuencia y distribución horaria se acuerda con el participante según disponibilidad. Los participantes del PELA, firman consentimiento de participación donde se detalla objetivo, duración y frecuencia del mismo.

Este es un espacio donde el participante tiene la oportunidad de realizar diferentes actividades similares a aquellas de un

empleo real o partes de un empleo. El programa se desarrolla dentro del Servicio de Terapia Ocupacional. Las tareas se encuentran niveladas en dificultad creciente. Cada tarea tiene consignado un modo de realización, un resultado final esperado y estándares de tiempo. Las tareas se asemejan a aquellas de un puesto administrativo o secretariado. El participante tiene un horario que cumplir, un uniforme que vestir con cartel identificatorio. El terapeuta define las tareas y el nivel de dificultad de las mismas según lo observado en las evaluaciones de inicio y establece un modo de supervisión que puede ser directa total (directa durante todo el tiempo, requiere una persona que lo supervise constantemente), directa intermitente (requiere más de 2 indicaciones que dirigen al paciente a iniciar, continuar o completar la tarea pero dichas indicaciones no guían al paciente a lo largo de toda la tarea, el supervisor no puede alejarse más de 15 minutos) o indirecta (puede requerir uno o dos indicaciones para dirigir a la persona a iniciar, continuar o completar la tarea, el supervisor puede estar ausente por períodos de una hora). Todo el equipo de Terapia Ocupacional y otros profesionales de la Institución conocen el programa y son informados al momento de inicio de un nuevo participante. Esto permite trabajar habilidades psicosociales, relaciones interpersonales, y conductas laborales.

Al inicio del programa se simula un contrato laboral, se explican las tareas generales, los derechos y obligaciones, las pautas que debe cumplir y se presenta el participante al grupo. Se entrega el uniforme y tarjeta identificatoria. Teniendo en cuenta que son tareas nuevas se toman 2 días de adaptación a los requerimientos del puesto y se evalúa el desempeño real al día 3, y al final. Para tal fin se diseñó una evaluación propia en el servicio. La misma consta de 4 áreas/dominios: 1) Habilidades de Comunicación e Interacción, 2) Habilidades de Procesamiento, 3) Habilidades Motoras y 4) Conducta Laboral. Cada área tiene 4 o 5 sub-ítems. El puntaje para cada sub-ítem va de 1 a 4, siendo 4 desempeño competente, 3 desempeño cuestionable, 2 desempeño inefectivo y 1 déficit. Es una evaluación observacional, cada ítem tiene su definición y lo esperable para cada puntaje.

Las tareas se clasifican en estructuradas y espontáneas. Las primeras son aquellas que tienen un modo de realización específico el cual es explicado al participante previamente. Algunos ejemplos de estas tareas son: armado de bases de datos en PC, digitalización de una libreta telefónica, armado del inventario de una biblioteca, actualización de un fichero, orden y limpieza de placares. Las tareas espontáneas se refieren a tareas que surgen de imprevisto como contestar el teléfono, interactuar con colegas, responder a un requerimiento espontáneo de un colega. Estas últimas tareas permiten valorar y entrenar otras habilidades como flexibilidad, habilidades sociales, resolución de problemas y atención, entre otras.

El objetivo del PELA es valorar y entrenar habilidades de desempeño laborales en la simulación de un puesto de trabajo

administrativo permitiendo de esta forma describir fortalezas y limitaciones del participante, entrenar el reconocimiento de desempeño, habilidades sociales y conducta laboral. Al finalizar el programa se espera obtener un perfil de desempeño laboral que permita al terapeuta definir requerimientos específicos para una colocación exitosa.

a. Criterios de inclusión.

- Mayores de 18 y menores de 55 años.
- Participación en un programa de rehabilitación integral de Fleni en modalidad de hospital de día o internación.
- Movilidad independiente, puntaje ≥ 6 en el sub-ítem movilidad de la escala Functional Independence Measure (FIM).
- Conocimiento básico de uso de PC (Word, Excel, Internet).
- 12 años completos de educación formal.
- Mínimas habilidades de comunicación, puntaje ≥ 5 el sub-ítem comprensión y expresión del FIM.
- Consentimiento firmado para la participación en el programa de entrenamiento laboral y posterior publicación.

b- Criterios de exclusión: dependiente en la movilidad, descompensación clínica, crisis convulsivas hasta 24 hs antes de la inclusión, comorbilidades previas a la lesión cerebral (enfermedades psiquiátricas mayores, etilismo crónico, abuso de sustancias).

c- Herramientas

Evaluación Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo (PELA)

Es una planilla de valoración confeccionada específicamente para este programa en el Servicio de Terapia Ocupacional, programa de rehabilitación laboral, basada en el tipo de evaluaciones del modelo de la ocupación humana de Kielhofner (Kielhofner, 2004). Consta de una versión para el evaluador y otra para el paciente. Ésta última permite poder evaluar el nivel de conciencia o automonitoreo del desempeño del paciente. Describe 4 niveles de desempeño: competente (4), cuestionable (3), inefectivo (2) y déficit (1) para diferentes destrezas de ejecución: habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y conducta laboral. A su vez, cada habilidad tiene un conjunto de acciones que la integran/definen.

Competente: desempeño competente que apoya el funcionamiento ocupacional y conduce a resultados positivos. El terapeuta no observa evidencia de un déficit en el desempeño ocupacional.

Cuestionable: desempeño cuestionable que pone en riesgo el funcionamiento ocupacional y conduce a resultados incier-

tos. El terapeuta se cuestiona en torno a un posible déficit en el desempeño ocupacional.

Inefectivo: desempeño poco efectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional que conduce a resultados no deseables. El terapeuta observa un déficit de bajo perfil a moderado en el desempeño ocupacional.

Déficit: desempeño deficiente que impide el funcionamiento ocupacional y conduce a resultados inaceptables. El terapeuta observa un severo déficit en el desempeño ocupacional.

Habilidades de comunicación e interacción: habilidades no verbales, conversación, expresión verbal, relaciones.

Habilidades de procesamiento: conocimiento, planificación, organización, resolución de problemas.

Habilidades motoras: postura y movilidad, coordinación, fuerza, energía.

Conducta laboral: ritmo, persistencia en la tarea, organización general, prolijidad y presencia, manejo del tiempo.

Cuestionario de evaluación de la tarea (motivación intrínseca)

El Cuestionario de Motivación Intrínseca (CMI) es un recurso de medida multidimensional que intenta evaluar la experiencia subjetiva del participante relacionado a una actividad específica en experimentos de laboratorio. Fue utilizada en varios experimentos relacionados a motivación intrínseca y auto-regulación. (Cancelliere *et al.*, 2014). Para este programa hemos traducido una versión de 22 puntos que fue utilizada en varios estudios. Tiene 4 subescalas: interés / disfrute, elección percibida, competencia percibida y presión / tensión. Esta versión se titula Cuestionario de Evaluación de la Tarea. La persona tiene 22 frases que debe puntuar con una escala de 1 (por nada cierto) a 7 (totalmente cierto).

Reconocimiento del déficit

Se utiliza el modelo basado en el marco de abordaje multicontextual desarrollado por Joan Pascale Togli, y colaboradores (2009). Se implementa la evaluación de reconocimiento del déficit de antes y después de la tarea. El paciente administra la evaluación del PELA al inicio, y al finalizar el programa. El puntaje obtenido será comparado con el puntaje asignado por el profesional a cargo y de esta forma se evaluará la autoconciencia.

Descripción del caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 30 años (SR), procedente de la ciudad de Escobar, empleada administrativa en una clínica privada. Fue llevada al servicio de Urgencias del Hospital de Escobar el 25/06/2016 por presentar parestesias y

debilidad muscular en hemicuerpo derecho, y alteraciones en el lenguaje. En la valoración inicial se diagnosticó como una paciente en buenas condiciones generales, con afasia y hemiparesia severa en el hemicuerpo derecho. Se le realizó una tomografía axial computadorizada de cráneo simple y una angiografía digital que evidenció lesiones hemorrágicas secundarias a una malformación arteriovenosa. La paciente permaneció aproximadamente 23 días en terapia intensiva, y luego de varias complicaciones clínicas y completar 60 días de rehabilitación en modalidad internación en otro centro, ingresa a nuestra institución el 15/02/2017 con el objetivo de completar un módulo de 3 meses de rehabilitación neurológica en modalidad hospital de día, realizando 5 hs de terapias por día que incluyen Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Rehabilitación Cognitiva y Psicología durante 6 meses. En la evaluación de admisión, se observó una paciente con una hemiparesia desproporcionada severa del hemicuerpo derecho, a predominio braquial, y paresia moderada crural, con caída del antepié. Realiza marcha con valva y bastón. En la evaluación del lenguaje, se evidenció la presencia de una afasia no fluente, con buen nivel en comprensión, con un lenguaje espontáneo limitado a su nombre y verbalizaciones de tipo "sí/no", logrando escritura a la copia inmediata. Desde el punto de vista conductual, evidenció un perfil de impulsividad y rigidez del pensamiento.

Al inicio del PELA, la Sra SR era independiente en las AVD, presentaba según la FIM un valor de 109/126 y un Barthel de 90/100. Marchaba en forma independiente, utilizando valva en el miembro inferior derecho (MID). Tenía un FAC (funcional assessment questionnaire) de 4/5 y una Berg Balance de 48/56, Fugl Meyer MID 14/34 (control motor de sinergia flexora y extensora débiles), miembro superior derecho (MSD) 4/66 (sin control voluntario). Presentaba un cuadro de afasia verbal no fluente, afasia de Brocca asociado a un cuadro de Apraxia del Habla. La comprensión era buena en contexto. Lograba escritura a la copia. Bedside de Lenguaje 24/25; Coeficiente de Afasia 77.9/100; Lectura y Escritura 12.5/20. Atención y concentración adecuadas, leves dificultades en memoria asociadas al déficit de lenguaje y presentaba dificultades en las funciones ejecutivas; Cognitive Linguistic Quick Test (CLQT) 3.6 (normal), Mini-Mental State Examination (MMSE) 26/30 (déficit).

El entrenamiento laboral de la Sra. SR se desarrolló con una frecuencia de 2 veces por semana, 1 hora y media cada día de concurrencia. Las tareas que realizó fueron las siguientes:

- Carga de datos en planilla digital. Recibir planillas impresas, armar una planilla en Excel con variables dadas, guardarla en la PC, completarla y al finalizar ordenarla alfabéticamente.
- Actualización de material del fichero. Revisar el fichero que se encuentra en el gimnasio. Identificar copias faltan-

tes en folios. Hacer una lista de las mismas. Solicitar a la TO a cargo la impresión de las mismas. Buscarlas por donde ella indique. Guardarlas donde corresponde.

- Orden y limpieza de placares. Retirar el material del estante, pasar un trapo húmedo y volver a colocar las cosas como estaban.
- Uso de fotocopidora. Buscar material para fotocopiar, ir hasta el sector donde se encuentra la máquina, hacer las copias indicadas, entregarlas a la TO a cargo.
- Modificación de archivos de Word. Actualizar encabezados y pies de página de diferentes archivos con logo nuevo y fecha de actualización.
- Estar disponible para cualquier eventualidad/ pedido que pueda realizar un compañero. Como por ejemplo atender el teléfono, alcanzar material del placard, buscar copias en impresoras, ir hasta el kiosco y hacer alguna compra.

Inicia el programa con supervisión directa intermitente. Se plantea 2 días de inducción a las diferentes actividades.

Se comparó el desempeño al inicio y luego de finalizar el programa con la evaluación PELA.

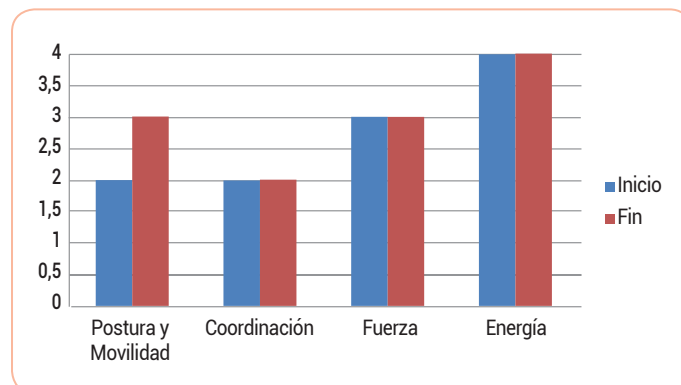
Con respecto a las habilidades de comunicación e interacción, se observó que al inicio la paciente SR presentó un lenguaje no verbal y se mostró competente en las relaciones con terceros. Logró mantener relación con los otros, mostrándose sociable, consciente de los demás, con un lenguaje corporal apropiado. Desde un punto de vista cualitativo, la mayor dificultad se encontró en la expresión verbal siendo la misma cuestionable, mostrando habilidad relativa para intercambiar información eficientemente. Al finalizar el programa mantuvo el mismo puntaje mostrando fortaleza en las habilidades no verbales y de relación con otros y una clara disminución en lo que refiere a la expresión verbal debido a su secuela.

En la evaluación de las habilidades del procesamiento, durante todo el programa presentó habilidades competentes mostrando buen conocimiento, planificación y organización. Logró aprender rápidamente tareas nuevas. A la hora de presentarse un problema logró solucionarlo o pedir la ayuda necesaria para resolver el mismo.

En la evaluación de las habilidades motoras, en la cual se contempla la destreza de ejecución en las distintas tareas, fue evidente al inicio del programa un desempeño cuestionable, en aquellas tareas que requerían una determinada postura y movilidad, y/o fuerza; un desempeño deficitario cuando requería coordinación motora debido a su hemiparesia pero logrando completar todas las tareas en forma unimanual; y finalmente se mostró competente con respecto a la energía en cada una de las tareas. Al finalizar el programa se evidenció únicamente mejoría en las tareas que requerían una determinada postura

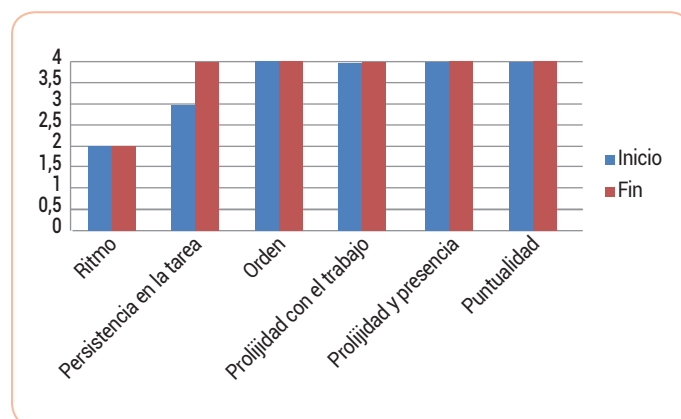
y movilidad, evidenciándose una mejoría en la marcha, mostrándose más segura en su movilidad general. Ver figura 1.

Figura 1. Habilidades Motoras



Con respecto a la conducta laboral, durante todo el programa la participante mostró orden, prolijidad con el trabajo, prolijidad y presencia, y puntualidad. Desde un punto de vista cualitativo, el ritmo de trabajo se interpretó como disminuido pero siempre constante. La característica que mostró mejoría al finalizar el programa fue el de persistencia en la tarea, logrando insistencia en el logro de un objetivo. Ver figura 2.

Figura 2. Conducta laboral



En relación a la motivación observada durante todo el programa, medida por el Cuestionario de Motivación Intrínseca (CMI), la participante mostró puntaje máximo en las sub-escalas de interés (49/49), percepción de competencia (35/35), percepción de elección (35/35) y puntaje bajo en presión (7/35).

En relación al reconocimiento del déficit, no hubo diferencias entre la puntuación del participante y el terapeuta evidenciándose un adecuado reconocimiento del déficit por parte del participante.

Hacia el final del programa la supervisión requerida fue indirecta.

En resumen, la Sra. SR mostró fortalezas principalmente en sus habilidades de procesamiento, en todo lo relativo a la comunicación no verbal y en su conducta laboral. Siempre se mostró

entusiasmada con la tarea, con buena capacidad para aprender tareas novedosas. Frente a las dificultades que se presentaban producto de su secuela neurológica (afasia, hemiparesia) siempre encontró la forma de que las mismas no limiten por completo su desempeño sino que incorporó todas las estrategias compensatorias trabajadas durante su tratamiento logrando así desempeñar con éxito las tareas planteadas.

Resultados

El programa de entrenamiento laboral administrativo PELA es una buena herramienta para evaluar y entrenar destrezas ocupacionales y habilidades laborales. Los participantes tienen la posibilidad de salir del rol de pacientes y posicionarse en un rol productivo. Por otro lado, permite a la persona experimentar en un entorno de entrenamiento adaptado las dificultades posibles a la hora de realizar una actividad laboral, desarrollar estrategias y favorecer la toma de conciencia de la situación actual.

Las personas con daño cerebral adquirido, requieren mayor tiempo de ejecución, adaptación de la tarea e incorporación de estrategias (Wehman *et al.*, 1993). La posibilidad de experimentar la incorporación de estas estrategias en la simulación de un puesto laboral permite fortalecer las habilidades y comprender que la implementación de las mismas habilitan a un desempeño eficiente.

El programa le permite al profesional interviniente en la rehabilitación acceder a un perfil laboral del participante, evidenciando fortalezas, debilidades y tipo de ayudas necesarias para facilitar una adecuada futura colocación laboral.

Durante la participación del PELA los familiares del participante lograron dejar de ver al participante como un paciente que necesita ayuda y les permitió verlo en un rol productivo.

El PELA, le permite al participante experimentar una primera de simulación laboral post lesión cerebral favoreciendo la percepción sobre sus capacidades en relación a tareas laborales, reconocer su nivel de productividad así también como un incremento de la autoconciencia y la necesidad de incorporar estrategias.

Discusión

Se pudo observar dentro de las limitaciones de la implementación del PELA que al desarrollarse en un centro de rehabilitación, el contexto es un entorno que está adaptado, acostumbrado a interactuar con personas con discapacidad, lo que hace que el trato hacia los participantes no sea exactamente como el que podría recibir fuera de una institución de rehabilitación integral. Esto es una barrera dentro de lo que son las habilidades sociales. Para salvar esta dificultad una vez que el participante al PELA es admitido se dan lineamientos a los profesionales de la institución.

Otra de las desventajas del PELA es la limitación en la cantidad de puestos posibles a entrenar. La duración del entrenamiento es acotado a un tiempo lo que no permite valorar conductas laborales a largo plazo que según lo reportado en diferentes trabajos de investigación, una de las dificultades de los pacientes con injuria cerebral adquirida es sostener un trabajo en el tiempo.

Se plantea para futuros trabajos de investigación aumentar el número de participantes en el programa y poder realizar un seguimiento sobre la reinserción laboral de los participantes.

Conclusiones

La incorporación del PELA dentro de una unidad de rehabilitación brinda la posibilidad de abordar en estadios tempranos del proceso de rehabilitación la problemática de la reinserción laboral.

Contar con un programa específico de evaluación y entrenamiento brinda herramientas específicas para el proceso de reinserción laboral.

Permite al participante conocer su nivel de desempeño y da una primera experiencia laboral simulada luego de una lesión cerebral adquirida.

Agradecimientos

Queremos agradecer al equipo de Terapia Ocupacional de Fle- ni que colaboró en la ejecución del programa, a los pacientes que participaron del mismo y al equipo médico por la derivación de pacientes. ●

[Recibido: 13/04/2021 - Aprobado: 09/11/2021]

Referencias

- Ben-Yishay, Y. y Lakin, P. (1998). *Structured group treatment for brain injury survivors*. Ed. Ellis D. W., & Christensen.
- Brooks, N., McKinlay, W., Symington, C., Beattie, A. y Campsie, L. (1987). Return to work within the first seven years of severe head injury. *Brain Injury*, 1(1): 5-19.
- Cancelliere, C., Kristman, V.L., Cassidy, J.D., Hincapié, C.A., Côté, P., Boyle, E., Carrol, L., Stålnacke B., Bousard C., Borg J. (2014). Systematic review of return to work after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Arch Phys Med Rehabil.*, 95(3 Suppl):S201-9.
- Ciampa, A., Lischinsky, A., Torralva, T., Manes, F., Camino, J. (2016). Specific work integration program with a patient with traumatic brain injury. ResearchGate <https://www.researchgate.net/publication/301528755>
- Corrigan, J.D., Bogner, J.A., Mysiw, W.J., Clinchot, D. y Fugate, L. (2001). Life satisfaction after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*; 16:543-55.

