

Revista Argentina de Terapia Ocupacional

RA TO

Año 8 - N° 1 - Julio 2022
ISSN 2469-1143



*Generando redes para la participación
y el crecimiento colectivo*

Revista Argentina de Terapia Ocupacional
Año 8 - Nro 1
Julio 2022 - 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 1° Titular
Montilla, Silvina	Vocal 2° Titular
Battaglia, Marcela	Vocal 3° Titular
Spampinato, Sandra	Vocal 4° Titular
Ciampa, Agostina	Vocal 1° Suplente
Williams, Verónica	Vocal 2° Suplente
García, Diana	1° Revisor de Cuenta Titular
Laglaive, Hernán	2° Revisor de Cuenta Titular
Olmos, Romina	3° Revisor de Cuentas Titular
Abregú, Macarena	1° Revisor de Cuentas Suplente
Oudshoorn, Silvina	2° 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

60 años generando redes para la participación y el crecimiento colectivo

Andrea Fabiana Albino

Andrea Fabiana Albino

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

revistatoargentina@gmail.com

El 16 de agosto 1962, las primeras terapistas ocupacionales egresadas de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) cumplen con el mandato de sus formadoras de fundar y organizar la Asociación Nacional. Las terapistas ocupacionales inglesas que trabajaron en la creación de la carrera de Terapia Ocupacional en la ENTO, dejaron muy clara la necesidad de que existiera una asociación para que la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT, su sigla en inglés) reconociera la formación de Argentina, para luchar por el reconocimiento de la profesión en el país y trabajar por generar nuevos lugares de trabajo. En 1964 la AATO obtiene la personería jurídica, constituyéndose en una asociación civil, de carácter gremial y con interés científico.

La AATO se constituyó como un proyecto colectivo que tuvo y sostiene como propósito nuclear a los profesionales y estudiantes de Terapia Ocupacional del país, como así también defender los derechos e intereses de sus asociados.

En estos sesenta años se han producido grandes avances para la profesión que se evidencia en el crecimiento y ampliación de los campos de inserción laboral de las y los terapistas ocupacionales, los espacios de participación tanto hacia el interior del colectivo profesional como en espacios interdisciplinarios y gubernamentales.

En 1963 las colegas que organizaron la AATO colaboraron en la redacción del Decreto N°3309 que reconoce a la Terapia Ocupacional como una profesión de salud. Años más tarde, colaboran en la redacción de los artículos de la Ley Nacional 17.132/67 que regía a nuestra profesión hasta que en el 2014 tras varios años de trabajo se logra la sanción de la Ley de Ejercicio Profesional N°27051. A partir de ésta, las y los licenciadas/os, terapeutas y terapistas ocupacionales logramos la autonomía en el ejercicio profesional independizándonos de la hegemonía médica. Este es uno de los puntos centrales de la ley que tuvimos que defender cuando a través su decreto reglamentario intentaron modificarlo, y que el Poder Judicial este año falló a nuestro favor declarando los dos artículos del decreto que limitaban nuestra autonomía como inconstitucionales.

Este logro, como todos los otros que se fueron dando a través del tiempo se debe a la lucha colectiva, al compromiso de muchos colegas que trabajan mancomunadamente por el bien común, por la jerarquización de la profesión y por garantizar los derechos de todas y todos.

Desde los inicios hace 60 años hasta el presente de la AATO, se puede ver el crecimiento hacia el interior y hacia el afuera, sosteniendo siempre los mismos principios. A partir del desarrollo de la profesión en todo el territorio nacional, fue necesario que se crearan nuevas asociaciones y colegios en distintas provincias de nuestro país a quienes la AATO acompañó en su proceso de creación. Asimismo, en los últimos años se crearon seis Filiales AATO en las provincias de La Pampa, Tierra

de Fuego, Río Negro, Salta, Santa Cruz, Misiones y Formosa. Hacia el interior, la inserción laboral de las y los terapeutas en distintos campos y la necesidad de dar respuesta a nuevos desafíos, requirió la creación de comisiones de trabajo en Capítulos conformados por socios de acuerdo a sus intereses y experiencia, en este momento hay doce Capítulos: Biblioteca, Cuidados Paliativos, Ejercicio Profesional, Formación Continua, Gerontología, TO en el ámbito Escolar, TO en el ámbito Laboral, Salud Mental, TO en el ámbito Comunitario, WFOT, CLATO y Tecnologías de Apoyo. Desde el año 2015 se publica ininterrumpidamente esta Revista Argentina de Terapia Ocupacional. A su vez, la AATO continúa participando activamente a través de sus representantes en los nucleamientos de terapeutas ocupacionales nacional (Red Nacional de Terapeutas Ocupacionales), regional (Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales) y mundial (Federación Mundial de Terapia Ocupacional).

Entre sus acciones también se destaca el acompañamiento y el impulso de creación de nuevas carreras de Terapia Ocupacional en aquellas regiones donde no hay oferta académica, impulsando la articulación de las asociaciones profesionales con las universidades. Fue clave en la creación del Consejo de Carreras de Terapia Ocupacional (Co.Ca.TO) y en el acompañamiento a este, en el proceso de solicitar la incorporación de la Terapia Ocupacional en el art.43 de la Ley de Educación Superior que se logró en el año 2020 por el trabajo mancomunado de directores de carrera tanto de universidades públicas como privadas.

El compromiso con los profesionales como con los usuarios de los servicios de Terapia Ocupacional es la motivación necesaria para participar en espacios de debate, asesorar en relación a normativas nacionales, accionar para garantizar los derechos laborales de las y los colegas. En este sentido, participamos en los debates en torno a la Ley Nacional de Salud Mental y luego a través del capítulo de Salud Mental como integrantes del Consejo Consultivo Honorario; también en el desarrollo de las Directrices para la habilitación de dispositivos de Salud Mental; participamos en la pugna junto a otros prestadores del área de discapacidad por honorarios dignos. Con otros profesionales de la salud realizamos nuestros aportes al desarrollo del instrumento IODI (evaluación de pesquisa de problemas de desarrollo en niños); formamos parte de la Comisión Asesora de Profesiones de Salud de grado universitario del Ministerio de Salud de la Nación; estamos trabajando en los Marcos de Referencia para la creación de tres especialidades de TO, en esta

tarea nos organizamos con representantes de colegios y asociaciones y colegas referentes de cada área y de las Residencias de TO. Los capítulos de Gerontología, TO en el ámbito escolar y TO en el ámbito laboral organizan cada año una jornada que reúne a colegas del campo a compartir sus experiencias. Desde el área científica, se promueve la capacitación continua a través de cursos y jornadas que dictamos, como así también se comparten y difunden otras capacitaciones. La AATO acompaña la difusión de la producción nacional a través de las acciones del capítulo de Biblioteca, además de generar publicaciones propias. Fue sede de dos Congresos Nacionales de TO y acompaña en la organización a otras asociaciones y colegios que son sedes. Los congresos se realizan desde el año 1985 y en el VIII Congreso en el año 2011, se instituyó el premio *AATO Liliana Canulli* con el objetivo de reconocer a las y los colegas que con su compromiso han contribuido al crecimiento de la profesión desde su participación en las organizaciones, ya sea en el desarrollo de actividades científicas, gremiales y/o de investigación.

El 2020 nos atravesó, al igual que al mundo, la pandemia por Covid-19, nos presentó un gran desafío acompañar la incertidumbre para el ejercicio de la profesión y repensar nuestro rol en estos tiempos. Nuestro cotidiano se vio modificado desde distintos aspectos, fue un año de mucho aprendizaje entre luchar por el derecho al trabajo de colegas, armar protocolos para brindar servicios de TO de manera presencial, posicionarnos ante la necesidad de los usuarios que se sostuvieran servicios a través de la tecnología, aprender a usar herramientas para la atención virtual, poner accesibles esas herramientas a quien las necesitara y, mientras transitamos la pandemia, dar lugar a la reflexión y poder conceptualizar estas vivencias.

Estas son algunas de las tantas acciones que venimos realizando desde la asociación. Quienes la conformamos estamos convencidos que la profesión la construimos entre todas y todos y que las transformaciones y el crecimiento son colectivos.

Participar de AATO nos permite reflexionar, analizar y realizar acciones concretas en beneficio de todo el colectivo profesional y para el crecimiento de la TO en todos los campos en los que se inscribe.

El espíritu sigue siendo el mismo que hace sesenta años, construir una Terapia Ocupacional comprometida con la realidad que nos toca transitar. A cada uno que aporta desde su tiempo hasta su saber, sin recibir nada a cambio más que la satisfacción de los logros alcanzados para todas y todos, ¡gracias! ■

Cómo citar esta editorial:

Albino A.F. (2022). 60 años generando redes para la participación y el crecimiento colectivo. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(1), 3-4.