- Corso, P., Finkelstein, E., Miller, T., Fiebelkorn, I. y Zaloshnja, E. (2015). Incidence and lifetime costs of injuries in the United States. *Brain Injury*, 21(6):434-40.
- Donker-Cools, B.H., Daams, J.G., Wind, H. y Frings-Dresen, M.H. (2016). Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, 30(2):113-31.
- Greenspan, A.L., Wrigley, J.M., Kresnow, M., Branche-Dorsey, C.M. y Fine, P.R. (1996). Factors influencing failure to return to work due to traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10 (3): 207-218.
- Kielhofner, G. (2004). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana.
- Montero Gomez, C. (2003). *Estrategias para facilitar la inserción laboral a personas con discapacidad*. Editorial EUNED.
- Radford, K., Phillips, J., Drummond, A., Sach, T., Walker, M., Tyerman, A., Haboubi N., Jones T. (2013). Return to work after traumatic brain injury: cohort comparison and economic evaluation. *Brain Injury*, 27 (5): 07-520.
- Resolución 2574 de 2017 [Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires] "Programa de Empleo con Apoyo en Salud Mental". 24 de noviembre de 2017. Boletín N° 5261, <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSGC-MSGC-2574-17-ANX.pdf>
- Shames, J., Treger, I., Ring, H. y Giaquinto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury: trends and challenges. *Disabil Rehabil*, 29(17):1387-1395.
- Sherer, M., Bergloff, P., Levin, E., High Jr W M., Oden K E, Nick T G (1998). Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 13(5):52-61.
- Stergiou-Kita, M. y Rappolt, S. (2012). Towards developing a guideline for vocational evaluation, following traumatic brain Injury: the qualitative synthesis of clients' perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 34(3): 1179-188.
- Toglia J. (2009). *Evaluation and Intervention for Cognitive Perceptual Impairments*. En E. B. Crepeau, B. Schell, E. Cohn (Ed) *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (11 ed., pp. 739-777). Lippincott Williams & Wilkins
- Trygged, S., Ahacic, K. y Kåreholt, I. (2011). Income and education as predictors of return to working life among younger stroke patients. *BMC Public Health*, 11:742.
- Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C. A., Edelaar, M.J., Sluiter, J.K. y Frings-Dresen, M.H. (2009a) Prognostic factors of return to work after acquired brain injury: a systematic review. *Brain Injury*, 23 (5): 85-395.
- Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C.A., Edelaar, M.J., Sluiter, J.K. y Frings-Dresen, M.H. (2009b) How many people return to work after acquired brain injury? A systematic review. *Brain Injury*, 23 (6): 73-488.
- Walker, W.C., Marwitz, J.H., Kreutzer, J.S., Hart, T. y Novack, T.A. (2006). Occupational categories and return to work after traumatic brain injury: a multicenter study. *Arch Phys Med Rehabil*, 87 (12): 1576-1582.
- Wehman, P., Kregel, J., Sherron, P., Nguyen, S., Kreutzer, J., Fry, R., Zasler N, (1993) Critical factors associated with the successful supported employment placement of patients with severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 7 (1): 31-44.
- Wehman, P., Targett, P., West, M. y Kregel, J.(2005). Productive work and employment for persons with traumatic brain Injury: what have we learned after 20 years?. *J Head Trauma Rehabil*, 20 (2): 15-27.
- World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.

Cómo citar este artículo:

Isabel Aranguren, I., Ron, M., Saenz Rozas, M.T. y Russo, M.J. (2021). "Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo": intervención en un paciente con Lesión Cerebral Adquirida. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 64-71.

Calidad del sueño, rutina del despertar y sobrecarga del cuidador en estudiantes de enfermería de San Carlos de Bariloche

Sleep quality, awakening routine and caregiver overload in Nursing students from San Carlos de Bariloche

Lorena Leive | Federico Juan Manuel Zorzoli | Gilda Garibotti

Lorena Leive

Lic. en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Doctoranda Universidad de Buenos Aires.

lorenaleive@gmail.com

Federico Juan Manuel Zorzoli

Lic. en Terapia Ocupacional, Co-jefe Servicio de salud mental comunitaria Hospital Zonal Ramón Carrillo (Bariloche).

jmzorzoli@gmail.com

Gilda Garibotti

Licenciada en Matemática, PhD, profesora UN Comahue Bariloche.

garibottig@comahue-conicet.gob.ar

Resumen

El sueño es una ocupación importante en la vida, cuando se altera impacta en la salud y cotidianidad individual, familiar y social. El personal de enfermería experimenta altas tasas de estrés y sobrecarga y en muchos casos cumple horario rotativo o nocturno, factores que afectan el sueño. El objetivo de este estudio fue caracterizar la calidad del sueño y aspectos cualitativos de la rutina de despertar en estudiantes de enfermería. El diseño fue cuanti-cualitativo, observacional, descriptivo. Se evaluó la calidad de sueño utilizando el Cuestionario Pittsburgh, la rutina del despertar mediante un dibujo, aspectos sociodemográficos y de higiene del sueño. Además, en estudiantes que trabajan, se administró el Cuestionario Zarit de sobrecarga del cuidador. El 87,1% de los estudiantes presentaron un "mal dormir": 66,7% presentó disfunción diurna; 62,3% latencia en el sueño y 57,0% dormían entre 5 y 6 horas diarias. Se observó uso excesivo de pantallas previo al dormir y casi nula actividad física (81% no realizaba ninguna actividad). En estudiantes que trabajaban, 20% presentó sobrecarga. El análisis de los dibujos mostró objetos, espacios y secuenciación de tareas como categorías más importantes de la rutina. Las dificultades en la ocupación de sueño detectadas pueden afectar la calidad de vida de los estudiantes de enfermería, impactar en la atención en aquellos que trabajan con pacientes y dificultar el proceso de formación. Estos hallazgos muestran un área de abordaje para Terapia Ocupacional en un ámbito poco explorado como es la ocupación de sueño en personal de salud.

Palabras clave: hábitos de sueño, estudiantes de Enfermería, Terapia Ocupacional, estrés.

Abstract

Sleep is an important occupation in life, when altered it impacts individual, family and social health daily life. Nursing staff experience high rates of stress and overload, and in many cases comply with night or shift work, factors that affect sleep.

The objective of this study was to characterize the quality of sleep and qualitative aspects of morning routine in nursing students. The study was quanti-qualitative, observational, descriptive. Sleep quality was assessed using the Pittsburgh Questionnaire, the morning routine using a routine drawing, sociodemographic and sleep hygiene aspects. Furthermore, in the case of students who were working, caregiver overload was assessed using the Zarit Questionnaire. 87.1% of students had a "bad sleep": 66.7% had diurnal dysfunction; 62.3% sleep latency and 57.0% slept only between 5 and 6 hours per day. There was excessive use of screens at bedtime and almost no physical activity (81% did not perform any activity). Of students who were working, 20% were overloaded. The analysis of the drawings showed objects, spaces and task sequencing as the most important categories of the routine. The difficulties in sleep occupation found could affect the quality of life of nursing students, impact on the care of those who work with patients, and hinder the learning process. These findings show an area of approach for Occupational Therapy in a little-explored field such as sleep occupation in health staff

Keywords: sleep habits, nursing students, Occupational Therapy, stress.

Introducción

El sueño es una de las ocupaciones con mayor impacto en la calidad de vida del ser humano. Se sabe que el sueño ocupa un lugar de mucha importancia en la restauración y recuperación de sistemas corporales, la conservación de la energía, la consolidación de la memoria y la protección, desarrollo cerebral y descarga de emociones a través de los sueños (National Institutes of Health, 2011).

Desde una perspectiva ocupacional, el sueño se caracteriza por ser la ocupación que provee de uno de los pilares fundamentales al ser humano en relación a su salud, bienestar y calidad de vida. Se caracteriza por tener dos procesos esenciales: la orquestación y sincronización de la participación cotidiana. El significado en la ocupación de sueño contribuye tanto a la identidad como al sentido de pertenencia del ser humano. Por último, el sueño como ocupación humana esencial, es un derecho ocupacional de toda persona (Leive & Morrison, 2020).

Según el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association, 2020), el sueño es una única y esencial área de la ocupación, con actividades tendientes a la salud y la implicancia en el desempeño. Este marco, distingue en el sueño actividades preparatorias y actividades de participación en el mismo. Las preparatorias, son todas aquellas rutinas que preparan para el descanso y aquellas actividades que preparan el ambiente para el mismo. Las actividades de participación son aquellas en las que el ser humano se implica para poder dormir o preparar a otro para esta actividad.

Una de las actividades poco exploradas en relación al sueño en Terapia Ocupacional, es la rutina del despertar (Royeen, 2010). Esta rutina se hace todos los días de la vida luego de dormir, y es de particular importancia porque es el inicio de cada día. Está influida por muchos factores no solo individuales sino del entorno socioambiental. Si bien el despertar, como muchos otros procesos que gobiernan el sueño, está condicionado por el "reloj interno", se sabe que también está condicionado por conductas intencionadas y aprendidas de la persona (Ramos Platón, 1996). Es decir, que la rutina del despertar no es más que otra rutina en la que poder ver no solo parte esencial del sueño sino el inicio de la participación del ser humano en su diaria cotidianidad.

Una disrupción del sueño, ya sea en su cantidad como calidad, tiene consecuencias negativas en la salud (Thorpy, 2017). En el adulto, los trastornos de sueño están en íntima relación e interactuando en forma bidireccional con un alto nivel de estrés en su actividad productiva que ocupa gran parte del día, la actividad laboral. Se sabe que un elevado nivel de estrés laboral, está fuertemente relacionado con un impacto negativo en la salud física y mental (Lundberg & Cooper, 2011). Este impacto puede llegar a ser muy grave, como por ejemplo

la posibilidad de infartos o problemas cardíacos serios (Byrne & Espnes, 2008).

Diversos estudios sobre estrés laboral a nivel mundial han tratado de delimitar cuáles son los factores de riesgo y cómo estos inciden en la salud de la población trabajadora (De La Cruz & Abellan, 2015; Mohammad Mosadeghrad, 2014).

Un elevado nivel de estrés se refiere a la activación de recursos corporales y mentales que ayudan a una persona a lidiar con las demandas cotidianas. En un tiempo específico y corto, esto no es un problema, ya que en la vida diaria precisamos resolver desafíos cotidianos. Sin embargo, cuando estos recursos no son necesarios, precisan de ser desactivados para permitir descansar y regenerar estos mismos recursos. Es decir que, niveles altos de estrés son importantes como para resolver desafíos en un tiempo específico, pero puede ser un alto riesgo para la salud si ese período se prolonga. La regulación de importantes funciones corporales se ven afectadas con un estrés muy intenso en largos períodos de tiempo, como puede observarse en personas con estrés post traumático, fatiga crónica, burnout o fibromialgia (Lundberg & Cooper, 2011).

El equilibrio a largo plazo entre estrés/ actividad y descanso/ recuperación es muy importante para el manejo del estrés y por ende para la salud. El sueño constituye una necesidad ocupacional (Tester & Foss, 2018) con una esencial contribución a la regulación del estrés (Benham, 2010).

En distintas poblaciones se ha estudiado específicamente el impacto de ciertas actividades en el dormir. Una de estas poblaciones, ha sido la de estudiantes universitarios, población que se analizará en el presente estudio. El impacto de la tensión del rendimiento académico, interactúa en estrecha relación y en forma bidireccional con la ocupación de sueño. Es decir que un mal dormir, puede influir sobre el rendimiento académico y viceversa (Elguera, 2019; Fontana *et al.*, 2014; Adorno *et al.*, 2016; Lucero *et al.*, 2014; Quispe Mendoza, 2018; Rios Nicho, 2019; Vilchez-Cornejo *et al.*, 2016).

Las actividades de cuidado de personas que padecen sufrimientos biopsicosociales, son de especial riesgo en cuanto al estrés, estas requieren de una empatía y dedicación especial hacia la salud de una u otras personas, poniendo en juego las creencias, valores y estado biopsicosocial propio a la hora de observar e intervenir cuando es necesario. El interés de la ciencia sobre estas actividades laborales está dado no solo por el cuidado al trabajador, sino también por el cuidado hacia la población que asiste. Es decir, que el impacto del estudio de estas actividades, es mucho más grande que el beneficio directo de observar en forma individual la salud del trabajador. Los enfermeros por su dedicación al cuidado y bienestar de las personas tienen una actividad con fuerte tendencia a padecer de mucho estrés. Entre los factores más estresantes pueden encontrarse grandes cargas de trabajo,

escasez de personal, deficientes entornos de trabajo y sobrecarga emocional producto de tratar con pacientes en riesgo de muerte (Chikukwa, 2020).

Numerosos estudios han encontrado que la prevalencia de trastornos del sueño en enfermeros en ejercicio de la profesión es alta (Kunzweiler *et al.*, 2016; Palazón Galera & Sánchez López, 2017).

Uno de los factores con mayor incidencia negativa en el sueño de este colectivo, es el cumplir turnos rotativos o nocturnos (Epstein *et al.*, 2020; Rosa *et al.*, 2019). Tanto el cambiar frecuentemente de horario de trabajo entre la noche y el día, como el cumplir ciertos horarios nocturnos pueden afectar seriamente los ritmos circadianos y por ende la salud y bienestar (Brown *et al.*, 2020; Khan *et al.*, 2020). A esto, también hay que sumarle en muchas ocasiones, otros factores relacionados a hábitos cotidianos como ser la falta de actividad física (Jeong & Gu, 2016), o el uso de pantallas al momento de irse a dormir (Christensen *et al.*, 2016) afectan la calidad del sueño.

Evaluar la calidad del sueño es relevante, pero más aún analizar esta calidad en los estudiantes de enfermería que se encuentran en procesos de formación, práctica, pasantías rentadas y/o trabajando. Conociendo a través de estudios previos que los trastornos del sueño son preponderantes en la profesión de enfermería, ha sido relevante preguntarnos si es posible evaluar para prevenir estos trastornos en etapa de formación universitaria. Esto posibilita diseñar capacitaciones que tiendan a promover una buena calidad del sueño en los futuros profesionales, no sólo con la intención de cuidar su propia salud y calidad de vida sino también la de los pacientes que cotidianamente asisten. En este sentido es importante mencionar un estudio en el que observaron que aquellos estudiantes de enfermería con una mejor calidad y conocimiento acerca del sueño, fueron más propensos a enseñar higiene del sueño a sus pacientes (Huang *et al.*, 2018).

Esta investigación entonces, brinda la posibilidad de saber si los estudiantes de Enfermería tienen al momento de estudio de la carrera, factores de riesgo en su desempeño ocupacional, específicamente en relación al sueño como ocupación cotidiana. Si bien este desempeño no es el que se está analizando, este estudio podría contribuir al análisis multifactorial del mismo. De presentarse factores de riesgo potenciales en sueño, estos podrían alterar la salud, calidad de vida y desempeño profesional. A su vez, de presentarse alteración o riesgo en las características de sueño estudiadas, estaría potencialmente afectada la tarea con pacientes de aquellos que actualmente trabajan. De este último grupo, en especial los que realizan al momento de estar estudiando y trabajando turnos rotativos o nocturnos, tendrían un mayor riesgo. Dado que la literatura habla de una gran incidencia de trastornos de sueño en profesionales de enfermería durante el ejercicio de

su profesión, consideramos que indagar la existencia de estos trastornos en estudiantes de Enfermería que cursan los últimos años de la carrera, permitiría abordar estos problemas con anterioridad y prevenir el desarrollo de los mismos.

Objetivos

- Describir la calidad del sueño de estudiantes de Enfermería.
- Caracterizar la rutina del despertar de estudiantes de Enfermería.
- Identificar la sobrecarga del cuidador en estudiantes de Enfermería

Metodología

Diseño del estudio

Para el presente estudio, se utilizó una metodología observacional, descriptiva, de corte transversal con evaluación cuali-cuantitativa.

Participantes

Estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional del Comahue Bariloche. La carrera de enfermería ofrece dos títulos: Enfermero y Licenciado en Enfermería. El título de Enfermero se obtiene luego de completar el tercer año, este título les permite desempeñarse en instituciones de salud públicas y privadas. Los estudiantes que desean completar la Licenciatura deben cursar dos años más y realizar una tesina. El relevamiento se realizó durante el año 2018

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue aprobado por la Comisión Provincial de Evaluación de Proyectos de Investigación en Salud Humana, Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, resolución 0790.

Instrumentos de recolección de datos

- Encuesta sobre factores sociodemográficos: género, edad, profesión, cantidad de horas que trabaja, tipo de turnos de trabajo, cantidad de pacientes que asiste y grupo etario de los mismos, grupo conviviente, nivel educativo.
- Dibujo de la rutina del despertar: Se utiliza la técnica descripta por Royeen (2010) para su análisis. Cada dibujo de la rutina se codifica, identificando tareas en forma de cuadro. La secuencia de cuadros es considerada parte de una tira que relata la rutina del despertar. Las principales características analizadas son actividades representadas, secuencia de pasos, objetos presentes y contextos o espacios.

- Cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh (Buysse *et al.*, 1989): Se trata de una herramienta ampliamente usada, que analiza a través de 19 valoraciones que analizan 7 componentes del sueño: calidad, latencia, duración, eficiencia y alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción nocturna. Cada una de las valoraciones se puntúa entre 0 (no existe dificultad) y 3 (severa dificultad). Luego se suman los puntajes obteniendo el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI). El PSQI varía entre 0 y 21 puntos. El puntaje clasifica la calidad de sueño en mal dormir: $PSQI \geq 5$ (valoraciones iguales o mayores a 5 puntos - $PSQI \geq 5$ -) y buen dormir (valoraciones menores a 5 puntos: $PSQI < 5$ - r).
- Escala Zarit (Crespo & Rivas, 2015) de sobrecarga del cuidador. El cuestionario consta de 22 sensaciones que puede experimentar el cuidador mientras cuida a otra persona, cada una de estas sensaciones se evalúa mediante un puntaje entre 1 (nunca) y 5 (casi siempre). Las respuestas se suman para obtener el puntaje total. Este cuestionario mide el grado de sobrecarga subjetiva del cuidador, clasificando los resultados en no hay sobrecarga (puntaje ≤ 46), sobrecarga leve (47 a 55 puntos) y sobrecarga intensa (≥ 56 puntos) (Crespo & Rivas, 2015; Hayo Breinbauer, 2013).
- Encuesta sobre ciertos aspectos de higiene del sueño: uso de pantallas al momento de dormir, realización de actividad física.

Procedimientos

Como parte de la investigación se organizaron y realizaron dos encuentros de aproximadamente una hora de duración cada uno con los participantes. En el primer encuentro se presentó el estudio, sus objetivos y alcances, y se solicitó a los estudiantes de enfermería que quisieran participar que realizaran el dibujo de la rutina del despertar, completaran el cuestionario de Pittsburgh y la encuesta sociodemográfica. Aquellos estudiantes que se encontraban trabajando al momento de la recolección de datos, completaron además el cuestionario de Zarit.

En el segundo encuentro, ya finalizada la recolección, resultados y análisis de la investigación, se realizó la devolución de los resultados encontrados en el estudio y se brindó una presentación sobre higiene del sueño con recomendaciones basadas en los resultados observados en el relevamiento.

Análisis de datos

Se caracterizó a la población utilizando métodos descriptivos. Los datos relativos a aspectos de higiene del sueño, se resumieron por medio de porcentajes. El cuestionario de Pittsburgh se analizó calculando los resultados en base a los 7 componentes principales: calidad subjetiva, latencia, dura-

ción, eficiencia, perturbaciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Luego de este análisis, se calculó el total de los componentes, identificando así el grupo con un mal y un buen dormir.

El cuestionario Zarit se resumió mediante la suma de factores, y en base a esta se evaluó la presencia o ausencia de sobrecarga del cuidador.

En relación al dibujo del despertar, se contabilizó la cantidad de cuadros, objetos, personas y espacios diferentes. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico R (R Core Team, 2017).

Resultados

Participaron del estudio todos los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de la Carrera de Enfermería, 29 (93,5%) mujeres y 2 (6,5%) hombres. Una de las mujeres no completó el cuestionario de calidad de sueño, motivo por el cual no se la incluyó en el análisis. La edad promedio de los estudiantes fue 27 años (rango: 21 a 42 años). 21 (67,7%) estudiantes refirieron convivir con hijos y otros familiares. Las principales ocupaciones que identificaron fueron estudiar y trabajar (21 encuestados, 67,7%), 23 (74,2%) de los estudiantes trabajaban en tareas relacionadas con el cuidado. Entre éstos, 16 (69,6%) realizaba turnos rotativos y 6 (26,1%) matutino, repartiendo el resto porcentual (12,3%) en otros turnos.

El nivel educativo al momento de este estudio mayoritariamente fue terciario incompleto. 81,0% de los estudiantes no realizaban actividad física y 75,0% utilizaban pantallas antes de dormir.

Cuestionario de calidad del sueño Pittsburgh

Calidad del sueño: Hace referencia a la percepción personal del encuestado sobre la calidad de su sueño. El 87,1% de los estudiantes percibían un “mal dormir”.

Latencia del sueño: El 62,3% de los estudiantes indicaron latencia en el sueño, es decir dificultades al inicio del mismo.

Duración del sueño: El 57% refirió dormir entre 5 y 6 horas diarias y sólo 10 estudiantes (32,3%) manifestaron dormir 7 horas o más. El número de horas de sueño recomendadas para adultos jóvenes es de entre 7 y 9 horas.

Eficiencia del sueño: Este componente evalúa el tiempo real de horas que una persona duerme durante la noche. Es decir que la eficiencia está determinada por la relación entre el tiempo del sueño y el tiempo total registrado desde que la persona se acuesta hasta que se levanta. En total 18 (60%) de los estudiantes tiene buena eficiencia, mientras que 40% tiene mala eficiencia.