Este año estamos cumpliendo 60 años y desde el Comité Editorial de la RATO queremos unirnos a los festejos con el reconocimiento a las y los terapeutas que presidieron la Comisión Directiva de la asociación con el correr de los años y así hacer extensivo este reconocimiento a todas y todos los que formaron y forman parte activa de la AATO para que este sea nuestro presente.

- | | | |
|---|---|---|
| 1962: Presidenta: Carmen Forn de Zita,
Vicepresidenta: María Rosa Carnevale | 1984-1986: Presidenta: Liliana Sbriller,
Vicepresidenta: Nora Greco | 2000: Presidenta: Magali Risiga,
Vicepresidenta: Viviana Barletta |
| 1964 - 1969: Presidenta: Victoria Toscano,
Vicepresidenta: María Rosa Carnevale | 1986: Presidenta: Nélide Suárez,
Vicepresidenta: Gladys López de Lattes | 2002: Presidenta: Mirta Monza,
Vicepresidenta: Marta Doemer |
| 1970: Presidenta: Mireya Sartor,
Vicepresidenta: Alicia Portela | 1987: Presidenta: María Rita Martínez Antón,
Vicepresidenta: María Antonia Urruti | 2004: Presidenta: Mirta Monza,
Vicepresidenta: Elizabeth Gómez Mengelberg |
| 1971: Presidenta: Mónica Kraepelin,
Vicepresidenta: María Rosa Carnevale | 1988: Presidenta: María Rita Martínez Antón,
Vicepresidenta: María Antonia Urruti | 2006: Presidenta: Sara Daneri,
Vicepresidenta: Elizabeth Gómez Mengelberg |
| 1972: Presidenta: Alicia Torre,
Vicepresidenta: Alicia Portela | 1989: Presidenta: Ana María Papiermeister,
Vicepresidenta: Alicia Portela | 2008: Presidenta: Sara Daneri,
Vicepresidenta: Elizabeth Gómez Mengelberg |
| 1973: Presidenta: Victoria Toscano,
Vicepresidenta: Alicia Portela | 1990: Presidenta: Ana María Papiermeister,
Vicepresidenta: Araceli López | 2010: Presidenta: Laura Pérez,
Vicepresidenta: Sara Daneri |
| 1974: Presidenta: Marta Suter,
Vicepresidenta: Nora Greco | 1991: Presidenta: Ana María Papiermeister,
Vicepresidenta: Araceli López | 2012: Presidenta: Laura Pérez,
Vicepresidenta: Sara Daneri |
| 1975: Presidenta: Silvia Pontoriero,
Vicepresidenta: Nora Greco | 1992: Presidenta: Ana María Papiermeister,
Vicepresidenta: Araceli López | 2014: Presidenta: Sara Daneri,
Vicepresidenta: Diana García |
| 1976: Presidenta: Silvia Pontoriero,
Vicepresidenta: Elena Isla | 1993: Presidenta: Ana María Papiermeister,
Vicepresidenta: Marta Suter | 2016: Presidenta: Andrea Albino,
Vicepresidente: Marcelo Esper |
| 1977: Presidenta: Mónica Chausovsky,
Vicepresidenta: Lilian Kohan | 1994: Presidenta: Ana María Papiermeister,
Vicepresidente: Roberto González | 2018: Presidenta: Andrea Albino,
Vicepresidenta: Andrea Villagra |
| 1978: Presidenta: Mónica Chausovsky,
Vicepresidenta: Beatriz Herman | 1996: Presidenta: Ana María Papiermeister,
Vicepresidenta: Susana Mango | 2020: Presidenta: Andrea Albino,
Vicepresidenta: Andrea Villagra |
| 1979: Presidenta: Ema Battaini,
Vicepresidenta: Mónica Chausovsky | 1998: Presidenta: Sandra Piazza,
Vicepresidente: Carlos Luna | |
| 1980-1984: Presidenta: Ema Battaini,
Vicepresidenta: Marta Suter | | |



Comité Editorial

Comité Editorial

revistatoargentina@gmail.com

En la sección artículos, las autoras Viviana Carolina Ortega Daza, Danae Francesca Valenzuela Cisternas y Ximena del Carmen Porrás Araneda, en **Estallido Social en Chile 2019: motivaciones para la participación ocupacional de personas movilizadas** investigan un fenómeno social acontecido en ese país en el que se desarrollan una serie de manifestaciones con importante continuidad en el tiempo. Desde la mirada de la ocupación y como parte de la vida cotidiana consideran los sentimientos y estímulos que conllevan a la participación ocupacional en las movilizaciones.

Sharon Filigrana-Santa, Melania Satizabal-Reyes y Diana Marcela Ortíz-Quiroga, trabajan en su artículo denominado **“Personas con discapacidad psicosocial: explorando sus motivaciones para participar de un grupo”**, sobre las motivaciones de personas con discapacidad psicosocial en Santiago de Cali, Colombia, que asisten a un grupo denominado “Mentalmente Sanos”. Las autoras describen los resultados de un estudio cualitativo que realizaron sobre los intereses, los valores y la causalidad personal de este grupo. Se plantean dos ejes de análisis, uno en torno a la modalidad de abordaje del grupo y el otro, al tránsito por el grupo como forma de reconocimiento y construcción de ciudadanía.

Las autoras Gabriela Rodríguez Canitrot y Sandra Nieto Ramírez, en su artículo **Enfermedades cardiovasculares en el contexto de un Hospital General de Agudos: enfoque desde Terapia Ocupacional para la promoción y prevención**, realizan un estudio que realizaron en pacientes atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín, acerca de sus Factores de Riesgo Cardiovascular. A partir de los resultados del estudio, realizan una lectura sobre la pertinencia de la intervención de Terapia Ocupacional en la prevención de estos factores de riesgo, y en el compromiso de la disciplina con la promoción de la salud en la comunidad en general.

En el artículo **“Valoración funcional de diferentes tipos de almohadones en usuarios de silla de ruedas con lesión medular”**, Eugenia Cautere realiza un estudio para determinar la funcionalidad de diferentes modelos de almohadones de silla de ruedas en personas con diagnóstico de lesión medular. El escrito es novedoso a nivel nacional y de relevancia para la comunidad profesional, en relación a brindar evidencia que mejore el razonamiento clínico y prescripción de estos dispositivos.

Las autoras Daniela da Silva Rodrigues, Geysa Leite de Sousa y Marina Batista Chaves Azevedo de Souza realizan una revisión bibliográfica denominada **Terapia ocupacional en el proceso de rehabilitación profesional en Brasil**. En este artículo se presenta el registro de las múltiples intervenciones de la disciplina en el área, considerando los aspectos tenidos en cuenta para el trabajo como las distintas etapas de intervención y las posibilidades de construcción de estrategias de rehabilitación y recalificación conjuntas con los trabajadores.

En la sección Ensayos, El Lic. Andrés Iván Bassi Bengochea, escribe **Sobre las Terapias Ocupacionales del Sur y su configuración como infancias disciplinares**. El autor hace una profunda reflexión sobre las Terapias Ocupacionales del sur en tanto perspectivas y praxis situadas, las trae al debate, articula y dialoga con diversos autores de las ciencias humanas y sociales. Desde este lugar aparece la mención de “infancias disciplinares” como categoría y sus diversos aspectos de análisis.

Encontramos en la sección TO investiga un estudio realizado como trabajo final de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina denominado: **Los dispositivos de inclusión sociolaboral como ámbitos de producción de cuidado**. Sus autores Maira

Bacon, Luciano Bartoli, Sabrina Falico, Salomé Imoberdoff y Natalia Yujnovsky hacen foco en los dispositivos sociolaborales como espacios que producen cuidado y lazos sociales, basados en la vida en comunidad y el derecho al trabajo.

Valeria Natividad Almirón nos aporta la **reseña del libro Esenciales en debate. Las ciencias de la salud en clave histórica. Profesionalización, Estado, actores e intervenciones** de Adrián Cammarota y Daniela Testa, compiladores en una edición de Imago Mundi 2021, consta de 238 páginas y diez capítulos. Almirón lo describe como una contribución novedosa al campo de la historia social de la salud y la enfermedad en Argentina en el que se desentraman la idea del **Esencial**: maestras, profesionales socio-sanitarios y diversos actores. ●

Estallido social en Chile 2019: motivaciones para la participación ocupacional de personas movilizadas

2019 Social Outbreak in Chile: motivation for the occupational participation of mobilized people

Viviana Carolina Ortega Daza | Danae Francesca Valenzuela Cisternas | Ximena del Carmen Porras Aranedá

Viviana Carolina Ortega Daza

Terapeuta Ocupacional y Licenciada en Ciencia de la Ocupación Humana, Universidad de Playa Ancha, Chile. Diplomada en Salud Familiar y Comunitaria.