Alteraciones del sueño: Este componente determina causas de alteraciones del sueño. El problema más frecuente fueron

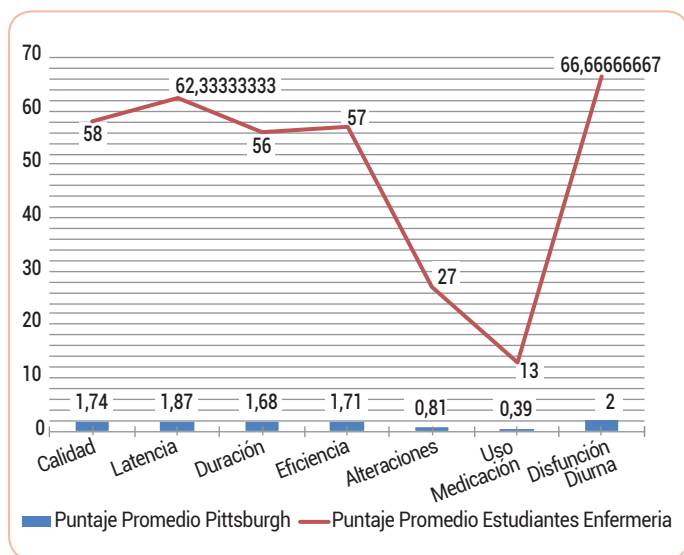
los despertares nocturnos, 16 (53,0%) de los estudiantes presentaron este problema al menos una vez por semana y 13 (43,0%) lo presentan 3 o más veces por semana.

Uso de medicación: 4 (13,3%) estudiantes tomaban medicación para el sueño, 3 (75,0%) de ellos al menos una vez por semana.

Disfunción diurna: 66,7% de los estudiantes presentaba disfunción diurna: somnolencia diurna o deterioro del estado del ánimo.

La Figura 1 muestra los valores promedio obtenidos por los estudiantes de enfermería en cada uno de los componentes analizados y la comparativa de los puntajes según cada componente.

Figura 1. Componentes sobre el Cuestionario de Calidad de Sueño según Escala de Pittsburgh.



Escala Zarit de sobrecarga del cuidador

Entre los estudiantes de enfermería que, al mismo tiempo de estudiar, trabajaban en tareas de cuidado, sólo 6 (20%) presentaban sobrecarga leve o intensa. La media del puntaje fue 28,3 (DS 5,4).

Rutina del despertar

El análisis de los dibujos muestra que los objetos más significativos están relacionados con el control del tiempo (alarma, reloj), con la higiene y la alimentación (desayuno). Se identificaron 3 espacios: dormitorio, baño y living/ comedor. La secuenciación de tareas mostró un promedio de entre 3,5 y 4 tareas realizadas al momento de levantarse siendo las que aparecen con mayor frecuencia las actividades de higiene, vestido, desayunar/ tomar mate e ir a trabajar.

En la instancia de devolución de los resultados a los estudiantes (segundo encuentro), se recogieron algunas observacio-

nes cualitativas en relación al sueño, las condiciones de estudio y las condiciones laborales. Todos percibían un “muy mal dormir”. Destacamos que, en esta actividad ya programada, varios estudiantes se quedaron dormidos al momento de estar conversando acerca de resultados hallados en el presente trabajo. También refirieron que frecuentemente no llegaban a poder cumplir con las tareas que demandaba la carrera de enfermería que estaban cursando por la necesidad de cuidar de la familia y de dormir luego de trabajar.

Discusión

Los resultados del estudio muestran una pobre calidad del sueño de los estudiantes de Enfermería, permitiendo suponer que se encuentran en franco desequilibrio de su balance ocupacional dada la imposibilidad de tener un sueño reparador en relación a las actividades de estudio, sumadas también a las actividades de trabajo que la mayoría realiza. Es necesario destacar que la salud del sueño está en estrecha relación con las demandas individuales, sociales y ambientales que promueven bienestar físico y mental (Buysse, 2014). El sueño es un eslabón esencial en el desempeño ocupacional que le permite a la persona obtener la restauración necesaria para sostener la participación activa y significativa en otras ocupaciones de la vida (AOTA, 2020). Focalizar en la calidad del sueño desde Terapia Ocupacional, permite mejorar el desempeño y satisfacción en otros roles de la vida (Rolle, Eakman & Graham, 2019).

Las dificultades en el sueño halladas son similares a las obtenidas en otros estudios (Angelone *et al.*, 2011; Domínguez Pérez *et al.*, 2007). Detectar problemas en una ocupación esencial como el sueño desde la etapa de formación de un profesional de la salud, tiene implicancias tanto presente como a futuro. En primer lugar, el mal dormir compromete todo el proceso de aprendizaje al cual están inmersos. En este sentido es importante destacar, el rol preponderante del sueño en la consolidación de la memoria (Klinzing *et al.*, 2019), y el impacto en esta consolidación cuando existen trastornos del sueño (Cellini, 2017). En segundo lugar, es necesario resaltar, la implicancia a futuro de estos problemas, siendo la propia salud del futuro profesional la que está en riesgo al comprometer su propia competencia y participación ocupacional. Finalmente, existe un riesgo potencial en la calidad de la atención de pacientes, tanto en los estudiantes que al momento están trabajando, como en la atención de pacientes que asistirán en su egreso (Di Muzio *et al.*, 2019).

Con respecto a los resultados parciales encontrados, es posible describir diversos puntos que contribuyen a un mal dormir en los estudiantes. En relación a la duración de sueño promedio encontrada, de 5 a 6 horas diarias, está por debajo de las horas recomendadas por consensos de salud específicos en sueño que recomiendan un promedio de 7 a 9 horas

(Hirshkowitz *et al.*, 2015). Esta duración referida por los estudiantes, tiene un muy alto impacto negativo en la salud. Uno de los últimos consensos determina que dormir menos de 7 horas por noche en forma regular, está asociado con efectos adversos en la salud, incluyendo el aumento de peso y obesidad, riesgo de diabetes e hipertensión, enfermedad coronaria y accidente cerebro vascular, así como aumento del riesgo de muerte (Watson *et al.*, 2015).

Cabe destacar que a muchos de los estudiantes se le suma como factor de riesgo, el estar trabajando en turnos nocturnos y/o rotativos, aumentando los riesgos ya mencionados. No es menor en este punto que las condiciones laborales de los estudiantes es muy precaria. Sólo mencionar que las horas de trabajo están mal pagas en el sector de salud, que muchas veces están trabajando en lugares de alto riesgo como por ejemplo una guardia central, y que en la mayoría de los casos no cuentan con espacios apropiados para el descanso en turnos como el de la noche o en guardias de 12 horas, da cuenta de esta precariedad laboral.

Consideramos que la valoración de sobrecarga del cuidador se encontró por debajo de lo que esperábamos dada la multiplicidad de roles y tareas que abarcan las y los estudiantes de enfermería en tareas de cuidado de un otro.

Otro punto a señalar en los resultados es la disfunción diurna, la cual muestra que los estudiantes tienen un alto riesgo en el funcionamiento y desempeño cotidiano, así como riesgo de accidentes y errores durante su hacer laboral (Hirshkowitz *et al.*, 2015). Teniendo en cuenta que muchos de estos estudiantes están trabajando con pacientes, el riesgo para sí mismos y para otros, es muy alto. Al considerar que la actividad de estudio se desarrolla durante el día, es de esperar que, si hay disfunción diurna a raíz de un mal dormir, no se esté dando un aprendizaje de calidad en las trayectorias universitarias.

En relación a la descripción de tareas en la rutina de la mañana, es importante destacar que la secuencia visualizada por cada estudiante permite observar tareas particulares de inicio del día. Esto constituye un aporte meramente descriptivo pudiendo ver de qué manera la población estudiada se prepara e inicia la participación de su quehacer diario. La posibilidad de observación en detalle de estas rutinas, podría ser un aporte a la necesidad de entender en una primera instancia cómo se desarrolla esta rutina, posibilitando la identificación de valores particulares a la comunidad y cultura de pertenencia.

Otro aspecto relevante a señalar en este trabajo, es que el 93,5% de las estudiantes encuestadas son mujeres. Una vez más, como se ha descrito en otros trabajos de la historia de la salud en la Argentina, las mujeres tienen un rol protagónico en tareas de cuidado de otras personas (Testa, 2020). Es necesario en este punto identificar la sobrecarga que muchas veces estas tareas implican. El presente trabajo muestra que

esta población en la que son mayoritariamente mujeres tiene un mal dormir, poniendo en riesgo con esta dificultad tanto su vida como la de las otras personas a las que cuidan en su vida familiar y laboral. La multiplicidad de tareas y roles como el estudiar, trabajar y cuidar de una familia, ponen una vez más en evidencia la sobrecarga en la mujer.

Por último, es imperioso destacar que las dificultades en el dormir ponen en evidencia el no cumplimiento en la población encuestada de un derecho básico universal como es el derecho al descanso (United Nations, 1949), así como el derecho ocupacional al sueño (Leive & Morrison, 2020).

Por todo lo anterior, consideramos que evidenciar estos aspectos para ser trabajados en esta –y otras disciplinas– tanto con las autoridades, los docentes y los estudiantes de enfermería, así como en los ámbitos laborales (2° momento) constituirán posibles espacios donde desarrollar acciones tendientes a identificar las necesidades, demandas y poder desarrollar aspectos que permitan una mejor articulación entre el complejo ocupaciones-necesidades-resultados/objetivos. El promover acciones de cuidado en sí mismos, fomenta no solo el contar con profesionales más y mejor preparados, sino con profesionales que velen tanto por su propio derecho al sueño y el de sus pacientes.

Agradecimientos

Agradecemos a Beatriz Macedo, Olga Feliu, Serena Perner y Mariano Costa por brindar la posibilidad de llevar adelante el estudio en la Universidad Nacional del Comahue y muy especialmente a los estudiantes que participaron. El estudio fue parcialmente financiado por la Universidad Nacional del Comahue, subsidio de la Secretaría de Investigación B223. ●

[Recibido: 5/03/21 - Aprobado: 23/11/21]

Referencias

- Adorno, I. R., Gatti, L. D., Gómez, L. L., Segovia, J. M., Segovia, J. M., Segovia, J. A., Castillo, A.. (2016). Sleep Quality in Medical Students of the Catholic University of Asunción. *Cimel.Felsocem.Net*, 5–8. <http://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/596>
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Supplement_2), 7412410010p1-7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Angelone, A. M., Mattei, A., Sbarbati, M., & Di Orio, F. (2011). Prevalence and correlates for self-reported sleep problems among nursing students. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 52(4), 201–208. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2011.52.4.293>

- Benham, G. (2010). Sleep: an important factor in stress-health models. *Stress and Health*, 26: 204-214. <https://doi.org/10.1002/smi.1304>
- Brown, J. P., Martin, D., Nagaria, Z., Verceles, A. C., Jobe, S. L., & Wickwire, E. M. (2020). Mental Health Consequences of Shift Work: An Updated Review. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 22, Issue 2). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1131-z>
- Buyse, D. J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*, 37(1), 9-17.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Byrne, D. G., & Espnes, G. A. (2008). Occupational stress and cardiovascular disease. *Stress and Health*, 24(3), 231-238. <https://doi.org/10.1002/smi.1203>
- Cellini, N. (2017). Memory consolidation in sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 35, 101-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.smr.2016.09.003>
- Chikukwa, E. F. (2020). *Stress factors in nursing practice. A Literature Review*. <https://www.theseus.fi/handle/10024/347227>
- Christensen, M. A., Bettencourt, L., Kaye, L., Moturu, S. T., Nguyen, K. T., Olgin, J. E., Pletcher, M. J., & Marcus, G. M. (2016). Direct measurements of smartphone screen-time: Relationships with demographics and sleep. *PLoS ONE*, 11(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165331>
- Crespo, M., & Rivas, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clinica y Salud*, 26(1), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>
- De La Cruz, S. P., & Abellan, M. V. (2015). Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 543-552. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0284.2586>
- Di Muzio, M., Dionisi, S., Di Simone, E., Cianfrocca, C., Di Muzio, F., Fabbian, F., Barbiero, G., Tartaglioni, D., & Giannetta, N. (2019). Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23(10), 4507-4519. https://doi.org/10.26355/eurrev_201905_17963
- Domínguez Pérez, S., Oliva Díaz, M., & Rivera Garrido, N. (2007). Prevalencia de deterioro del patrón del sueño en estudiantes de enfermería en Huelva. *Enfermería Global*, 6(2), 1-10. <https://doi.org/10.6018/eglobal.6.2.346>
- Elguera, F. A. (2019). *Asociación entre ansiedad y trastornos del sueño en estudiantes evaluados al inicio y al final de la carrera de medicina humana de la Universidad Ricardo Palma*. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1754>
- Epstein, M., Söderström, M., Jirwe, M., Tucker, P., & Dahlgren, A. (2020). Sleep and fatigue in newly graduated nurses—Experiences and strategies for handling shiftwork. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 184-194. <https://doi.org/10.1111/jocn.15076>
- Fontana, S., Raimondi, W., & Rizzo, M. (2014). Calidad de sueño y atención selectiva en estudiantes universitario. *Medwave*, 14(8), e6015. <https://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/estudios/investigacion/6015?tab=metrica?tab=metrica>
- Hayo Breinbauer, K. (2013). Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada: Réplica a corrección. In *Revista Médica de Chile* (Vol. 141, Issue 8, p. 1084). Sociedad Médica de Santiago. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000800020>
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., Ware, J. C., & Adams Hillard, P. J. (2015). National sleep foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40-43. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
- Huang, C. Y., Liao, H. Y., Chang, E. T., & Lai, H. L. (2018). Factors associated with the teaching of sleep hygiene to patients in nursing students. *Nurse education in practice*, 28, 150-155.
- Jeong, J.-Y., & Gu, M.-O. (2016). The Influence of Stress Response, Physical Activity, and Sleep Hygiene on Sleep Quality of Shift Work Nurses. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 17(6), 546-559. <https://doi.org/10.5762/kais.2016.17.6.546>
- Khan, S., Malik, B. H., Gupta, D., & Rutkofsky, I. (2020). The Role of Circadian Misalignment due to Insomnia, Lack of Sleep, and Shift Work in Increasing the Risk of Cardiac Diseases: A Systematic Review. *Cureus*, 12(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.6616>
- Klinzing, J. G., Niethard, N., & Born, J. (2019). Mechanisms of systems memory consolidation during sleep. *Nature Neuroscience*, 22(10), 1598-1610. <https://doi.org/10.1038/s41593-019-0467-3>
- Kunzweiler, K., Voigt, K., Kugler, J., Hirsch, K., Bergmann, A., & Riemenschneider, H. (2016). Factors influencing sleep quality among nursing staff: Results of a cross sectional study. *Applied Nursing Research*, 32, 241-244. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.08.007>
- Leive, L., & Morrison, R. (2020). Essential characteristics of sleep from the occupational science perspective. *Cader-*

- nos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 28, 1072–1092. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000301072&nrm=iso
- Lucero, C., Buonanotte, C. F., Perrote, F. M., Concar, I. A., Quevedo, P., Passaglia, G., & Mauch, P. (2014). Trastornos del sueño-vigilia en alumnos de 5.º año de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba y su impacto sobre el rendimiento académico. *Neurología Argentina*, 6(4), 184–192. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.05.006>
- Lundberg, U., & Cooper, C. L. (2011). The Science of Occupational Health: Stress, Psychobiology and the New World of Work. In *The Science of Occupational Health: Stress, Psychobiology and the New World of Work*. <https://doi.org/10.1002/9781444391121>
- Mohammad Mosadeghrad, A. (2014). Occupational stress and its consequences: Implications for health policy and management. *Leadership in Health Services*, 27(3), 224–239. <https://doi.org/10.1108/LHS-07-2013-0032>
- National Institutes of Health. (2011). National Institutes of Health Sleep Disorders Research Plan. In *US Department of Health and Human Services, National Heart Lung and Blood Institute, National Center on Sleep Disorders Research, Trans-NIH Sleep Research Coordinating Committee, editors. National Institutes of Health* (Issue November).
- Palazón Galera, E., & Sánchez López, J. (2017). Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Revista Enfermería Del Trabajo*, 7(2), 30–37. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5920690>
- Qispes Mendoza, W. A. (2018). Somnolencia y calidad de sueño en estudiantes del V y VI semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno - 2017. In *Universidad Nacional del Altiplano*. <http://tesis.unap.edu.pe/handle/UNAP/7446>
- R Core Team. (2017). *R: A Language and Environment for Statistical Computing* (R. F. for S. Computing (ed.)).
- Ramos Platón, M. J. (Ed.). (1996). *Sueño y Procesos Cognitivos* (M. Ramos Platón (ed.)). Síntesis.
- Rios Nicho, R. A. (2019). Calidad de Sueño en estudiantes de Enfermería, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión 2018. In *Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión*. <http://repositorio.unjfc.edu.pe/handle/UNJFSC/3634>
- Rosa, D., Terzoni, S., Dellafiore, F., & Destrebecq, A. (2019). Systematic review of shift work and nurses' health. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 69(4), 237–243. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz063>
- Royeen, C. B. (2010). Towards an emerging understanding of morning routines: a preliminary study using developing methods in art - based inquiry. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 38(1), 30–42.
- Testa, D. (2020). Cuando lo esencial se hace visible. *Temáticas*, 28(55), 301–313. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v28i55.14173>
- Tester, N. J., & Foss, J. J. (2018). Sleep as an occupational need. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 7201347010p1-7201347010p4.
- Thorpy, M. (2017). International classification of sleep disorders. In *Sleep Disorders Medicine: Basic Science, Technical Considerations and Clinical Aspects: Fourth Edition* (pp. 475–484). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-6578-6_27
- United Nations. (1949). *Universal Declaration of Human Rights*. United Nations.
- Vilchez-Cornejo, J., Quiñones-Laveriano, D., Failoc-Rojas, V., Acevedo-Villar, T., Larico-Calla, G., Mucching-Toscano, S., Torres-Román, S., Aquino-Núñez, P. T., La Cruz, J. C. De, Huerta-Rosario, A., Espinoza-Amaya, J. J., Palacios-Vargas, L. A., & Díaz-Vélez, C. (2016). Mental health and quality of sleep from eight faculties of medical students in Peru. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54(4), 272–281. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272016000400002>
- Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S., Tasali, E., Croft, J. B., Maher, E., Thomas, S. M., & Heald, J. L. (2015). Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(06), 591–592. <https://doi.org/10.5664/jcsm.4758>

Cómo citar este artículo:

Leive, L., Zorzoli, F. J. M., Garibotti, G. (2021) Calidad del sueño, rutina del despertar y sobrecarga del cuidador en estudiantes de enfermería de San Carlos de Bariloche. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 72-79.

Terapia Ocupacional y Cultura. Reflexiones sobre una experiencia con artesanos tradicionales de las provincias de San Juan y Salta

Occupational Therapy and Culture. Reflections on an experience with traditional artisans from the provinces of San Juan and Salta

Silvia Elena Narváez

Silvia Elena Narváez

Licenciada en Terapia Ocupacional. Egresada de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional y de la Universidad Nacional de San Martín. Posgrado en Patrimonio Cultural y Turismo Sostenible Cátedra Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO) de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Fue coordinadora de Emprendimiento Social en Salud Hospital J.T. Borda. Terapeuta Ocupacional en Fundación PROSAM Programas de Salud Mental. Miembro de La Consultora de Proyectos Culturales. Docente en la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Agustín Maza.

senarvaez@yahoo.com.ar

Resumen

Se denominan **ocupaciones tradicionales** a las desarrolladas por específicos grupos poblacionales que procuran la continuidad de las modalidades culturales. El presente estudio indaga aquellas realizadas por los **artesanos tradicionales**, quienes dominan la totalidad del proceso productivo no industrial. Se exponen particularmente las reflexiones y los resultados a partir de algunos de los aspectos relevados en trabajos de consultoría que fueron efectuados por un equipo interdisciplinario en el que se incluye una terapeuta ocupacional. Se desarrollan estudios de revisión y análisis documental y en territorio con esta población, en el marco de acciones concertadas con la Secretaría de Cultura de las provincias de San Juan y Salta. Se consideran los principales oficios artesanales allí desarrollados por sus hacedores, tales como: textilera, cestería, cerámica, metalistería, soguería, talla y construcción en madera. Se realiza un recorte de lo relevado en dicho estudio tomando aspectos de interés como terapeuta ocupacional tales como conocer el valor que le otorga el artesano a su hacer y su visión sobre la permanencia del oficio y el taller. La metodología es de tipo cualitativa con diseño exploratorio descriptivo, se realizaron entrevistas en profundidad, observación directa y relevamiento documental y fotográfico. Se hallaron en esta investigación sujetos que otorgan especial valor a su realización, basado en la experticia y conocimiento de técnicas heredadas y que referencian una historia patrimonial. Este trabajo abrió la reflexión sobre las posibilidades de participación en el ámbito de la cultura para la Terapia Ocupacional (TO) en proyectos de desarrollo e investigación vinculados al sector artesanal.

Palabras clave: Ocupación, patrimonio cultural, Terapia Ocupacional.

Abstract

Traditional occupations are those developed by specific population groups that seek the continuity of cultural modalities. This study investigates those carried out by traditional artisans, who dominate the entire non-industrial production process. The reflections and the results from some of the aspects surveyed in consulting works of an interdisciplinary team that include an Occupational Therapist, are particularly exposed. Documentary and territory review and analysis studies are carried out with this population, within the framework of concerted actions with the Secretary of Culture of the provinces of San Juan and Salta. They are considered the main craft trades developed there by their makers, such as: textiles, basketry, ceramics, metalwork, rope, carving and wood construction. A clipping of what is revealed in the study is made, considering aspects of interest as an Occupational Therapist such as knowing the value that the artisan gives to his work and his vision on the permanence of the trade and the workshop, The methodology is of a qualitative type with descriptive exploratory design, in-depth interviews, direct observation and documentary and photographic survey were carried out. In this research subjects that give special value to its performance were found, based on the expertise and knowledge of inherited techniques that refer to a heritage history. This work opened the reflection on the possibilities of participation in the field of culture for Occupational Therapy (OT) in development and research projects linked to the artisan sector

Keywords: Occupation, culture heritage, Occupational Therapy.

Introducción

Las actividades humanas se encuentran entramadas siempre en un contexto cultural y permiten traslucir los intereses, las pasiones, los modos de organización, la productividad, las dificultades y desigualdades, los diferentes sentidos y necesidades, es decir, todo lo inherente al accionar de las personas. Dentro de ese amplio espectro se encuentran las **ocupaciones tradicionales** las cuales son desarrolladas por específicos grupos poblacionales que procuran la continuidad de las modalidades culturales. Son ocupaciones y estrategias de subsistencia muy especializadas y adaptadas a las condiciones territoriales específicas con cierta dependencia al acceso a las tierras y a los recursos (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2009).

El presente estudio se focaliza en una ocupación específica: la realizada mayormente por los **artesanos tradicionales**, también llamados **folklóricos** quienes dominan la totalidad del proceso productivo no industrial, muchas veces transmitido de generación en generación como expresión esencial de su cultura y son actores fundamentales de identidad de la comunidad (Lombera y Narváez, 2010). Se exponen particularmente parte de las reflexiones y los resultados de diversos trabajos de consultoría realizados con un equipo compuesto por un experto en artesanías, un diseñador, una antropóloga y una terapeuta ocupacional, quienes efectúan estudios en gabinete y en territorio sobre esta población, en el marco de acciones concertadas con las Secretarías de Cultura de las provincias argentinas de Salta del noroeste y San Juan de la región de Cuyo.¹ Están destinadas al fortalecimiento y desarrollo de las artesanías con valoración de los oficios artesanales tradicionales para su certificación y como herramienta de identificación territorial del producto para beneficio económico del sector.

Se focalizó por particular interés vinculado a la TO sobre algunos aspectos como es el conocer el valor que le otorgan los artesanos a su trabajo, su visión sobre la permanencia del oficio y las condiciones en que las realizan, a través del trabajo de campo efectuado en algunas localidades de las provincias mencionadas.

1 Salta se caracteriza por su heterogeneidad geográfica y climática, ya que abarca desde el frío desértico de los Andes y la Puna hasta el calor tropical de la selva y ofrece una enorme riqueza desde el punto de vista histórico y cultural. En la Provincia, las industrias existentes están relacionadas con las actividades agrícola-ganaderas e hidrocarburos. Son 1.214.441 habitantes. La provincia de San Juan la vitivinicultura es la industria madre de la provincia, pero su economía se diversificó hacia la producción, la industria, el turismo, la minería y la explotación de energías renovables. Predomina el clima árido de alta montaña, con temperatura media anual inferior a 12°C y en el Este, el árido de sierras y bolsones. En la provincia se destaca la actividad agrícola con la viticultura Población: 681.055 habitantes. www.argentinaturismo.gob.ar

Se despliega así una perspectiva de la profesión vinculada a los valores, las tradiciones y saberes, con observaciones de las buenas prácticas sociales y laborales de distintas comunidades: indígena, rural y urbanas, en las cuales la cultura y el patrimonio material e inmaterial constituyen un tema transversal y del campo de acción y de abordaje social de la Terapia Ocupacional vinculado a la cultura y en la que está enmarcado este trabajo. Contempla el valor de las diferentes modalidades ocupacionales que procuran la continuidad de las tradiciones y que en ocasiones se encuentran en tensión con algunos aspectos de la modernidad: los veloces cambios tecnológicos junto con los modelos productivos hegemónicos, que condicionan el derecho al trabajo y a la libertad de realizarlo, dejando “al margen” a este tipo de trabajadores.

Dentro del campo disciplinar del TO el trabajo sobre temas de Cultura, Diversidad cultural y Derechos Humanos adquirió fuerza en los últimos años a nivel internacional, tal como observa la *World Federation of Occupational Therapists* (WOFT, 2006) y fija además parámetros de TO en servicios, programas y proyectos culturales. Es amplia la bibliografía latinoamericana que vincula la profesión con acciones de inclusión socio cultural en poblaciones vulnerables, emprendimientos sociales, trabajo infantil y con jóvenes en situación de calle, migrantes, entre muchos otros grupos con los que se trabaja y donde la ocupación de las personas está sujeta a ciertas condiciones producidas en los procesos de socialización y condiciones de vida cotidiana deficientes.

La participación en investigaciones y proyectos de desarrollo artesanal en el tema específico de las artesanías tradicionales con particular inclusión en equipos, se halló en Colombia donde la T.O. Nydia Alejandra Jiménez Moreno, participa como Asesora en Desarrollo Humano en el Programa de fortalecimiento productivo y empresarial para los pueblos indígenas en Colombia Convenio Interadministrativo suscrito entre la Nación a través del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y Artesanías de Colombia, S.A. (2015).

En el caso de Argentina, los artículos hallados se vinculan con grupos vulnerables y emprendimientos productivos vinculados al ámbito de la salud, experiencias en espacios de arte en la comunidad e intervenciones de prevención a través de actividades expresivas con distintos grupos étnicos. Por lo tanto se intenta aquí realizar un aporte en este sentido y con una población específica, considerando la perspectiva de entender la cultura como derecho, como mediación y posibilidad de fortalecimiento personal así como también de identidades colectivas y redes de relaciones (Barros y Galvani, 2016).

La estrategia expositiva se presenta del siguiente modo: en primer lugar se discurre sobre las ocupaciones tradicionales, luego las distintas formas de entender la cultura, seguido de nociones sobre patrimonio cultural, concepto de artesanías.

Se finaliza con algunas reflexiones basadas en los resultados de la indagación.

Sobre las ocupaciones tradicionales

Resulta de interés el antecedente de una investigación realizada por *Forest Peoples Programme* en Inglaterra (2015) que considera a nivel global diversas categorías de ocupaciones tradicionales, entre ellas la agricultura itinerante y los cultivos de rotación; la caza, la pesca y la recolección de leña y productos forestales; la preparación y el almacenamiento de los alimentos y de los platos tradicionales. Los cultivos itinerantes y la cría de ovejas y cabras (migración), en algunos lugares del mundo son actividades marginalizadas que se encuentran restringidas bajo una regla oficial dirigida a reemplazar estos sistemas. Considera también dentro de las ocupaciones tradicionales la práctica de la espiritualidad indígena y el uso de su lengua, la enseñanza y la transmisión del conocimiento legendario así como también a los oradores, los cantantes, el drama, los músicos, el arte y la realización de artesanías.

En cuanto a estas últimas, vale comentar que en las provincias de referencia y acorde al alcance del trabajo aquí expuesto, este tipo de ocupaciones no son realizadas exclusivamente por artesanos de estratos sociales en situación de vulnerabilidad, a través de la observación y el relato de referentes, se concluye que: se encuentran transversalizadas en las comunidades etnográficas, pobladores rurales y urbanos de diferentes niveles sociales.

Cabe señalar que muchas de ellas entran en tensión con intereses económicos y políticas neoliberales, con áreas de protección ambiental y animal, con otras producciones. En este sentido, Lima da Costa y Correa de Macedo expresan:

Lo que define ocupación tradicional es el aspecto relacional del ser humano con los demás, como una producción de identidad colectiva; con el trabajo, mientras se practica de manera significativa y no alienante y con la naturaleza, como un recurso de significado colectivo y no de explotación privada. Estos tres sentidos –la relación con los otros, con el trabajo y con la naturaleza–, implican una ocupación significativa, en la cual los cuerpos están involucrados con lo que producen (patrimonio inmaterial y material) en su totalidad, y con lo que dialogan (el suelo y los recursos naturales) en su condición de alteridad. (2016, p.235)

Acerca de la cultura

Muchas son las definiciones plasmadas por diversas disciplinas en referencia al término cultura, se hace mención aquí a la concepción de la misma como construcción y manifestación de un proceso social y las representaciones simbólicas que una sociedad cimienta, sustentadas –entre otras–, en su historia, saberes, rituales y costumbres.

Se considera, tal como refiere Ricardo Santillán Guemes (2014), que la cultura es un modo de respuesta a determinadas situaciones que le ocurren al hombre cuando vive en sociedad. Una forma integral de vida, creada histórica y socialmente.

Otra referencia en relación al tema desde un aspecto epistémico es de Rafael Balsa García:

Si podemos interactuar culturalmente es gracias a la posibilidad de ubicar y ordenar primero el conjunto de datos sensoriales bajo un determinado sistema simbólico de referencia e intencionalidad. La cultura, bajo estos parámetros, se concebiría –inicialmente– como un sistema regulador de la conducta por medio del cual se ancla una imagen de lo real y la experiencia; un gran mecanismo epistémico, más que cognitivo, por medio del cual nos podemos reconocer e integrar como humanos; y la interculturalidad, un gran aparato proyectivo de la experiencia y la conciencia. (2015, p.147)

Este conjunto de experiencias, costumbres, valores y realidades se vinculan con una identidad social específica. Es a partir de esta que se establecen las diferencias culturales, religiosas, generacionales en algunos casos abren espacios para experiencias colectivas, aprendizajes y subjetivaciones, y en otros producen rechazos y oposiciones categóricas, se generan disputas que pueden llevar a situaciones de violencia hacia ese **otro diferente**. En el texto de la Declaración Universal sobre la Diversidad la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) apoya los derechos culturales en su artículo 5 como marco propicio para la diversidad cultural y menciona el papel de la misma en el desarrollo, expresando lo siguiente: “Los derechos culturales son parte integrante de los derechos humanos, que son universales, indisolubles e interdependientes. El desarrollo de una diversidad creativa exige la plena realización de los derechos...” (2001, p.1).

La visión en este texto es sobre una cultura no cristalizada sino como un proceso dinámico que posee en sentido temporal, espacial y social cuyos significados pueden cambiar, considerando además la multiplicidad de manifestaciones y de sentidos. La cultura es asimismo un proceso político imprescindible de considerar.

Distintos significados del Patrimonio cultural

La visión actual sobre patrimonio, difiere a la de hace unas décadas, cambiando la idea del bien cultural a patrimonializar, entonces de carácter único, antiguo, monumental y elitista, a considerar también otros aspectos tales como las tradiciones, los conocimientos y las manifestaciones artísticas, como bienes de la humanidad.

Aparecen como rasgos del patrimonio cultural: la materialidad e inmaterialidad, son valores firmemente unidos.

En el enfoque contemporáneo es imposible negar el vínculo entre los objetos y su significación, así como la información que brinda sobre la sociedad o el grupo que lo concibió. Los aspectos intangibles se hallan incorporados a los objetos e inmuebles, pues evidentemente existe una vinculación sustancial entre continente y significado (Pérez, *et al.*, 2007).

Dentro de los organismos que se ocupan sobre este tema a nivel internacional es la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2014), quien traza las principales líneas sobre el uso y gestión del patrimonio cultural y considera el mismo como instrumento de desarrollo económico, equilibrio territorial y motor de crecimiento y fomento del turismo cultural. Esta intención de la organización citada, en algunas ocasiones no implica mejoras en la situación del bien patrimonializado, ya que existen casos en que se generan importantes cambios en la modalidad de vida de las personas y de las comunidades. Ejemplo de ello es el fenómeno de la gentrificación.²

Otro riesgo es pensar que preservación es mantener situaciones de falta de oportunidades y aislamiento: esto es sostener desigualdad bajo el nombre de bien cultural.

Las Artesanías

El objeto artesanal es un “objeto testigo”.

Nunca es fruto de la casualidad.

Es testigo de algo y de alguien: individuo, pericia, forma, función y casi siempre de varias cosas a la vez cuando no de todas.

Jean Gabus, etnólogo y museólogo. (1908-1992)

Se considera en este trabajo la artesanía como un producto local por excelencia y uno de sus atributos fundamentales es su relación con un contexto cultural específico, al cual expresa y se constituye en su principal valor agregado cuando traspone los límites de la sociedad de origen. El producto artesanal es el que ha sido realizado, fundamentalmente, a mano o con asistencia de máquinas utilizadas para algunos pasos de la actividad.

Este tipo de obra se desprende de la idea de pieza única y de objeto venerado para contemplar, y suma a sus características la utilidad, lo cotidiano (Paz, 1987). Interesante y poética descripción realiza además Octavio Paz sobre la historia y la artesanía: “Entre su pasado y su presente no hay ruptura sino continuidad. Tradicional pero no histórico, atado al pasado pero libre de fechas (...). El artesano no quiere vencer al tiempo sino unirse a su fluir...” (1987, p.10).

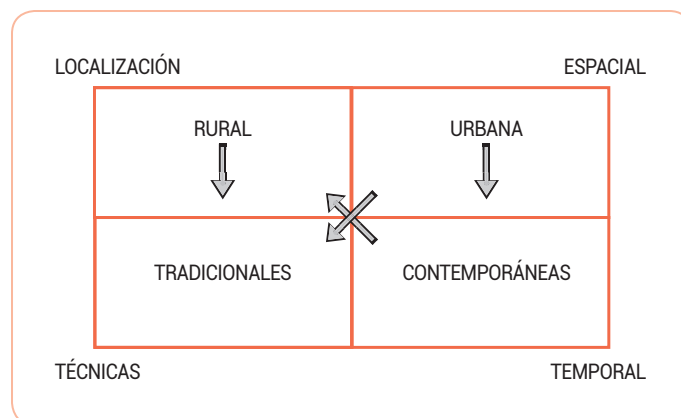
² Gentrificación: proceso mediante el cual la población original de un sector o barrio, generalmente céntrico y popular, es progresivamente desplazada por otra de un nivel adquisitivo mayor.

Una de las clasificaciones las considera de este modo: artesanía indígena, artesanía tradicional, artesanía contemporánea y neo-artesanía, acorde a aspectos tales como, el lugar donde se realizan, los hacedores, las innovaciones, el estilo y diseño.

En cuanto a los diferentes niveles alcanzados por sus creadores y de acuerdo con la experiencia en el oficio y la reputación, se encuentran: maestro artesano (con pleno conocimiento y notoriedad en su hacer), instructor (imparte conocimientos teóricos y prácticos en un oficio) y aprendiz (se inicia en el oficio dentro de un taller artesanal).

Según la modalidad de trabajo, se hallan los productores individuales, familiar y en talleres de producción artesanal. Esta actividad se puede analizar a través de sus variables espaciales, temporales y de conocimiento que permiten definir el hacer artesanal. Se considera en este punto el esquema utilizado por Lombera (2010) quien considera la Matriz de Igor Ansoff de Desarrollo de mercados y productos nuevos y existentes, como un modelo que es útil para intentar clarificar así la ubicación temporal-espacial de los productores artesanos de Latinoamérica con sus producciones características. Ver **Gráfico 1**

Gráfico 1. En cuanto a las artesanías



Aspectos metodológicos

La población objetivo son los artesanos tradicionales de los pueblos originarios, huarpe, diaguita, wichi, chiriguano y chané, que desarrollan artesanía tradicional indígena; así como también los artesanos tradicionales denominados criollos productores de objetos realizados con tecnologías que provienen de la fusión de culturas americanas, africanas y europeas. Cabe especificar que ambos suelen compartir el espacio geográfico (pueblos, región) y tienen en común el modo de aprendizaje de las habilidades para efectuar las distintas técnicas, formas y decoraciones, transmitido de generación en generación.

Se consideran los principales oficios artesanales desarrollados en las provincias de San Juan (2017) y Salta (2019), a saber: textilera, cestería, cerámica, metalistería soguería, talla y construcción en madera. La consultoría que motiva el pro-

yecto tiene por objetivo general el convertirse en activo para las provincias a los efectos de planear y desarrollar acciones de certificación de identidad, calidad y origen de la artesanía distintiva de cada lugar y mejorar el posicionamiento a nivel comercial.

La duración del estudio fue de 8 meses por provincia, con 3 viajes asignados a cada colaborador de 4 días de duración en cada una. Cabe señalar que de un total de 95 artesanos visitados por todo el equipo en los recorridos por los departamentos se considera para esta presentación aquellos con los que contactó la TO de modo directo, estos son 46 de los cuales 27 son mujeres y 19 hombres todos entre 30 y 60 años. Respecto del criterio de selección de participantes de las localidades provinciales se escogió el tipo muestral sugerido por el informante local, quien resulta ser conocedor de artesanos tradicionales del lugar en diferentes oficios. Es decir que la definición de la muestra dependió de lo dispuesto por los referentes de cultura locales en base al Registro de artesanos y según el posible recorrido por las localidades acorde a la accesibilidad de los caminos rurales. En cuanto al criterio de exclusión, no entran en esta categoría los manualistas, es decir aquellas personas que realizan arte manual, el cual se destaca como labor temporal marcada por las modas más que por las tradiciones.

La metodología es de tipo cualitativa con diseño exploratorio descriptivo.

Se realizaron entrevistas en profundidad, observación directa, y relevamiento documental y fotográfico de los diferentes artesanos y sus talleres. A continuación se distinguen las diferentes instancias de desarrollo del estudio en general:

1. Investigación basada en la recopilación exhaustiva de la documentación existente sobre el tema oficios artesanales tradicionales (bibliotecas institucionales y archivo de diferentes expertos en el tema), su análisis y valoración patrimonial. El diseño de gráficos protocolares de los procesos productivos. Confección de cuestionario guía de las entrevistas y diseño del cronograma y mapa de recorridos provinciales.
2. Relevamiento sobre el territorio con realización de entrevistas semi estructuradas a los artífices y observación de sus talleres. Se utilizó un cuestionario/guía no estandarizada que incluye información del artesano, del producto y de las técnicas aplicadas en el proceso de confección de piezas para su registro catastral y tecnológico, con la denominación propia de cada lugar y de cada especialidad. Las prospecciones se llevaron a cabo en diferentes localidades y fueron facilitadas por las autoridades provinciales, municipales y con el acompañamiento de personal idóneo.

Se realizaron encuentros con los referentes de Cultura, artesanos y técnicos con una puesta en común de la información ob-

tenida y ejecución de una clínica de productos a fin de introducir las dimensiones a reconocer en las distintas artesanías y las cualidades necesarias para la comercialización.

3. Preparación de informes y análisis de los datos obtenidos.

La información alcanzada permitió, a nivel general, valorar y confirmar la identidad y calidad de piezas artesanales ejecutadas por los artesanos tradicionales de modo individual, en unidades familiares o en talleres. Los diagramas realizados y relativos al proceso de los oficios constituyen una base para el rescate de técnicas propias de cada lugar.

Las entrevistas configuraron un recurso esencial para acceder a la información y recuperación de conceptos claves del discurso y de la obra del artesano. Además de otros aspectos propios del proyecto fue posible indagar en cuanto al interés disciplinar las siguientes categorías: “qué hace” (vinculado a su producción como patrimonio provincial), “por qué lo hace” (sentido y significación de la actividad a nivel individual y comunitario y sus perspectivas), “cómo lo hace” (condiciones de trabajo y buenas prácticas en el proceso y en la extracción de materias primas), y “dónde lo desarrolla” (la observación de los lugares de trabajo). Estos datos cualitativos permitieron obtener conocimientos sobre ciertas realidades subjetivas relacionadas con la organización de vida de estos colectivos con su trabajo y con la naturaleza.

Principales resultados encontrados durante la investigación

a- Oficios que se observaron en esta muestra (qué hacen):

Ver Gráfico 2

Gráfico 2. Oficios relevados en la muestra

Oficios artesanales	Cantidad de artesanos relevados por oficio
Textilería	19
Talla de madera	11
Soguería	7
Cerámica	3
Metales	3
Cestería	2

Entre ellos se encuentran maestros artesanos, es decir aquellos que por su experticia, participación en concursos y premios son importantes referentes e incluso docentes en su oficio, son 4 del total de artesanos.

b- Conocer el sentido de la realización de artesanías. (Por qué lo hacen)

b1 Se hallaron artesanos que hacen objetos con un sentido particular, se desprende de las entrevistas que los reconocen como parte de su individualización y referencian una historia personal vinculada a ellos. Es decir, que el oficio está íntimamente ligado a la identidad individual y en algunos casos además, a la distintiva identidad de la comunidad a la que pertenece. Una doble vertiente que configura una trama de valores y costumbres particulares del patrimonio inmaterial provincial. Se conjuga así lo **propio**, personal y lo considerado **en común** de ese hacer que es asimismo distintivo de un territorio.

b2 Se destaca la importancia que otorgan a la realización de sus artesanías, basado en la experticia, en la propia visión de ser portadores de los saberes y de técnicas heredadas. Demuestran sentimiento de orgullo por ese “saber hacer”.

b3 El valor de los diseños y estilos. De las entrevistas realizadas se traduce que otorgan importante valoración a sus diseños con estilos propios y dan cuenta del proceso de la actividad expresado en los relatos sobre la modalidad de realización y la creatividad desplegada en las piezas. Utilizan patrones de memoria y que también van modificando en el proceso creativo y según el oficio usan esquemas gráficos. En los productos se observa la impronta acorde al gusto personal de la artesana/o y también la influencia de los productos/tendencias que distinguen en el mercado local.

b4 Las habilidades. Relacionadas con esta ocupación tradicional siguen siendo transmitidas de una forma práctica, en el terreno y aprendiendo a medida que las observan de las personas mayores, el 70 % hacen referencia de ello. En tanto que, asimilan los conocimientos necesarios que comienzan comúnmente en la infancia mediante la interacción dentro del propio grupo familiar, a veces a modo de juego y por imitación de los adultos.