viviana.ortegadaza@gmail.com

Danae Francesca Valenzuela Cisternas

Terapeuta Ocupacional y Licenciada en Ciencia de la Ocupación Humana, Universidad de Playa Ancha, Chile.

danaevalenzuelacisternas@gmail.com

Ximena del Carmen Porras Aranedá

Terapeuta Ocupacional y Licenciada en Ciencia de la Ocupación Humana, Universidad de Chile. Magister en Educación Superior Universidad Andrés Bello. Diplomada en Políticas Públicas, Discapacidad y Derechos Humanos. Académica de la Universidad de Playa Ancha.

toporras@gmail.com

Resumen

El 18 de octubre de 2019 ocurre en Chile el fenómeno social más importante en las últimas décadas denominado Estallido social, el cual hizo partícipe a gran parte de la ciudadanía que se expresó en una serie de manifestaciones durante meses. Por el alcance de estas movilizaciones y la continuidad en el tiempo, esta ocupación pasó a formar parte de la vida cotidiana de las personas participantes, que comenzaron a incluir en su rutina diaria las actividades propias del movimiento social. Como terapeutas ocupacionales nos pareció oportuno y relevante abordar este tema, aportando desde la mirada disciplinar al conocimiento y análisis de las motivaciones que llevan a las personas a movilizarse, las que dan cuenta de una serie de elementos políticos, sociales e históricos que desarrollaremos en este estudio que incluyó a personas movilizadas de las regiones de Valparaíso y Metropolitana. Es así entonces, que respecto de las **motivaciones** para la participación ocupacional en las movilizaciones, aparecen las demandas del movimiento, la rabia y la injusticia que vive la ciudadanía. Y como parte del análisis se profundiza en la **importancia** que las personas manifestantes le dan a su participación ocupacional, y los **sentimientos** asociados a la misma.

Palabras clave: motivación, ocupación, movimiento social.

Abstract

On October 18, 2019, the most important social phenomenon in the last decades called Social Outbreak occurs in Chile, which involved a large part of the citizenry who expressed themselves in a series of demonstrations for months. Due to the scope of these mobilizations and the continuity over time, this occupation became part of the daily life of the participants, who began to include the activities of the social movement in their daily routine. As Occupational Therapists it seemed appropriate and relevant to address this issue, contributing from the disciplinary perspective to the knowledge and analysis of the motivations that lead people to mobilize, which account for a series of political, social and historical elements that we will develop in this study that included mobilized people from Valparaíso and Metropolitan regions. It is thus then, that regarding the motivations for occupational participation in the mobilizations, the demands of the movement, the anger and the injustice experienced by the citizens appear. And as part of the analysis, the importance that the protesters give to their occupational participation, and the feelings associated with it, is deepened.

Keywords: motivation, occupation, social movement.

Introducción

Chile, país de más de diecinueve millones de habitantes con una diversidad en recursos naturales y culturales, una estabilidad social y un modelo económico admirable, hacían poco probable un cuestionamiento tan radical al sistema de parte de la ciudadanía.

Por varias décadas Chile arrastraba el calificativo de ser el Jaguar de América Latina, apelativo que comparaba la creciente economía del país con la de países orientales como Hong Kong y Corea del Sur. En el año 2019, en medio de diversos conflictos sociales que sostenían países de Latinoamérica, el Presidente de la República Sebastián Piñera (2019, citado en Meganoticias, 2019) declaraba: “en medio de esta América Latina convulsionada veamos a Chile, nuestro país, es un verdadero oasis, con una democracia estable, el país está creciendo”. Es así como esta expresión, y otras como un Ministro de Educación que sugería a los apoderados hacer bingos para las reparaciones en las escuelas, alimentaron poco a poco un malestar contenido en gran parte de la sociedad, reflejándose que tanto la máxima autoridad del país, como autoridades de gobierno y parlamentarios, se encontraban ajenos a la realidad desigual del pueblo chileno.

En el año 2012, un estudio realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo titulado La Protesta Social en América Latina, señala que en países más desiguales y con menor capacidad institucional para procesar conflictos, hay más protestas sociales que involucran violencia y enfrentamientos con la policía. En este informe se describió a Chile como un país de pocos conflictos sociales, no tanto por la ausencia de necesidades y demandas, sino por la débil capacidad de movilización de los actores sociales (Calderón *et al.*, 2012). A partir de octubre de 2019, la sociedad chilena se enmarcó en sostenidas movilizaciones sociales que dieron cuenta de un agotamiento por las injusticias que por años han sufrido las personas de niveles socioeconómicos medios y bajos, principalmente, como consecuencia de deficientes políticas públicas, baja representatividad, y falta de probidad de la clase política.