Un 30 % manifiesta no haber tenido “maestro” en el oficio sino que su “saber hacer” proviene de “los dibujos y la mente” y que con el “encuentro de las manos y la herramienta” dan forma a sus objetos, sin más. A modo autodidacta.

c- Características del trabajo, condiciones laborales y buenas prácticas basadas en la sustentabilidad ambiental, económica y social de las producciones artesanales, en el proceso y en la extracción de materias primas (cómo lo hace).

c1 En cuanto al aspecto económico social, en las comunidades indígenas se encuentra esta ocupación mayormente combinada con otras de subsistencia y/ o con el trabajo estacional y el “hacer artesanías” representa para las familias una fuente de ingreso adicional.

En los artesanos tradicionales criollos localizados en zonas rurales se encuentran combinadas con otras labores como la siembra, la cría de animales, la recolección.

En el caso de artesanos tradicionales criollos urbanos con trabajos de docencia, administración y de tareas del hogar.

Se observa el comportamiento ambiental de los artesanos al realizar sus productos, es decir, las actitudes a considerar en los procesos, refieren tener en cuenta el reciclaje de los descartes, la economía de recursos y reconocen que ello genera un valor agregado a sus prácticas y distintivo para la comercialización.

Se observó en parte de los artesanos que trabajan la madera exiguo cuidado de las medidas de protección personal así como en la utilización de tintes tóxicos.

c2 En cuanto a la permanencia del oficio, es decir el mantenimiento de la actividad a través del tiempo, fueron manifestadas en las entrevistas las siguientes situaciones que devienen en riesgo para su actividad:

- Inseguridad en la tenencia de la tierra.
- Explotación minera y agrícola a gran escala cercana a los lugares donde habitan y producen.
- Distancias cada vez mayores para la obtención de recursos, por cambios en la utilización del territorio y agotamiento de cultivos.
- Mencionan dificultad en obtener materias primas, sobre todo en las comunidades aborígenes donde aparece un difícil acceso a los recursos naturales y económicos.
- Crecimiento de pseudo artesanías y productos industriales que las imitan y además el ingreso de productos importados con la difícil competencia en los precios.
- Los jóvenes migran a centros urbanos para acceder a la educación superior o para ingresar a otros trabajos y esto trae, en consecuencia, falta de continuidad en la realización de artesanías.

d- Sobre los talleres:

- Por lo general este espacio está incluido en la vivienda o contiguo. Es muy precario en las comunidades aborígenes con escasa consideración de bioseguridad del lugar de trabajo.
- Los talleres rurales y urbanos conservan mejor distribución y organización del espacio, aunque se observa en algunos casos falta de utilización de medidas de protección personal para efectuar la actividad.

Se distingue que si bien existen particularidades en cada lugar dadas por las características del territorio, las costumbres y condiciones socioeconómicas, las importantes diferencias

existentes están enmarcadas en las políticas culturales destinadas al sector en cada municipio y provincia que otorgan diferentes reconocimientos y apoyo.

Conclusión

La actividad artesanal es una práctica tradicional en las provincias de San Juan y Salta y es parte de los saberes tradicionales patrimoniales y contemporáneos de sus habitantes, niños y niñas ven a sus mayores urdiendo, modelando, forjando, adultos y personas mayores que continúan su producción. Hombres y mujeres, que en su mayoría realizan artesanías en algún momento del día como parte de su vida cotidiana y en algunos grupos de artesanos también son parte de su cosmovisión.

Este trabajo apuntó a conocer el sentido de la realización de artesanías tradicionales para los hacedores, sus productos, a observar las condiciones de trabajo en los talleres, así como algunos aspectos de las buenas prácticas. Se puede afirmar que estas últimas constituyen una herramienta basada en la sustentabilidad ambiental, económica y social de las producciones artesanas y es necesario tenerlas en cuenta en futuros proyectos de desarrollo.

Se pudo constatar la permanencia de técnicas tradicionales considerando que constituyen parte del patrimonio cultural inmaterial, donde es imposible negar el vínculo entre los objetos y su significación, así como la información que brinda sobre la sociedad o el grupo que lo concibió.

Se considera, entonces, que los sentidos otorgados a las actividades no existen por sí solos, de manera autónoma e individual sino como productos sociales sustentados por los sujetos y factibles de analizar siempre en uso y al interior de procesos concretos. El transcurso del “hacer” está concebido como una propuesta de encuentro de nuevos sentidos, que posibiliten también la revisión de los otorgados por “otros” vinculados al contexto social o a los vínculos cercanos (Barros, 2004).

Se incluye aquí lo referido por colegas colombianas (Trujillo, *et al.*, 2011 citado en Jiménez Moreno, *et al.*, 2020) sobre el sentido ocupacional, entendido como el valor que dan las personas a aquello que realizan, en un proceso de intensidades y cambios asociado a los proyectos de vida y en donde se potencia la capacidad de decidir y actuar para cumplir anhelos de libertad basados en la autonomía, en donde el ejercicio de opciones de libertad está estrechamente relacionado con la justicia ocupacional.

Sin embargo, esos anhelos de libertad sucumben si las políticas sociales, económicas y culturales no acompañan al sector artesanal y si además resultan insuficientes los canales de información y difusión sobre esta actividad. Libertades relegadas y en algunos casos amenazadas.

La mayoría de los entrevistados de las comunidades aborígenes refirieron preocupación por las materias primas que utilizan en estos procesos y que les brinda el cada vez más limitado entorno geográfico, a saber: arcilla, semillas, chaguar, maderas. En el caso de los artesanos rurales y urbanos aparece la aflicción por las dificultades en la compra de lana, dado que la adquieren a través de revendedores y tanto por esta modalidad comercial como por los desplazamientos requeridos para procurarla, los costos de producción se incrementan.

Si bien la intención de los artesanos es permanecer con la realización de estos oficios tanto para uso personal o para la venta, evidentemente, muchos ven peligrar la continuidad a futuro, debido a la migración de los jóvenes a otras ciudades por estudio o posibilidades laborales. En coincidencia con Pérez Correa y acorde con lo observado en los recorridos provinciales: “Los distintos tipos de ocupaciones y fuentes de ingresos agrícolas y no agrícolas generan un entramado de relaciones sociales y económicas complejas y dinámicas. La interdependencia campo-pueblo potencia la pluriactividad y la movilidad espacial, y define su carácter identitario” (2001, p.18).

Este estudio intenta transmitir una apertura sobre algunas de las posibilidades de participación en el ámbito de la cultura para la Terapia Ocupacional, vislumbrando muchas oportunidades/posibilidades de intervenir en cuanto al diseño, desarrollo y evaluación de proyectos de investigación e intervención socio-cultural, contribuir al análisis de la actividad y a protocolizar los procesos, estudiar las buenas prácticas en artesanías, entre otros temas vinculados. Cabe destacar la pertinencia de trabajar en la observación y análisis del particular modo de las realizaciones artesanales tradicionales, basado en la importancia de la cotidianeidad, los hábitos de estos trabajadores, los modos de organización en las distintas actividades y la vida familiar de estos grupos, algunos en situación de vulnerabilidad, otros más fortalecidos en su economía. También se trató de realizar aportes desde una Terapia Ocupacional vinculada con la cultura y los diversos modos de vida relacionados al territorio, e incluida en un equipo interdisciplinario con quienes se investigó y se compartieron los diversos recorridos por las provincias, con intercambios –por cierto– muy enriquecedores. Pensando la cultura como un proceso dinámico cuyos significados pueden cambiar, siendo múltiples y variadas las manifestaciones atravesadas por variables tanto espaciales como temporales.

Específicamente, se subraya la importancia de que sean consideradas imprescindibles las acciones que rescaten los saberes y los oficios, que coadyuven a difundir los valores de las ocupaciones tradicionales e intentando incidir en las políticas vinculadas a mejoras para el sector. Es decir, programas de acciones coordinadas y con la participación plena y efectiva de los titulares de los derechos como actores principales de los mismos.

Constituye entonces de especial valor para la mirada específica de la Terapia Ocupacional que considera esta ocupación tradicional centrada en acciones tendientes a la emancipación y autonomía de los sujetos y también de ampliación de oportunidades.

Los temas culturales constituyen un interesante ámbito de intervención e investigación de la Terapia Ocupacional y un camino a continuar y desarrollar para incorporar esta perspectiva disciplinar a los equipos que desde distintas disciplinas trabajan con poblaciones diversas en el ámbito de la cultura.

Este desarrollo conlleva a pensar más allá de los ejes salud-enfermedad e incluir la mirada hacia las necesidades sentidas y objetivas, en mejoras de las actividades desarrolladas por las comunidades, y también en el ejercicio de la ciudadanía cultural de los sujetos involucrados, implica considerar entonces **la diversidad tanto como el derecho** y cómo se articulan con los símbolos clave que forman las identidades.

Agradecimientos

A los Emprendimientos Sociales de Salud, ya que a partir de participar en su creación abrió profesionalmente las posibilidades de intercambio con sectores de la cultura.

Al profesor Héctor Lombera quien fue mi maestro y amigo, y junto al equipo de *La Consultora* compartimos la pasión por la actividad artesanal.

A las Direcciones/Secretaría de Cultura de las Provincias de San Juan y de Salta y al Consejo Federal de Inversiones.

Aspectos éticos

El estudio se realizó con consentimiento libre y voluntario de los participantes entrevistados y se preserva la identidad de los involucrados. ■

[Recibido: 28/09/20 - Aprobado: 24/10/21]

Referencias

- Balza García, R. (2015). Observaciones etnoepistemológicas. Vida y desarrollo epistémico de los intercambios y los límites culturales. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*, 24(1), 145 – 171.
- Barros, D.D. (2004). Terapia Ocupacional social: o caminho se faz ao caminhar. *Revista de Terapia Ocupacional Universidad de San Paulo*, 15(3), 90-7.
- Barros, D. D. y Galvani, D. (2016). *Terapia Ocupacional: social, cultural ? Diversa e múltipla!*. En Esquerdo Lopes, R., Serrata Malfitano, A.

(Ed.), *Terapia Ocupacional Social: Desenhos teóricos e contornos praticos*. San Carlos:EDUFSCar.

Costa, S. L. da y Macedo, M. D. C. de. (2016). Povos e Comunidades Tradicionais.: a ocupacao tradicional como objeto do terapeuta ocupacional social. En Esquerdo Lopes, R., Serrata Malfitano, A. (Ed.), *Terapia Ocupacional Social: Desenhos teóricos e contornos praticos*. San Carlos: EDUFSCar, p.235.

Forest Peoples Programme (2015). *La situación y las tendencias de las ocupaciones tradicionales. Resultados de una evaluación rápida*. <http://www.forestpeoples.org/sites/fpp/files/publication/2016/05/fpp-status-trends-trad-occupations-spanish-web.pdf>.

Jiménez Moreno, N. A., Luna Novoa, I. A., y Wiesner Luna, V. (julio-diciembre, 2020). Sentidos ocupacionales de mujeres que desafían la vida familiar doméstica y la vida laboral. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 11(2), pp. 530-560. <https://doi.org/10.21501/22161201.3152>

Lombera, H. y Narváez, S. (2010). *¿Qué son las artesanías?...entre la tradición y el consumo*. Buenos Aires: Siltor Libros.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación [UNESCO]. (2001). *Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural*. Artículo 5. Recuperado de <http://portal.unesco.org/es>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación [UNESCO]. (2014). *Patrimonio. Indicadores centrales. Descripción*. Recuperado de <https://es.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/digital-library/cdis/Patrimonio.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2009). *Convenio número 169. Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_126163.pdf

Paz O. (1987). *El uso y la contemplación. Los privilegios de la Vista. Arte de México*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Pérez Correa, E. (2001). Hacia una nueva visión de lo rural. En Giarracca, N. (Comp.), *¿Una nueva ruralidad en América Latina?*. Buenos Aires: CLACSO-ASD

Pérez Santiago, I., Velasco García, L. y Amaya Corchuelo, S. (2007). La protección del patrimonio cultural: ordenación del territorio y gestión del patrimonio en la Alpujarra media granadina. *Revista de la Universidad de Granada e-rph*, 1(1), 36-49 <https://revista-seug.ugr.es/index.php/erph/issue/view/211>

Santillán Guemes, R. (2014) *Seminario de gestión cultura [Clase I]*. Universidad Nacional de San Martín Buenos Aires. www.unsam-digital.com.ar

World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2010). *Position Statement. Diversity and Culture*. Recuperado de <https://www.wfot.org/resources/diversity-and-culture>

Cómo citar este artículo:

Narváez, S. E. (2021) Terapia Ocupacional y Cultura. Reflexiones sobre una experiencia con artesanos tradicionales de las provincias de San Juan y Salta. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 80-87.

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

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

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

Camila Baigorria

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

cami.baigo@gmail.com

Denise Bustelo

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

denu.bustelo@hotmail.com

Ana Cafferata

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

anitacafferata@gmail.com

Lucía Grondona

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

lu.grondona@gmail.com

Florencia Itovich

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

floritovich@gmail.com

Resumen

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

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

Abstract

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

¿De qué hablamos cuando hablamos de complejidad?

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

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

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

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

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

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

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

Rescatando la perspectiva de derechos en la sala de internación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La interdisciplina como ideal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

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

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

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

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

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

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

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

Agradecimientos

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

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

Referencias

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

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

Cómo citar este ensayo:

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

Construcción del documento Estado de Posición del Rol de Terapia Ocupacional en Salud Mental (WFOT)

Construction of the Position Status of the Occupational Therapy Role in Mental Health (WFOT)

Liliana Sbriller

Liliana Sbriller

Terapista ocupacional (Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, 1982).

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995) Magister en Ciencias Sociales del Trabajo (Universidad de Buenos Aires, 2020).

Terapista ocupacional en División de Salud Mental del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires).

Profesora regular adjunta de Terapia Ocupacional IV (Salud mental). Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Directora del Programa de Extensión: Prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Integrante del Equipo Internacional de Expertos en Terapia Ocupacional en Salud Mental de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT).

rosalila01@gmail.com

Resumen

Se exponen los ejes principales de la conferencia Estado de Posición del Rol de Terapia Ocupacional en Salud Mental (2019) basada en el documento solicitado por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales en 2017. Desde una postura crítica se analizan los acuerdos y disidencias con respecto a la construcción del rol dentro del colectivo profesional confrontando con la práctica clínica, las concepciones teóricas e ideológicas, la educación, la investigación y la difusión.

Palabras clave: rol profesional, Terapia Ocupacional, salud mental.

Abstract

The main axes of the conference State of Position of the Role of Occupational Therapy in Mental Health (2019) are exposed, based on the document requested by World Federation of Occupational Therapy. From a critical stance, the agreements and disagreements with respect to the construction of the role within the professional collective are analyzed, confronting clinical practice, theoretical and ideological conceptions, education, research and dissemination.

Key words: professional role, Occupational Therapy, mental health.

Compartiré con ustedes algunos cuestionamientos sobre la continuidad del rol de Terapia Ocupacional en salud mental que tal vez promuevan algunas disidencias.

1- Si la salud mental se escindiera de su contexto social ¿triunfaría el modelo médico y la Terapia Ocupacional se adaptaría ideológica y teóricamente como otras veces a lo largo de su historia lo hizo con el reduccionismo?

2- ¿Es posible disociar la salud mental como especialidad de Terapia Ocupacional y escindirla del filosófico enfoque holístico bio-psicosocial?

3- ¿Es posible lograr un lenguaje en común partiendo de usos y costumbres culturales disímiles? (Chiu, 2018).

4- ¿Por qué a pesar de una mirada crítica que cuestiona los roles sociales instituidos –postura a la que adhiero– la WFOT convocó a representantes de Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Lituania, Irlanda, Chile, Holanda, Sudáfrica, Nigeria, Suecia, Suiza y Zimbabue para conformar un equipo internacional heterogéneo que acordara los ejes consensuados que guíen y ayuden a proporcionar servicios de calidad?

Una primera aproximación se relaciona con el reconocimiento de la entidad sobre la práctica en diversos entornos y bajo una variedad de condiciones.

Florence Clark (2000) cuestionó la rigidez de la teoría del rol avalada y sostenida por el modelo de la ocupación humana de Gary Kielhofner. Por un lado, las posiciones críticas en Terapia Ocupacional proponen deconstruir los roles sociales asignados a las ocupaciones a partir de la adhesión a posturas relacionadas con la diversidad, género y procedencia cultural entre otros, pero la WFOT propone elaborar un rol consolidado y unificado como presentación.

En 1971 Irving Goffman cuestionó el término **rol** atravesado por el sentido común ya que las interacciones cotidianas de los individuos son actos complejos de negociación, control, autocontrol y adaptación.

Propuso el concepto de **actuación** –*performance*– que es la actividad que un individuo hace frente otros para influenciarlos en dos planos: la “fachada” (*front region*) y la región posterior (*back region*) o trasfondo escénico (*backstage*). El rol no sería más que una puesta teatral para un público cambiante.

Construir un rol profesional requiere de un elenco que supone una pluralidad de personas en roles semejantes o complementarios identificados a las **metas culturales** y los **medios institucionalizados** para alcanzarlos en términos de colectivos de identificación y pertenencia (Merton, 1964).

Para el equipo conformado por WFOT el documento sobre el rol de Terapia Ocupacional en salud mental constituyó, entonces, un esfuerzo denodado por encontrar un consenso en el *backstage* para poder construir una fachada documen-

tada que pueda ser presentada a la comunidad científica internacional.

Los consensos

Algunos de los consensos que se consideraron en el documento fueron:

1- La adhesión a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad: “Todas las personas que experimentan problemas de salud mental tienen derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad” (ONU, 2006, art 19).

2- El apoyo a acuerdos internacionales como el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2013), de la Agenda 2013 sobre el Desarrollo Sostenible (ONU, 2015) y al Panorama Social de América Latina (CEPAL, ONU, 2004).

Las disidencias

El acuerdo tácito que considera a Terapia Ocupacional como una profesión sociosanitaria que actúa desde un enfoque holístico presenta a través de su historia diferentes concepciones de objeto de estudio y metas del tratamiento cuando se analizan las investigaciones e influencias teóricas.¹

Para la política interna de WFOT, los estados de posición se inician con la redacción de un borrador por parte de uno o dos miembros designados que luego es revisado y editado por los demás integrantes del equipo. La construcción conjunta del documento permite al equipo internacional incorporar, corregir, señalar, debatir y disentir para generar puntos de acuerdo.

En la propuesta bibliográfica que dio cuerpo a la argumentación inicial predominaron publicaciones de Organismos Internacionales de Salud², de la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales, de la Asociación Americana de Psiquiatría³

1 Una investigación publicada a posteriori de la conferencia (Sbriller, 2019) da cuenta de las tradiciones en Terapia Ocupacional en Argentina y la incorporación del modelo social y la perspectiva de derechos humanos que evidencian cambios conceptuales a nivel sujeto, salud y sus valores subyacentes (Rossi, 2019, p12).

2 Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción de salud mental 2013-2020; (2018). Atlas de Salud Mental 2017; (2019). Los trastornos mentales afectan a una de cada cuatro personas. En http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/. OMS.

Pathare S, Brazinova A, Levav I. (2018). Brecha de atención: una medida integral para cuantificar las necesidades no satisfechas en salud mental. *Epidemiología y ciencias psiquiátricas* 2018; 27: 463–7.

Asamblea General de la ONU. (2015). Transformando nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. A / RES / 70/1. En <https://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>

3 American Occupational Therapy Association. (2009). Guidelines for Supervision, Roles, and Responsibilities During the Delivery of Occupational Therapy Service. En *AJOT*, nov-dic 2009, vol 63, 797-803. doi:10.5014/ajot.63.6.797;

y de autores de Terapia Ocupacional de diferentes nacionalidades donde se focalizó la temática de las personas con esquizofrenia y sus contextos familiares.⁴

Si nos centramos en este último aspecto encontramos que los investigadores contemporáneos difieren en las metas a las que aspira Terapia Ocupacional. Desde la autonomía e independencia, comportamiento ocupacional (Briggs, *et al.*, 1987), la actividad-expresión (Sbriller, 1997), la calidad de vida (Laliberte-Rudman, D., *et al.*, 2000) hasta la inclusión social, sociolaboral o la influencia de los contextos social-económico-comunitario-cultural sobre la ocupación de las personas.

Algunos ejemplos de la meta aspiracional de Terapia Ocupacional que conviven en el S. XXI en un mundo globalizado pueden encontrarse en la definición del rediseño del estilo de vida –*Lifestyle Redesign*– (Clark *et al.*, 2003), la calidad de vida en su avance comunitario (Santa Cruz González, 2006); o el bienestar como derecho humano –*well being*– (Whalley Hammell e Iwama, 2012) entre otros.

Desde un enfoque fundamentalmente sociocultural la meta será la inclusión de las personas como sujetos de derecho. Aspirar a la conciencia ocupacional (Ramugondo, 2015) o lograr la emancipación para superar la dominación jerárquica con una mejor redistribución de poder y recursos (Galheigo, 2012).

Traspassando los intentos por lograr utópicos acuerdos universales, las concepciones ideológicas y teóricas nos convocan a repensar nuestras propias metas (y objetivos centrados específicamente en las personas con problemáticas de salud

(2014a). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. (3rd ed.). A.J.O.T., 68(Suppl. 1), S1-S48. <https://doi.org/10.5014.ajot.2014.682006>; (2014b). Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the deliver of occupational therapy services. A.J.O.T., 68 (Suppl. 3), S16-S22. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.686S03>; (2017). Mental health promotion, prevention, and intervention in occupational therapy practice. AJOT, 71 (Suppl. 2); (2017). Occupational therapy's role in medication management. A.J.O.T., 71 (Suppl. 2), 7112410025. <https://doi.org/10.5014/ajot.716S02>

4 Bejerholm, U., Hansson, L. and Eklund, M., (2006). Profiles of occupational engagement in people with schizophrenia (POES): the development of a new instrument based on time-use diaries. The British Journal of O.T., 69(2), p.58-68. Cai, J., Zhu, Y., Zhang, W., Wang, Y. and Zhang, C., (2015). Comprehensive family therapy: an effective approach for cognitive rehabilitation in schizophrenia. Neuropsychiatric disease and treatment, 11, p.1247.

Chugg, A. and Craik, C., (2002). Some factors influencing occupational engagement for people with schizophrenia living in the community. The British Journal of O.T., 65(2), p.67-74.

Godbout, L., Limoges, F., Allard, I., Braun, C.M. and Stip, E., (2007). Neuropsychological and activity of daily living script performance in patients with positive or negative schizophrenia. Comprehensive psychiatry, 48(3), p.293-302.

Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D. and Dixon, L., (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence based practice. Journal of Marital and Family Therapy, 38(1), p.101-121.

Stoffel, V.C. (2013) Opportunities for Occupational Therapy Behavioral Health: A Call to Action. A.J.O.T., 67:140-145. doi: 10.5014/ajot.2013.672001.

mental) en forma conjunta en la práctica cotidiana de la institución pública o privada en la que se ejerce la profesión.

El estado de posición y su relación con la práctica clínica

Presento algunas de las propuestas del documento WFOT en su típico lenguaje neutro y coloquial.

1- Los terapeutas ocupacionales trabajamos en **contextos que promueven la buena salud mental y el bienestar** con la intención de **prevenir** la aparición de problemas de salud mental y **facilitar la recuperación para aquellos que experimentan dificultades de salud mental mediante intervenciones basadas en la evidencia individual y de la población.**

¿A quién nos dirigimos?: ¿a un paciente? ¿un cliente? ¿un sujeto de derecho? ¿un usuario? ¿un ser ocupacional? ¿una persona con discapacidad psicosocial? ¿Un colectivo, un individuo social?

La primera versión del documento –2017– incluyó el enfoque de **persona completa** referido a personas cuyos problemas de salud se entrecruzan. En el año 2019 se optó por la denominación **persona** y sus variantes como persona con problemas de salud mental o persona con discapacidad psicosocial.

2- La filosofía de la Terapia Ocupacional reconoce que la remisión de los síntomas es insuficiente para la recuperación ya que los problemas psicosociales ejercen influencias complejas en la calidad de vida de las personas en sus actividades cotidianas, su familia y su participación en las redes comunitarias.

3- Los conceptos de **alienación** y **exclusión** de la actividad significativa (Wilcock y Townsend, 2000) debido a circunstancias que escapan a su control pueden aportar alguna explicación. Los abusos del derecho humano a la ocupación pueden tomar la forma de exclusión económica, social o física a través de barreras físicas o de actitud o mediante el control del acceso a los conocimientos, habilidades, recursos o lugares necesarios donde llevar a cabo las ocupaciones (WFOT, 2006).

Desde estas perspectivas se plantean los siguientes **objetivos generales en Terapia Ocupacional en salud mental:**

- Contribuir a la participación plena en sus comunidades de manera inclusiva y productiva.
- Proporcionar una evaluación e intervención efectivas en todo el repertorio de las ocupaciones mediante una intervención personalizada bajo un enfoque holístico y comprometido con la atención centrada en la persona.
- Desarrollar alianzas colaborativas y apropiadas a las necesidades individuales, grupales, comunitarias y de la población con personas que experimentan problemas de salud mental, sus familias y cuidadores que se basen en el respeto mutuo y la dignidad.

De todos modos, es necesario advertir, los terapeutas ocupacionales no **curamos**, como el discurso del modelo médico dice que hace, sino que construimos junto a las personas que nos consultan los modos posibles de resolver sus problemas en el hacer en forma contextualizada. Construimos en forma conjunta un traje a medida.

El estado de posición y su relación con la investigación

La práctica basada en la evidencia describe la integración de información de cuatro fuentes: la investigación publicada, la experiencia profesional, los valores y circunstancias de cada persona y las posibilidades y limitaciones del contexto particular de la terapia (Satterfield, 2009; Hoffman, 2017).

Brindar experiencias a los estudiantes respaldadas por evidencia debe ser una búsqueda de profesionales y educadores que se esfuerzan por practicar y educar críticamente con la justicia social y la ética en mente.

Hitch, Pépin y Stagnitti (2015) destacan las limitaciones para la aplicabilidad de la evidencia científica como la exclusión y pérdida de artículos en otros idiomas además del inglés. Se preguntan: ¿qué nos ha hecho la Terapia Ocupacional en su historia de dominación?

Estos cuestionamientos de investigadores canadienses coinciden con las Terapias Ocupacionales críticas latinoamericanas y Terapias Ocupacionales desde el Sur que se focalizan en los procesos históricos y sociales que provocan rupturas con las perspectivas coloniales fundacionales en los primeros programas de pregrado en estos países (Simó Algado, *et al.*, 2016).

Las crecientes investigaciones argentinas sobre los procesos históricos, la revisión y la recopilación de bibliografía local dan muestra de un movimiento de revalorización de la producción nacional⁵.

El estado de posición del rol en educación y en difusión

En este proceso de construcción del estado de posición del rol de Terapia Ocupacional en salud mental como función social quedan actores por indagar. Un *backstage* a ser descubierto que espera ser debatido por los profesionales y sus representantes gremiales, asociaciones y colegios, educadores y universidades como grandes formadores de conocimientos y habilidades; promotores de la difusión.

Cuentas pendientes para esta presentación. ●

[Recibido: 10/02/2021 - Aprobado: 22/11/2021]

5 Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales. (2018). Índice de producción nacional de Terapia Ocupacional. Elaborado por el Capítulo de Biblioteca de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional 2014-2018. Buenos Aires, AATO.

Referencias

- American Occupational Therapy Association. (2014b). Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl. 3), S16-S22. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.686S03>.
- Briggs, A; Duncombe, L; Howe, M. y Schwartz, S. (1987). *Preguntas y respuestas de Terapia Ocupacional Psicosocial. Estudio de casos*. Trad C. Andreoli. Ed Manole Ltda.
- Clark, F. Carlson, M., Jackson, J., Mandel, D. (2003). Lifestyle Redesign Rev AOTA. January 2003. Vol 8. Issue 2. p. 9-13.
- Chiu, T., Nafai, S y Marcolino, T. (2018). Panel de discusión: panelistas para presentar ideas clave relacionadas con los planes de estudio de Terapia Ocupacional. Education day. WFOT Congress 2018. South Africa. Inédito.
- Galheigo, S. (2012). Perspectiva crítica y compleja para Terapia Ocupacional. Actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. En Montes Bernardo S, Esmerode Iglesias C, Touceda Rey C (Ed) (2012) Ocupación, cultura y sociedad, compromiso de la Terapia Ocupacional. Rev TOG. p 18-30. En <http://www.revistatog.com/mono/num5/mono5.pdf>
- Goffman, E. (1971). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu editores.
- Hitch, D., Pépin, G y Stagnitti, K. (2015). Evidencia para la Terapia Ocupacional de salud mental: tendencias en la primera década del nuevo milenio (2000-2013). En *Sage Journals*. 22-09-2015. Art. de investigación.
- Hoffmann, T., Bennett, S., y Del Mar, C. (2017). Introduction to evidence-based practice. In T. Hoffmann, S. Bennett y C. Del Mar (Eds). *Evidence-based practice across the health professions* (3rd ed; p. 1-15). Elsevier.
- Laliberte-Rudman, D., Yu, B., Scott, E. and Pajouhandeh, P., (2000). Exploration of the perspectives of persons with schizophrenia regarding quality of life. *A.J.O.T.* 54(2), p.137-147.
- Merton, R. (1964). *Teoría y estructuras sociales*. Ed Fondo de Cultura Económica.
- ONU. (2004). CEPAL. *Panorama social de América Latina*. 1a Ed., abril 2005. Impreso en Sgo de Chile. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.
- Ramugondo, E. (2015). Consciencia Ocupacional, *Journal of Occupational Science*, 22: 4, 488-501, DOI: 10.1080 / 14427591.2015.1042516.
- Rossi, L., Nabergoi, M., Ortega, M. S., Venturini, Y. D., Medina, L. N., Albino, A. F., Itovich, F., Lopez, M. L. y Presa, J. (2019). Mapa de Tradiciones de Terapia Ocupacional con ejes teórico-epistémicos-prácticos. En Rev. *R.A.T.O.*, 5(2), 25-27.
- Rueda C, Valdebenito, C., y Lolas S, (2005). La ocupación: ciencia y técnica de Terapia Ocupacional para la intervención en psiquiatría. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 43(1),3340. <https://dx.doi.org/10.4067/S071792272005000100005>
- Santacruz González, M. (2006). Calidad de vida, un reto para el terapeuta ocupacional en salud mental comunitaria. Rev *Ocupación Humana*. Vol. 11 N. 3 y 4 (2006). DOI: <https://doi.org/10.25214/25907816.86>

- Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a trans-disciplinary model of evidence-based practice. In *Milbank Quarterly*, 87, 368-390
- Sbriller, L. (1997). *Introducción a Terapia Ocupacional. Marcos conceptuales*. Catálogos Ed.
- Sbriller, L. (2019). Conferencia: *Estado de posición del rol de Terapia Ocupacional en salud mental*. X° Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y XIII° Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Tucumán. Argentina. (Inédito)
- Simó Algado, S.; Guajardo Córdoba, A.; Correa Oliver, F.; Galheigo, S. M y Gacia-Ruiz, S. (2016). *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Ed USACH. Colección Divulgación. 1a ed. 2016.
- WFOT. (2006). *POSITION STATEMENT. Occupational Therapy on Human Right*. En wfot.org/resources/human-rights-archived. (2019). *POSITION STATEMENT. Occupational Therapy and Mental Health*. En www.wfot.org/checkout/20824/23175
- Whalley Hammell KR, Iwama MK. (2012). *Bienestar y derechos laborales: un imperativo para la Terapia Ocupacional crítica*. *Scand J Occup Ther*. 2012 Sep; 19 (5): 385-94. doi: 10.3109 / 11038128.2011.611821. Epub 2011 Sep 12.
- Whalley Hammell, K. (2015). Participación y ocupación: La necesidad de una perspectiva de derechos humanos. En *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2015, Vol. 82(1) 4-8. En sagepub.com/journalsPermissions.nav
- Wilcock, A. y Townsend, E. (2000). Diálogo interactivo de terminología ocupacional: Justicia ocupacional. *Rev de Ciencias Ocupacionales*, 7 (2), 84 - 86. doi: 10.1080/14427591.2000.9686470 doi: 10.1080 / 14427591.2000.9686470

Cómo citar esta conferencia:

Sbriller, L. Construcción del documento Estado de Posición del Rol de Terapia Ocupacional en Salud Mental (WFOT). *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 95-99.

Sexualidad integral: desarrollos teóricos de Terapia Ocupacional en Argentina (2006-2020)

Integral sexuality: theoretical developments of Occupational Therapy in Argentina (2006-2020)

Daniela Cerri

Daniela Cerri

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín
Integrante de la Asociación Civil Terapistas Ocupacionales Libres.

cerridaniela.to@gmail.com

Resumen

Actualmente en Argentina existen múltiples marcos legislativos que velan por los derechos sexuales de toda la población, entre ellos la Ley Programa Nacional de Educación Sexual Integral N°26.150 sancionada en el año 2006. La misma, reconoce a la sexualidad como un Derecho Humano y la conceptualiza como aquella “que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos” (Ley 26.150, 2006, Art.1).

A pesar de estos avances, en la actualidad aún se encuentran dando grandes debates con respecto a la aplicación de dicha reglamentación. Como profesionales de Terapia Ocupacional tenemos el compromiso de accionar favorablemente hacia la concreción de una Educación Sexual Integral, hacia la plena vivencia y goce de la sexualidad en todos los campos en donde nos desempeñemos. Es por eso que el siguiente artículo posee como objetivo analizar los desarrollos teóricos y registros de experiencias de Terapia Ocupacional en Argentina que abordan la sexualidad y el ejercicio de la sexualidad de las personas, grupos y/o comunidades, desde el año 2006 al 2020.

La muestra se encuentra conformada por veinticinco (25) desarrollos teóricos, registros de experiencias, proyectos, propuestas de cátedras, que se analizan a partir de tres ejes establecidos: Educación Sexual Integral en las escuelas, Educación Sexual Integral en las aulas de Terapia Ocupacional y Sexualidad como Derecho Humano en las acciones de Terapia Ocupacional. La totalidad de ellos presentan riquezas, novedades teóricas, debates y preguntas, y son de gran valor para la profesión, siendo necesaria su difusión para la inclusión de los mismos dentro de nuestra formación.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Salud Pública, sexualidad, educación sexual, derechos sexuales y reproductivos.

Abstract

Currently in Argentina there are multiple legislative frameworks that ensure the sexual rights of all people, including the National Program for Comprehensive Sexual Education Law 26,150 that has been in force since 2006. It recognizes sexuality as a Human Right and conceptualizes it as one “that articulates biological, psychological, social, affective and ethical aspects” (Law 26,150, 2006, Art.1). As Occupational Therapy professionals we have a responsibility as agents of change in acting favorably towards the realization of a comprehensive sexual education and the full experience and enjoyment of sexuality in all fields where we work. That is why the following article aims to analyze the theoretical developments of Occupational Therapy in Argentina that address sexuality and the exercise of sexuality of people, groups and / or communities, from 2006 to 2020.

The sample is made up of twenty-five (25) theoretical developments, which are analyzed from three established axes: Comprehensive Sexual Education in schools, Comprehensive Sexual Education in Occupational Therapy classrooms, and Sexuality as a Human Right in Occupational Therapy actions. All of them present wealth, theoretical novelties, debates and questions, and are of great value to the profession, and their dissemination is necessary for their inclusion within our training.

Key words: Occupational Therapy, sexuality, sex education, sexual rights.

El siguiente artículo recopila e incluye algunos desarrollos teóricos que no se encuentran publicados previamente. Motivo por el cual en las Referencias Bibliográficas se detalla el contacto de las autoras para facilitar el acceso al desarrollo completo.

La siguiente revisión bibliográfica es realizada en el contexto del curso “Revisión Bibliográfica en Terapia Ocupacional” dictado por Lic. TO Andrea Portela y Lic. TO Aldana Maiani en el Hospital General de Agudos Dr. P. Piñero durante el año 2019.

Introducción

Actualmente en Argentina existen múltiples marcos legislativos que velan por los derechos sexuales de toda la población, entre ellos la Ley Programa Nacional de Educación Sexual Integral N°26.150 sancionada en el año 2006. La misma, reconoce a la sexualidad como un Derecho Humano y la conceptualiza como aquella “que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos” (Ley N°26.150, 2006, Art.1).

A partir de este concepto, es posible pensar a la sexualidad como un elemento que atraviesa transversalmente todas las ocupaciones que realizan las personas, incluyendo a la genitalidad como un mero elemento constitutivo de la misma.

A pesar de estos avances, en la actualidad aún se encuentran dando grandes debates con respecto a la aplicación de dicha reglamentación. Al mismo tiempo, desde Terapia Ocupacional (a partir de ahora TO) es posible afirmar que durante la formación de grado no se logra adquirir herramientas significativas con respecto a las sexualidades; existiendo así consecuentes limitaciones en el ejercicio profesional para accionar como garantes de los Derechos Humanos relacionados con los múltiples elementos que las construyen.

Como profesionales poseemos una responsabilidad como agentes de cambio en accionar favorablemente hacia la concreción de una Educación Sexual Integral (a partir de ahora ESI) y de la plena vivencia y goce de la sexualidad en todos los campos en donde nos desempeñamos. Limitar el ejercicio de la sexualidad en sus diversas formas, tales como negarlas o reducirlas a un permiso social o familiar, implica un acto de violencia y vulneración a los Derechos Humanos. Pero para fortalecer nuestras acciones son necesarias teorías, prácticas basadas en la evidencia y debates que acompañen amablemente nuestros modos de pensar y accionar. Es por eso que el objetivo de éste trabajo es **analizar los desarrollos teóricos y registros de experiencias de Terapia Ocupacional en Argentina, que aborden la sexualidad y el ejercicio de la sexualidad de las personas, grupos y/o comunidades, desde el año 2006 al 2020.**

Metodología

El método de rastreo y búsqueda bibliográfica consiste en revistar:

- El Índice de Producción Nacional desarrollado por la Asociación Argentina Terapistas Ocupacionales (2018).
- Publicaciones realizadas en la Revista Argentina de Terapia Ocupacional (RATO).
- Exposiciones en Congresos Argentinos de Terapia Ocupacional: VII Congreso Argentino y Latinoamericano de Terapia Ocupacional, Mar del Plata, 2007; VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, La Plata, 2011; IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, Entre Ríos, 2015.
- Trabajos finales integradores de grado.
- Trabajos de investigación presentados en las Jornadas de Residencia de Terapia Ocupacional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).
- Desarrollos teóricos y experiencias brindadas por referentes de la temática.
- Rastreo de escritos mediante diversas agrupaciones y movimientos estudiantiles quienes facilitaron el acceso a diferentes autores de todo el país.

Las palabras clave del rastreo son Terapia Ocupacional en combinación con: educación sexual, Educación Sexual Integral, sexualidad, sexualidad integral, derechos sexuales. Las mismas debían encontrarse en el tema, palabras clave y/o resumen. Los criterios de inclusión son:

- Con respecto a la autoría, que al menos una persona sea de nacionalidad argentina y TO.
- Que se haya publicado entre los años 2006 y 2020.
- Los tipos de trabajos que se incluyen son: trabajos de investigación de grado, conferencias o ponencias en congresos o jornadas, comunicaciones libres, relatos de experiencias, publicaciones y trabajos no publicados.
- Los criterios de exclusión:
- Acceder únicamente a la presentación en formato Power Point.

Finalmente la muestra se encuentra conformada por veinticinco (25) desarrollos teóricos, de los cuales se lograron acceder de manera completa a veintiuno (21) (gráfico I). La totalidad de los trabajos que no se lograron acceder corresponden a trabajos finales integradores de grado.

A continuación se expresan los diferentes orígenes del hallazgo inicial de los desarrollos teóricos (gráfico II), siendo muy significativo el acceso mediante el contacto con referentes de la temática y mediante el Índice de Producción Nacional (AATO, 2018).

Gráfico I. Acceso a los desarrollos teóricos completos

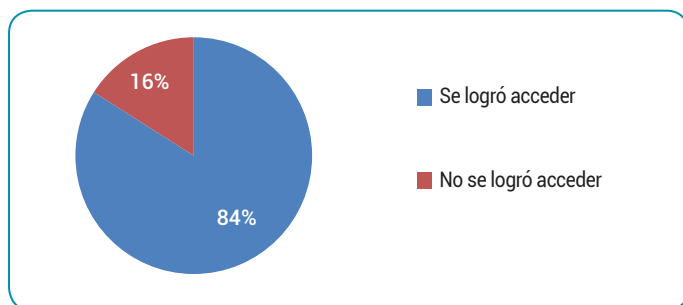
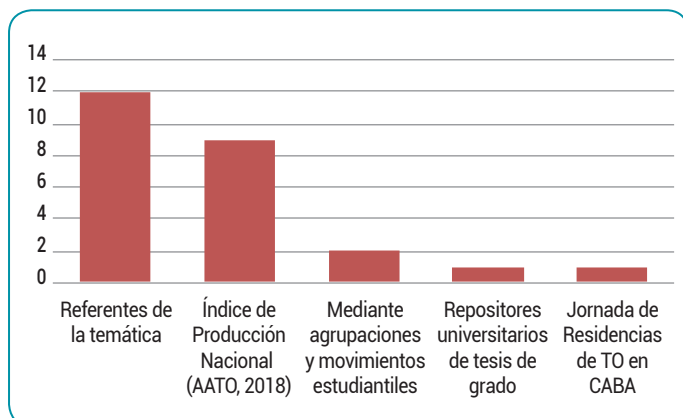
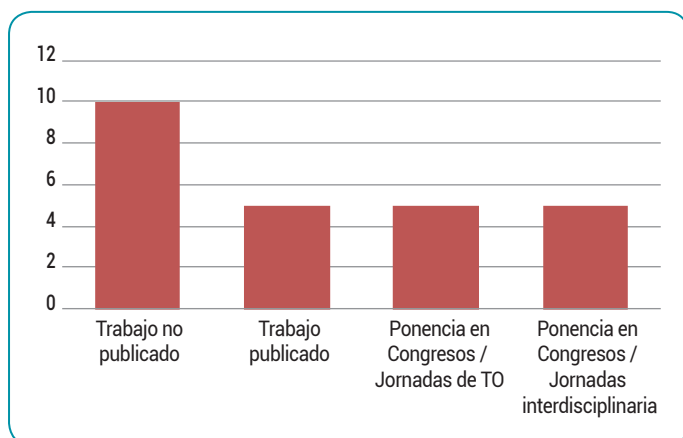


Gráfico II. Acceso a los desarrollos teóricos



En cuanto al tipo de divulgación de los desarrollos teóricos que conforman la muestra, se halla que la gran mayoría (10) son trabajos no publicados (gráfico III).

Gráfico III. Tipo de divulgación



En cuanto al acceso de los trabajos no publicados (10) se logró acceder a seis (6) mediante agrupaciones y movimientos estudiantiles que facilitaron el contacto directo con sus autoras y autores.

En cuanto al tipo de desarrollos teóricos se observa que la gran mayoría (10) corresponden a trabajos finales integradores de grado (gráfico IV).

Con respecto al año de publicación se observa un leve incremento temporal en la cantidad de trabajos sobre la temática (gráfico V).

Gráfico IV. Tipo de desarrollo teórico

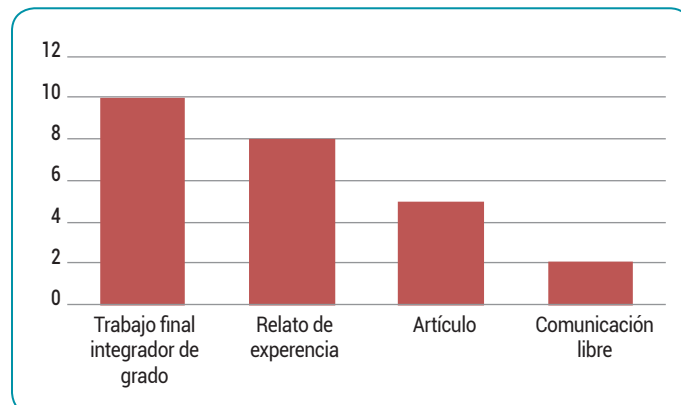
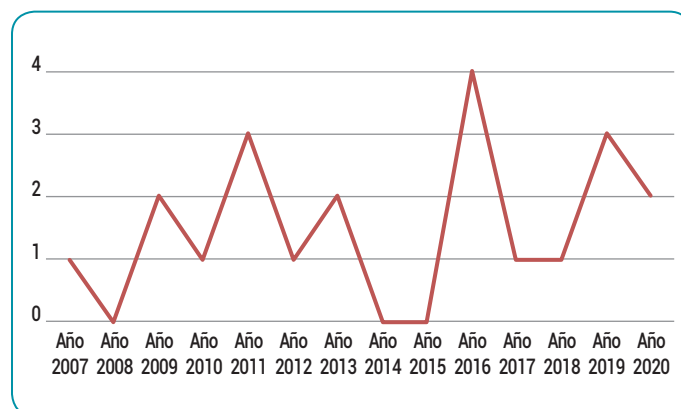


Gráfico V. Año de publicación



A partir de la lectura generalizada se plantean los siguientes ejes de análisis, mediante los cuales se estructura el desarrollo de la revisión:

- **Eje 1: Educación Sexual Integral en las escuelas**
 - aspectos normativos
 - concepto de sexualidad que se exponen
 - aportes y conclusiones
- **Eje 2: Educación Sexual Integral en las aulas de Terapia Ocupacional**
- **Eje 3: Sexualidad como Derecho Humano en las acciones de Terapia Ocupacional**
 - sexualidad Integral como concepto
 - mirada social asociada a la discapacidad / diversidad funcional
 - debates y reflexiones acerca de la vulneración de los derechos sexuales
 - acciones de Terapia Ocupacional

Resultados

Eje 1: Educación Sexual Integral en las escuelas

Aspectos normativos

La Ley Programa Nacional de Educación Sexual Integral N°26.150 sancionada en Argentina en el año 2006 afirma que todo el cuerpo estudiantil tienen derecho a recibir ESI con carácter formativo y basada en conocimientos científicos desde el nivel inicial, tanto en instituciones de gestión privada como estatales (Ley N°26150. 2006 citada en Abregú, 2016; Armoa, 2019b). Dicha Ley presenta como objetivo brindar información científica actualizada sin restricciones, construyendo sólidos cimientos de prácticas respetuosas de las diversidades libres de sexismo y violencias (Armoa, 2019b).

Conceptos de sexualidad que se exponen

Las autoras Abregú (2016) y Armoa (2019b) inician sus desarrollos teóricos partiendo del concepto de sexualidad integral entendida como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Organización Mundial de la Salud, 2018, p.3).

Abregú (2016) analiza la consonancia existente entre el concepto de sexualidad integral anteriormente expuesto con el desarrollado en la Ley N°26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral “entiéndase como Educación Sexual Integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos” (Ley N°26.150, 2006, Art. 1). Dicha Ley posee el propósito de superar el reduccionismo de la sexualidad meramente a sus aspectos genital, anatómico y fisiológico, considerando las dimensiones sociales, históricas, culturales, políticas; contemplando así los valores, cuidados, el respeto, los vínculos y emociones (Armoa, 2019b). La conceptualización integral de la sexualidad conlleva además a interpretar-la como una construcción que inicia tempranamente y está presente lo largo de toda la vida. Otorgando así sentido y responsabilidad en las implementaciones de acciones de ESI en todas las instituciones educativas, en todas las modalidades y en todos los niveles (Ministerio de Educación de la Nación, 2010, citado en Armoa, 2019b).

Previo a estos avances conceptuales, las acciones de ESI se llevaban a cabo a partir de la pubertad cuando se comenzaban a visibilizar cambios corporales (Armoa, 2019b). La concepción actual integral visibiliza las vertientes sociales, políticas, económicas, culturales, emocionales que la conforman. La autora nos invita a hablar de sexualidades en términos de pluralidad, visibilizando que existen múltiples maneras de vivenciarla y que sus vertientes se encuentran en constante movimiento.

La Ley N°26.150 (2006) invita a pensar a todas las personas como sujetos de derecho, con capacidades participativas y libres de toda discriminación; y a las y los profesionales como garantes de esos derechos (Abregú, 2020). Los avances teóricos que propone permiten proyectar debates en los espacios educativos que cuestionan los mandatos sociales y estereotipos de género, permitiendo abordar la temática sin miedo en las aulas (Armoa, 2019b). La autora concluye que siempre está presente la ESI, incluso en los silencios y en la omisión, donde el mensaje es “de esto no se habla”.

Aportes y conclusiones

Abregú (2016) expone su experiencia interdisciplinaria en capacitaciones docentes de ESI en diferentes escuelas de la Provincia de Buenos Aires. Dentro de los resultados obtenidos se destaca que, si bien la mayoría de las escuelas han realizado actividades sobre sexualidad, no fueron actividades curriculares sino que se desarrollaron mediante modalidad de talleres o jornadas. En las mismas se abordaron principalmente temáticas desde una mirada biologicista; abordaje teórico anatómico, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), información sobre métodos anticonceptivos.

En cuanto a la mirada biologicista, Abregú (2012) reflexiona que ESI implica educación para la acción, no sólo para la información, en tanto generar espacios de debate y reflexión en las aulas es una estrategia fundamental para su implementación. No presenta solamente contenidos para ser trabajados desde la mera transmisión, sino que mediante debates y reflexiones sobre situaciones de la vida cotidiana, problematizando las realidades, mediante estrategias vivenciales que impliquen construir respuestas colectivas y nuevos modos posibles de vincularse orientados a la libertad (Armoa, 2019b).

Armoa (2019b) investiga sobre los logros y dificultades que encuentran docentes de nivel inicial de la ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fé, Argentina) en la implementación de la ESI. Dentro de los logros se destaca la naturalización de la temática, incorporándose en la práctica de manera transversal con apoyo institucional. Con respecto a las dificultades identificadas, la autora observa que no se abordan temáticas específicas con respecto a las infancias trans y en los resultados identifica la falta de capacitaciones actualizadas sobre la temática.

Con respecto a las estrategias para promover la implementación de la ESI, Armoa (2019b) afirma que la capacitación docente es el eje central e imprescindible: cursos, talleres, debates, reflexiones, trabajo en equipo. Hablar de sexualidad, en palabras de la autora, interpela a todas las y los actores poniéndolos en contacto con sus propias biografías sexuales. Concluye que pensar la implementación de la ESI en todos los niveles implica la necesidad urgente de analizar cómo se posiciona el cuerpo docente frente a la temática.

Eje 2: Educación Sexual Integral en las aulas de Terapia Ocupacional

En el año 2014 se presenta el proyecto “Terapias Ocupacionales, géneros y diversidad” en una universidad de gestión privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Abregú *et al.*, 2019) conformado por un equipo de profesionales de distintas disciplinas quienes planifican encuentros áulicos para dar respuesta inicialmente a las problemáticas de violencia de género vivenciadas por las estudiantes. Luego se profundizan en otras temáticas tales como salud sexual, perspectiva de género en salud, violencia, diversidades. Abregú *et al.*, (2019) reflexionan que se deben desarrollar respuestas sociales comprometidas desde TO, construyendo de manera colectiva herramientas pedagógicas de un modo sensible; pudiendo además extrapolar estas dinámicas a los territorios comunitarios de inserción profesional. Como resultado se observa que el proyecto representa un encuentro pedagógico para el cuerpo estudiantil y es tanto un espacio de formación como de confianza, ya que durante la experiencia estudiantes realizaron denuncias de violencia de género y fueron acompañadas por el equipo.

En consonancia con dicho proyecto, Armoa (2019a), quien se desempeña como docente de Terapia Ocupacional en la Provincia de Santa Fé, reflexiona que concibe a la práctica docente como un intercambio permanente; con el propósito de acompañar procesos de formación profesional con compromiso ético, libres de estereotipos y prejuicios que se reproducen socialmente, propiciando prácticas diversas enriquecidas con perspectiva de género. Se proponen diversos conversatorios áulicos, materiales audiovisuales que propicien reflexiones que acompañen a transversalizar lineamientos de la ESI. La autora observa como resultado una gran apertura por parte del cuerpo estudiantil hacia la temática y un crecimiento significativo de trabajos de investigación de grado que abordan la ESI.

Eje 3: Sexualidad como Derecho Humano en las acciones de Terapia Ocupacional

Sexualidad Integral como concepto

La totalidad de los desarrollos teóricos analizados conceptualizan a la sexualidad de manera integral, alineándose con la concepción que desarrolla la Ley N°26.150 (2006). Además

este concepto es enriquecido de diferentes maneras detalladas a continuación.

Diversas autoras y autores (Bordón *et al.*, 2009; Indavere y Stefanolo, 2013; Montaner, 2017; Armoa, 2019b; Cristoforetti *et al.*, 2020) además conceptualizan a la sexualidad como una actividad de la vida diaria (AVD). Christiansen y Hammeck (citados en Indavere y Stefanolo, 2013) la definen como aquellas actividades cuya finalidad es el placer sexual.

Armoa (2019b) afirma que a partir de concebir a la sexualidad dentro de las AVD se enmarca en las incumbencias de la TO. La autora reflexiona que este concepto debe ser enriquecido con la múltiples dimensiones que propone la Ley N°26.150 (2006) con el propósito de reconocerla como un derecho humano que posibilita libertades, la vivencia libre de las identidades y el respeto por las diversidades; y afirma que la perspectiva de género debe ser incluida desde la formación de grado.

Indavere (2010) aporta que la sexualidad es además un medio de comunicación interpersonal y reconoce sus esferas tanto biológica, psicológica y social. Ramos (2007) enriquece este concepto reflexionando que la sexualidad se relaciona con la comunicación, con los vínculos, los afectos, el reconocimiento del cuerpo, el pudor, la privacidad, el auto cuidado y la imagen corporal. Indavere y Stefanolo (2013) se alinean a la concepción integral aportando nuevas vertientes que la conforman: la expresión de cariño, comunicación de los sentimientos, el contacto corporal genital y extragenital. Abregú (2020) suma además las categorías género, diversidad y afectividad.

Con respecto a la conceptualización de la sexualidad, Cristoforetti *et al.*, (2020) desarrollan un trabajo de investigación cuyo tema es “Intervenciones realizadas por terapeutas ocupacionales en relación a la sexualidad en pacientes pediátricos con diagnóstico de lesión medular en Argentina”. Dentro de los resultados observan que las personas entrevistadas (n=39) incluyen como elementos dentro de la definición de sexualidad principalmente al placer (24 personas), aceptación de uno mismo (19 personas), sentimientos (16 personas) y relaciones (17 personas). Además afirman que fue clasificada por la mayoría como una AVD.

Mirada social asociada a la discapacidad / diversidad funcional

La totalidad de los desarrollos teóricos analizan la mirada social asociada a la población con discapacidad.

Esteve (2009) afirma que es urgente pensar en las personas con discapacidad desde una perspectiva de derechos y centrada en la persona, para desarrollar prácticas que propicien una vida autodeterminada también en el plano de la sexualidad. Ramos (2007) afirma que los derechos sexuales son parte sustancial de los derechos humanos, aunque en muchas oca-

siones no son reconocidos como tales cuando se trata de las personas con discapacidad.

Según afirma Abrille (citada en Indavere, 2010) las principales causas por las que no se habla habitualmente de sexualidad y discapacidad son por desconocimiento y falta de formación sobre la temática, aunque también inciden factores culturales, sociales y religiosos.

Armoa y Pace (2016a) acompañan estas afirmaciones, reflexionando sobre la mirada social asociada a la discapacidad como condición ligada a la limitación; cuerpos estudiados bajo la mirada médica hegemónica, rotulados en un diagnóstico y en un pronóstico. Negando así el reconocimiento como seres sexuados y limitando el acceso a la vivencia plena de una sexualidad libre, experimentación de placer, conformación de vínculos sexuales y/o afectivos significativos.

Esteve (2009) afirma que pensar la discapacidad desde una perspectiva deficitaria también vulnera el acceso a los derechos sexuales. En este sentido, Abregú (2020) retoma la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2008) como un eje transversal de nuestras prácticas. Es necesario y urgente concebir a las personas con discapacidad como seres sexuados desde su nacimiento (Armoa y Pace, 2016a; Esteve, 2009; Ramos 2007), generar espacios de formación y debate que acompañen a detectar y modificar estos preconceptos y tabúes que vulneran el acceso a la sexualidad integral libre (Ramos, 2007).

Armoa (2019a) invita a repensar los conceptos capacitistas, biologicistas y heteronormativos que atañan prejuicios, estereotipos y temores que obstaculizan la vivencia de las sexualidades de todas las personas.

Debates y reflexiones acerca de la vulneración de los derechos sexuales

Negar las sexualidades, el acceso a la información, a debatir, la omisión y el predominio del silencio frente a las inquietudes, deja a las personas sin herramientas para vivir libremente sus sexualidades y ser responsables en su ejercicio (Armoa y Pace, 2016a). Esteve (2009) acompaña estas reflexiones afirmando que peligrosamente se omite la importancia del conocimiento del propio cuerpo, de los cambios corporales, del aprendizaje integral de la sexualidad, priorizando así los objetivos terapéuticos relacionados con el desarrollo psicomotor e intelectual. La autora analiza que ambos son necesarios para el desarrollo armónico y para una vida plena, pero definitivamente uno no debe dejar de lado al otro, porque al igual que todos los seres humanos la sexualidad forma parte de sus vidas. Al considerar que las limitaciones de la persona son iguales en todas las áreas de la vida se esencializa la falta, obturando su desarrollo, limitando las posibilidades y vulnerando sus derechos humanos.

La educación sexual brinda libertades mediante el aprendizaje, el conocimiento, el cuidado, pero también guía y responsabiliza (Esteve, 2009). A continuación, la autora advierte sobre la ausencia de formación en las carreras de grado, quedando arraigada a la voluntad e interés de las y los profesionales.

Acompañan dicha advertencia los resultados finales del trabajo realizado por Cristoforetti *et al.*, (2020) hallando que sólo el 13% de las y los terapeutas ocupacionales entrevistados (n=39) recibieron información sobre sexualidad en su formación de grado y posgrado; y el 49% de la totalidad de la muestra accedió a formación sobre sexualidad integral de manera voluntaria, autodidacta, por inquietud propia, accediendo a charlas, cursos o búsquedas bibliográficas. Al indagar sobre las disciplinas que deberían intervenir en el abordaje de la sexualidad integral según las personas entrevistadas, el 92% mencionó a la TO. Aún así el 87% considera no contar con las herramientas necesarias para intervenir. Sólo un 23% de la muestra afirma realizar algún tipo de intervención en la sexualidad integral en pacientes pediátricos, afirmando que es la persona o integrante de la familia quien se acerca inicialmente con la consulta. Las autoras reflexionan sobre la importancia de asumir la responsabilidad del equipo tratante de introducir y habilitar el abordaje de la sexualidad integral, respetando y acompañando las necesidades de cada persona.

En consonancia con lo desarrollado anteriormente, las autoras Molina *et al.*, (2011) en su investigación cuyo objetivo es identificar las AVD en adolescentes con discapacidad mental en las que intervienen actualmente desde TO en las Escuelas de Educación Especial, hallaron que si bien la totalidad de la muestra (n=10) interviene en las AVD, solo una persona (1) incorpora la actividad sexual en su práctica profesional.

Enriquecen estas afirmaciones, los resultados de las autoras Christie *et al.*, (2013) quienes investigan sobre los tipos de intervenciones que son utilizados desde TO para abordar la actividad sexual de las personas con discapacidad intelectual que asisten a Centros Educativos Terapéuticos de la CABA, hallando en sus resultados que si bien la totalidad de la muestra (n=12) afirma realizar intervenciones para abordar la actividad sexual de las personas con discapacidad intelectual, las mismas no son planificadas y responden a necesidades momentáneas, problemáticas específicas o inquietudes por parte de la familia. Otro elemento a tener en cuenta es que la totalidad de la muestra afirma no haber recibido capacitación sobre sexualidad durante su formación académica y recurrir a métodos de evaluación tales como la observación de la conducta, desconociendo evaluaciones formales en el ámbito de la salud. Al mismo tiempo, la gran mayoría afirma no cumplir con las diferentes etapas del proceso de intervención, con ausencia de planificación.

Para finalizar, Montaner (2017) entrevista a hombres deportistas jugadores de básquet con lesión medular, entre 18 y 35

años, con el objetivo de conocer sus vivencias sexuales. La gran mayoría de los varones entrevistados (7) (n=10) afirma que la actividad sexual es muy importante y un número similar de personas (6) expresan insatisfacción en dicha actividad; delineando así la necesidad de acciones desde TO y acompañamiento.

Acciones desde Terapia Ocupacional

Se han hallado diversas acciones posibles desde TO en cuanto a la sexualidad integral de las personas que se detallarán a continuación. Se observan ciertas especificidades para cada tipo de población a las cuales dichas acciones se encuentran destinadas.

En lo que respecta al campo físico, diferentes autoras (Indavere 2010; Indavere y Stefanolo, 2011; Indavere y Stefanolo, 2013) afirman que uno de los cambios más significativos que debe enfrentar una persona con discapacidad motora adquirida es el aumento de la dependencia y la consecuente pérdida de intimidad debido al requerimiento de asistencia y la inclusión del equipo de salud a su rutina diaria. La aparición de nuevas limitaciones físicas, los cambios en la imagen corporal, la necesidad de incorporar elementos protésicos y ayudas técnicas, implican una serie de duelos que la persona irá transitando a medida que se adecúa a la nueva realidad. Es necesario acompañar e incentivar a la exploración de sus propias capacidades, favoreciendo así el descubrimiento según los propios deseos, intereses y posibilidades (Indavere, 2010; Indavere y Stefanolo, 2013). Dichas afirmaciones se entrelazan con lo que afirma Curcoll (citado en Cristoforetti *et al.*, 2020) sobre las personas con lesión medular, detallando que se encontrarán con el desafío de aprender a reconocer su cuerpo, los nuevos modos posibles de vincularse y realizar sus ocupaciones con asistencia o apoyos. Las acciones de TO destinadas a acompañar estos procesos son un modo de intervenir en la sexualidad integral de las personas (Indavere y Stefanolo, 2011; Indavere y Stefanolo, 2013).

A estos aportes se suma la diversidad de modos de vivenciar el placer. Posse (citado en Indavere, 2010) afirma que el placer erótico puede obtenerse de diferentes formas, incluso sin que intervengan los genitales. Cada región del cuerpo posee la potencialidad de ser zona erógena (que son aquellas que se encuentran ricamente inervadas y sensibilizadas) si se acompaña de un aprendizaje apropiado. La autora afirma que este proceso de aprendizaje debe reactivarse y que cada persona elabora su propia lista de preferencias de acuerdo a sus deseos, exploración, autoexploración, experiencias e historia personal (Indavere, 2010; Indavere y Stefanolo, 2013). Esta búsqueda y proceso de aprendizaje debe contemplarse como parte de la rehabilitación integral de la persona con discapacidad motora adquirida (Indavere, 2010).

En consonancia con lo detallado anteriormente, Armoa y Pace (2018) afirman que las sexualidades se vivencian de diversas

maneras y trascienden ampliamente la genitalidad. Implica crear vínculos significativos con pares, elegir la ropa que se desea usar, el acceso a la privacidad, conocer el cuerpo, problematizar y debatir sobre los mandatos sociales de belleza, la responsabilidad en la higiene, el cuidado del propio cuerpo, las funciones del organismo, el autoconocimiento, la expresión de deseos, la independencia y autonomía (Armoa y Pace, 2016a).

En cuanto a las acciones desde TO, Armoa y Pace (2016b) narran sobre la creación de un taller de abordaje grupal con jóvenes con diversidad funcional. El mismo ofrece interacciones sociales entre pares, con el objetivo de brindar herramientas para la vida en sociedad y oportunidades de interacción significativas, abordando las realidades vinculares e incorporando lineamientos de ESI. Los temas abordados en el taller son reconocimiento del cuerpo y sus funciones, higiene personal, respeto por las emociones propias y de otras personas, habilidades sociales, prevención de embarazos no deseados.

Las autoras Erezuma y Russo (2011) también comparten sus experiencias territoriales en ESI en el marco de las prácticas clínicas comunitarias de TO, con adolescentes en situación de vulnerabilidad social. Según su experiencia, hallan como aspecto positivo el abordaje grupal, el cual permite una construcción de conocimiento colectiva y horizontal. Estas afirmaciones se alinean con reflexiones anteriores (Armoa y Pace, 2018; Ramos, 2007), ESI no es solamente la mera transmisión de conocimiento, implica involucrarse desde una manera participativa favoreciendo la adherencia y el compromiso de cada una de las personas involucradas.

Las autoras Indavere y Stefanolo (2013) también seleccionan el abordaje grupal como estrategia. Narran su experiencia como terapeutas ocupacionales en un taller para personas con discapacidad física adquirida sobre sexualidad, cuyos objetivos principales son intervenir en la aceptación del esquema corporal, la expresión y relación con las otras personas. La propuesta de modalidad grupal es seleccionada por las autoras a partir de los resultados de una encuesta auto-administrada elaborada por las mismas. La encuesta inicial se encuentra dirigida a las personas adultas que realizan tratamiento en un hospital público de la CABA, con el objetivo de obtener datos sobre el conocimiento de la temática, sus intereses en participar y la modalidad deseada. A partir de los resultados obtenidos deciden llevar a cabo un taller de abordaje grupal sin distinción de géneros, ni edades, ni diagnóstico. Las dinámicas propuestas fueron propiciar debates a partir de diversos disparadores, actividades prácticas de autoconocimiento relacionadas con la expresión sexual y brindar información clínica y farmacológica precisa. Al finalizar se realizó una encuesta con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción de las personas que asistieron: la totalidad (n=15) afirmaron que el taller cumplió con sus expectativas, la mayoría de las personas entrevistadas (86%) afirmó haber adquirido mayor

conocimiento sobre la sexualidad y sobre su propio cuerpo y expresó comodidad en el grupo. Las autoras concluyen que el abordaje de la sexualidad desde TO aporta favorablemente al bienestar emocional y social de la persona, repercutiendo positivamente en las relaciones interpersonales.

La participación de las familias en las dinámicas de ESI también emerge fuertemente como una estrategia y un aspecto clave a tener en cuenta en las acciones para construir un proyecto de vida autónomo, responsable, con libertad y con perspectiva de derechos (Ramos, 2007; Esteve, 2009; Armoa y Pace, 2016b). En ese sentido, Armoa y Pace (2016b) crean un espacio de intercambio con las familias en el cual se abordan las siguientes temáticas: conceptualización de la ESI, abordaje de prejuicios, temores y dudas, promoción de la ESI desde la infancia, concientización sobre la importancia de los espacios de privacidad, promover la autonomía, la creación y el fortalecimiento de los vínculos sociales con pares. Ramos (2007) afirma además que incluir a las familias permite despejar obstáculos, fortalecer la concepción de las personas como adultas, autónomas y como seres sociales.

Con respecto a los recursos utilizados en las acciones de TO, Esteve (2009) afirma que para las personas con discapacidad intelectual es necesario recurrir a recursos concretos; fotos, imágenes, respuestas concisas y ejemplos prácticos con situaciones reales. En ese sentido, Haurigot *et al.*, (2016) afirman que el tipo de apoyo más utilizado brindado por profesionales de la salud en las intervenciones en sexualidad con jóvenes con discapacidad intelectual son los recursos gráficos y audiovisuales. En consonancia con lo anteriormente expuesto, en los resultados del trabajo de investigación de Cristoforetti *et al.*, (2020) se halla que la totalidad de las y los terapeutas ocupacionales que afirman realizar intervenciones en sexualidad (23,1% de la muestra) utilizan herramientas de asesoramiento, y más de la mitad utilizan además otros recursos tales como debates, visualización de videos y folletos (n=39).

Para finalizar, Ramos (2007) realiza principal hincapié en la planificación de intervenciones formales, continuas y planificación de objetivos a partir de las demandas de la población, como así también en la evaluación y habilitación de la palabra, la escucha y el rol protagónico de la persona. Esteve (2009) invita a pensar en intervenciones con apoyos, su evaluación y planificación para acompañar en la construcción de la sexualidad concebida de manera integral, como un espacio formal desde nuestro compromiso profesional. En palabras de la autora: “Una educación sexual significativa debe contemplar esa diversidad y sus diferentes maneras de poder expresarse” (Esteve, 2009, p.9).

Discusión

Los lineamientos que propone la ESI poseen contenidos que traducen, argumentan, acreditan lo que ya está sucediendo

en las vidas de las personas y comunidades a las cuales están destinadas las acciones de TO. Posee un principal potencial: habilitar la palabra, la expresión y permitir el acompañamiento. Este potencial propone el desafío de poner en juego la formación y la creatividad para que estos espacios democratizadores efectivamente sucedan.

Los desarrollos teóricos y experiencias analizadas en este trabajo reflejan concordancia teórica con la concepción integral de las sexualidades que propone la Ley N°26.150 (2006) y la OMS (2018). Además, ciertos autores les otorgan a las sexualidades la categoría de AVD, lo cual allana aún más el camino al accionar desde TO. La necesidad de incluir debates actuales sobre sexualidades en nuestra formación de grado es una reflexión que entreteje diálogos entre todos los desarrollos teóricos y experiencias analizadas. Al mismo tiempo, concebir las sexualidades en términos integrales nos desafía a pensarla como un elemento que se encuentra presente en todo el quehacer humano; con la consecuente urgencia de transversalizar estos conocimientos en todas las áreas.

Se analiza que los trabajos más actuales alojan además otros conceptos centrales: perspectiva de género, violencias de género, diversidades sexo-genéricas, como nuevos espacios transformadores que suman caminos para accionar y acompañar desde nuestra profesión. La Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado (Ley Nacional N° 27499, 2018) es un elemento más para una formación de grado en clave de género, visibilizando además las relaciones de poder y las múltiples formas de violencias de género naturalizadas hacia las personas de identidades de género no hegemónicas.

En ese sentido se reflexiona que las sexualidades no son una temática, ni una teoría aparte; son un elemento que atraviesa transversal y longitudinalmente nuestro accionar como TO. Accionar garantizando el derecho a la vivencia plena y libre de las sexualidades es brindar información específica, pero también es no presuponer heterosexualidad de las personas que acompañamos; ni su deseo de gestar y ser madres, ni tampoco presuponer sus vínculos monogámicos sexo-afectivos. Es nuestro deber de accionar frente a las violencias basadas en género.

A partir de esto, se reflexiona que una de las limitaciones con respecto al rastreo bibliográfico de este trabajo es que se realizó mediante el rastreo y búsqueda inicial en temas, palabras clave y resumen de los desarrollos teóricos. Es posible hipotetizar que las sexualidades son abordadas (sobre todo en los últimos años) de manera integral, lo cual no es concebida desde una mirada aislada.

En cuanto a las reflexiones con respecto al rastreo bibliográfico inicial, emerge con mucha fortaleza el valor de las publicaciones sobre la temática, la difusión y accesibilidad de los desarrollos teóricos y experiencias locales. La mayoría de los

trabajos (10) no fueron publicados, lo cual implicó un gran desafío lograr recolectarlos. La totalidad de ellos presentan riquezas, novedades teóricas, debates y preguntas, y son de gran valor para la difusión y sobre todo inclusión dentro de los programas de formación de grado.

Se manifiesta también el valor de los trabajos finales integradores de grado y las ponencias en jornadas y congresos como espacios de encuentro y difusión de los desarrollos teóricos. Estos espacios de debate emergen como transformadores para pensar con colegas, debatir, compartir preguntas y experiencias; ya que, en palabras de Armoa (2019b), las acciones de TO en ESI nos interpelan poniéndonos en contacto con nuestras propias biografías sexuales. ■

[Recibido 22/03/21 - Aprobado 24/11/21]

Referencias

- Abregú, M. (2012). *Jóvenes Resilientes*. maca.abr@gmail.com
- Abregú, M. (2016). *Capacitaciones docentes en Educación Sexual Integral: es parte de la vida es parte de la escuela. La experiencia en el Partido de Berazategui*. [Sin publicar] maca.abr@gmail.com
- Abregú, M. (2020). Hablemos de ESI como herramienta y perspectiva. *El cuaderno. Revista del Centro Claudina Thèvenet*. Volumen Septiembre de 2020, 16 - 18. https://drive.google.com/file/d/1rR-BwhGNTILXZiZl_0vDbxM8c-PDDLnj-/view?usp=sharing
- Abregú, M., Castro, G., Galarza, S., García, A., Morgas, F. y Salsa, V. (25-27 septiembre de 2019). *Terapias Ocupacionales, géneros y diversidad*. X Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y XIII Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional, Tucumán, Argentina.
- Armoa, L. (2019a). *Cátedras con perspectiva de género. Experiencia de nuevas miradas sobre las infancias*. Universidad del Gran Rosario. [Sin publicar] licmlarinoa@gmail.com
- Armoa, L. (2019b). *La formación docente para la implementación de la Educación Sexual Integral. Estudio de un caso*. [Tesis de Grado, Universidad Abierta Interamericana, Lic. en Terapia Ocupacional]. licmlarinoa@gmail.com
- Armoa, L. y Pace, A. (2016a). *La educación sexual en diversidad funcional - discapacidad*. licmlarinoa@gmail.com
- Armoa, L. y Pace, A. (2016b). *Taller de habilidades sociales y educación sexual destinado a jóvenes con diversidad funcional (discapacidad)*. licmlarinoa@gmail.com
- Armoa, L. y Pace, A. (2018). *Educación sexual y diversidad funcional-discapacidad: Herramientas para la vida*. licmlarinoa@gmail.com
- Asociación Argentina de Terapista Ocupacionales (2018) Índice de producción nacional de Terapia Ocupacional. Buenos Aires, AATO. ISSN en trámite
- Bordón, P.; Fabbro, M.; y Ramaccioni, L. (2009). *Representaciones sociales de padres y profesionales de la salud respecto al mantenimiento de relaciones sexuales de jóvenes con discapacidad intelectual de entre 20 y 25 años de la Ciudad de Santa Fe*. [Tesis de Grado, Universidad Nacional del Litoral, Lic. en Terapia Ocupacional].
- Christie, J.; Colombo, A.; y Haladjian, M. (2013). *Intervenciones Profesionales Utilizadas por los Terapeutas Ocupacionales para Abordar la Actividad Sexual de las Personas con Discapacidad Intelectual que Asisten a Centros Educativos Terapéuticos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el Año 2012*. Trabajo final integrador de grado. [Tesis de Grado, Universidad Nacional de San Martín, Lic. en Terapia Ocupacional]
- Cristoforetti, M.; Franchinotti, R; y Saavedra Echazú, D. (31 de agosto- 25 de mayo de 2020). *Intervenciones realizadas por terapeutas ocupacionales en relación a la sexualidad en pacientes pediátricos con diagnóstico de lesión medular en Argentina*. XX Jornada de Residencia y Concurrencia de Terapia Ocupacional Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Erezuma, M. y Russo, M. (8-10 de septiembre de 2011). *Taller de Educación Sexual y Reproductiva: una experiencia comunitaria desde Terapia Ocupacional*. VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, La Plata, Argentina.
- Esteve, M. (2009). *Discapacidad intelectual y educación sexual: un encuentro impostergable*. marmaresteve@gmail.com
- Haurigot, M.; Martínez de Giovanni, M.; y Garaventa, M. (2016). *Apoyos brindados por los profesionales de salud en la intervención de la sexualidad de los jóvenes con discapacidad intelectual (JCDI) en Buenos Aires en el año 2016*. [Tesis de Grado, Universidad Nacional de San Martín, Lic. en Terapia Ocupacional].
- Indavere, C. (2010). *Sexualidad en personas con discapacidad motora - Amputación, Lesión Medular, A.C.V Hemiplejía*. Actualización bibliográfica elaborada en el segundo año de la Residencia de Terapia Ocupacional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, rotación con atención de adultos con patologías de origen neurológico y amputaciones.
- Indavere, C. y Stefanolo, M. (8-10 de septiembre de 2011). *Sexualidad en tiempos de discapacidad*. VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, La Plata, Argentina,
- Indavere, C., y Stefanolo, M. (2013). Taller de sexualidad en pacientes con patología neurológica adquirida. *World Federation of Occupational Therapist Bulletin*. United Kindom, May, (67):57-60.
- Ley N° 26.150 de 2006. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. 23 octubre de 2006. B.O. N° 31017
- Ley N° 27.499 de 2018. Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado. 19 de diciembre de 2018.
- Molina, L.; Peralta, N.; Santamarina Nuñez, E; y Zubigaray, M. (2011). *Intervenciones Actuales de Terapia Ocupacional en Sexualidad, a partir de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, en Adolescentes con Discapacidad Mental, en Centros Educativos Terapéuticos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. [Tesis de Grado, Universidad Nacional de San Martín, Lic. en Terapia Ocupacional].
- Montaner, F. (2017). *La sexualidad en deportistas jugadores de basquet con lesión medular que concurren al complejo ledesma de la Provincia de Tucumán. Una mirada desde la Terapia Ocupacional*. Trabajo final integrador de grado. [Tesis de Grado, Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, Lic. en Terapia Ocupacional]
- Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Ramos, R. (12-15 de 2007). *Sexualidad y vida afectiva en discapacidad mental. De eso si se habla!!!*. VII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, Mar del Plata, Argentina.

Cómo citar esta revisión:

Cerri, D. (2021). Sexualidad integral: desarrollos teóricos de Terapia Ocupacional en Argentina (2006-2020). *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7 (2) 100-109.

Ocupación humana: de la matriz colonial hacia la construcción de saberes sociales del sur, 2021.

Lida Otilia Pérez Acevedo. Editorial: Universidad Nacional de Colombia.
Formato digital. ISBN: 978-958-794-476-1

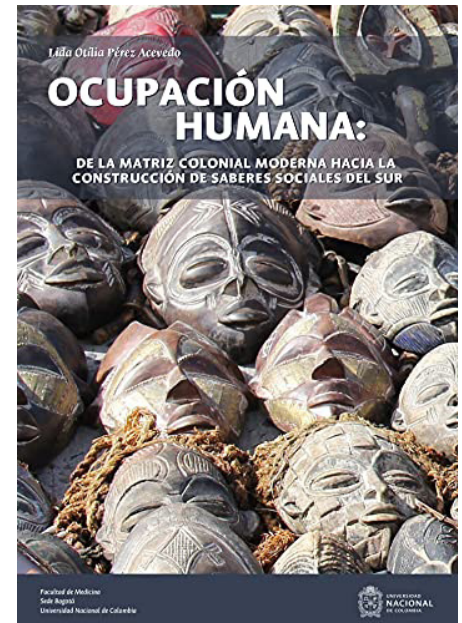
Daniela Edelvis Testa

Daniela Edelvis Testa

Doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Magister en Diseño y Gestión de Programas Sociales (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de San Martín). Docente Universidad Nacional Arturo Jauretche y Universidad Agustín Maza. Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

danitestu@yahoo.com.ar

El libro *Ocupación humana: de la matriz colonial hacia la construcción de saberes sociales del sur* rastrea comprensiones y prácticas coloniales/modernas en la Terapia Ocupacional contemporánea (considerada como disciplina y como un área de saber); sus efectos en la formación y en las prácticas que la sustentan y delimitan. El texto está organizado en cuatro capítulos. En el primer capítulo introductorio se plantea el tema, el abordaje y el andamiaje teórico utilizado para la construcción del problema. La estrategia metodológica se basa en un enfoque histórico hermenéutico y crítico social que comprende lo histórico como el pasado pero también como aquello “que estamos haciendo y empezando a hacer”, cuyo principal interés es visibilizar las dependencias. El segundo capítulo se aboca a analizar la matriz colonial moderna y presenta un exhaustivo análisis de las principales líneas teóricas del área. Para ello, Lida realiza una tarea de autorreflexividad a partir de su experiencia vivida como estudiante y como profesora, analiza las currículas de diversas universidades latinoamericanas y revisa críticamente la categoría “trabajo”, por considerar a ese concepto como una de las dimensiones vertebrales para la disciplina. El tercer capítulo se aboca al proceso de construcción de saberes sociales del sur en base a los aportes de Orlando Fals Borda y de Enrique Dussel. Construye una mirada original de los significados de la ocupación en las comunidades nativas de América del Sur desde procesos históricos que recuperan el mestizaje, el mulataje y el zambaje como estrategias



fundamentales para una crítica decolonialidad de la categoría ocupación. El cuarto capítulo profundiza aquello que constituye la apuesta fuerte del libro: la propuesta de una Terapia Ocupacional Andina. Se refiere a un posicionamiento crítico y político que concibe una Terapia Ocupacional Andina, localizada y regional, que recoja los legados de complementariedad, solidaridad y compasión como un camino posible de reivindicación de lo propio-subalterno junto con el reconocimiento de legados ancestrales ignorados (que define como resistentes y resilientes). En síntesis, esta obra devela marcas coloniales en los estudios de la ocupación humana; reconoce la matriz de las formas de comprender la ocupación derivadas de saberes hegemónicos europeos y norteamericanos. Asimismo, explora otras formas de comprender la ocupación que hunden sus raíces en saberes an-

cestrales silenciados y sustentan un proyecto decolonial. La Terapia Ocupacional Andina es un proyecto que viene a renovar antiguas problematizaciones a la vez que inaugura novedosas preguntas y líneas de investigación en el campo.

El libro de Lida Otilia Pérez Acevedo se basa en una estrategia metodológica de triangulación teórica que permitió el abordaje de un mismo objeto desde distintas teorías. Dicha elección redundó en la construcción de tensiones y combinaciones que ampliaron y reconfiguraron el problema de indagación. Para ello, la autora realizó análisis documental y se aplicó estrictos mecanismos de vigilancia epistemológica durante el proceso de investigación y reflexión. Se destaca el orden y la coherencia interna en la argumentación que se hilvana a lo largo de los capítulos de acuerdo a los conceptos planteados inicialmente. Esto es acompañado por una redacción ágil, clara y prolífica.

Entre las muchas fortalezas de este libro se encuentra el modo en que Lida indaga acerca de la particularidad del concepto ocupación humana. En primer lugar, parte de una conceptualización teórica donde sitúa la ocupación humana bajo la razón moderna y las comprensiones heredadas de saberes hegemónicos de Europa y Estados Unidos. En segundo término, plantea la combinación del análisis de las matrices teóricas decoloniales y las distintas formas de comprender lo humano con otras posibles maneras de entender la ocupación humana a la luz de legados ancestrales y de saberes sociales invisibilizados.

La propuesta de la autora se basa en reunir en su matriz analítica la voluntad de develar huellas coloniales al tiempo de reconocer legados ancestrales. Tamaño desafío la condujo a señalar un conjunto de hallazgos empíricos sobre la colonialidad del saber en el proyecto profesional de la Terapia Ocupacional y en los procesos formativos universitarios. A medida que se avanza en las páginas de este libro, la autora nos presenta diversas metáforas que organizan los contenidos curriculares y construyen sentidos ligados a visiones que tienden a la desvitalización de la experiencia humana. Experiencias donde lo vital se extingue bajo la razón moderna-dicotómica, mecanicista, reduccionista y racionalista. Esta perspectiva resulta fundamental en tanto aporta un elemento distintivo posible de ser retomado en futuros trabajos y permite visibilizar a través de un enfoque histórico hermenéutico aquellas presencias, ausencias, resistencias y provocaciones posibles de ser identificadas en las diversas comprensiones de la ocupación humana.

Para finalizar, *Ocupación humana: de la matriz colonial hacia la construcción de saberes sociales del sur*, constituye no solo un aporte al conocimiento para las Terapias Ocupacionales del y desde el sur sino que tiene relevancia social a partir de la propuesta de una Terapia Ocupacional Andina concebida como dispositivo decolonial crítico y emancipador. Sin duda un diálogo tan necesario como alentador y un precioso legado que agradecemos profundamente a su autora. ■

Como citar esta reseña:

Testa, D.E., *Ocupación humana: de la matriz colonial hacia la construcción de saberes sociales del sur*, 2021. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 110-111.