Este momento histórico recibió diversas nominaciones en los medios de comunicación nacional e internacional, entre ellos: crisis social, Chile despertó, o la revolución de los 30 pesos. Sin embargo, el nombre que trasciende, y el más usado por las personas entrevistadas es el de Estallido social, razón por la cual se utilizará en este estudio. Así entonces, la presente investigación buscó conocer y analizar esta movilización social, la más importante de los últimos treinta años, desde la óptica de la Terapia Ocupacional, a través del análisis de la participación ocupacional y las motivaciones de las personas movilizadas, realizada por investigadoras chilenas entre octubre del 2019 y agosto del 2020.

Cabe señalar que para Crepeau *et al.* (2003, citado en American Occupational Therapy Association, 2010), la **ocupación** se define como aquellas actividades diarias que reflejan valores culturales, proveen estructura de vida y significado a los individuos, permitiendo la participación en la sociedad.

La ocupación posee un significado que alude al valor personal que se le otorga y se construye en base a las experiencias que se acumulan a lo largo de la vida, siendo el afecto y la subjetividad de la persona las que le otorgan este sentido; al mismo tiempo este significado manifiesta la presencia de un contenido simbólico colectivo, que se construye a partir de la cultura y los procesos de socialización, brindando a la persona la posibilidad de desempeñar un rol dentro de una sociedad (Alvarez *et al.*, 2007).

Las ocupaciones humanas ocurren como parte de nuestra cotidianidad, en relación con una serie de elementos y características físicas, sociales, culturales, económicas, y políticas que a su vez las constituyen, generando e impactando en la motivación de los sujetos por participar. El entorno puede brindar o negar oportunidades de participación ocupacional en la persona, es decir, “la relación entre la persona y el ambiente es dialéctica” (Kielhofner, 1995, citado en De las Heras de Pablo, 2015, p. 46), por lo que los individuos siempre buscarán ambientes que faciliten su participación. Dicho de otro modo, la ocupación ocurre en tanto existen oportunidades de participación ocupacional, y estas serán a su vez, las que se constituyan en espacios de participación para que la ocupación ocurra.

Otro concepto relevante para esta investigación es el de **ocupaciones colectivas**, que comprende a las personas no como sujetos individuales o con ocupaciones individualizadas, sino que como sujetos colectivos. Simó (2016, citado en Palacios, 2017), haciendo referencia a las ocupaciones colectivas como un espacio para la construcción de una sociedad basada en Derechos Humanos y la sostenibilidad, enfatiza el valor de la cultura y la diversidad transcultural, que implica entender las ocupaciones desde esta mirada, relevando el protagonismo social y político de las mismas. En consideración a ello, podemos decir que las ocupaciones colectivas son llevadas a cabo por colectivos en situaciones cotidianas, pudiendo reflejar pertenencia, interacción y cohesión (Ramugondo y Kronenberg, 2013, en Palacios, 2017). Lo anterior es precisamente lo que ocurre en el movimiento social de 2019, donde una parte de la ciudadanía se une a manifestar sus opiniones y necesidades.

Desde esta mirada, entenderemos la ocupación como totalidad, lo que en palabras de Guajardo (2011, citado en Palacios, 2017) implica que “somos ocupación, es decir, existe un campo de relaciones sociales que producen la realidad y a los sujetos, ese campo, es histórico, concreto y situado” (p. 33).

Otro elemento a desarrollar corresponde a la **motivación** que para Abad y Sánchez (2013) es una de las cualidades humanas más importantes para la vida, dado que el hacer conforma un encadenamiento motivacional que estructura la vida diaria y aporta significado a la existencia humana.

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO), según De las Heras de Pablo (2015), considera a la motivación como una característica propia del ser humano y que constituye un factor intrínseco que explica el deseo innato de las personas por explorar el ambiente que les rodea. El constructo teórico de la motivación, o también llamado volición por la ocupación, está definido por tres aspectos que corresponden a los intereses, los valores y la causalidad personal, los cuales explicarían los motivos por participar en ocupaciones por parte de las personas, el porqué de sus decisiones y elecciones de acción. Los intereses responden al sentido de placer o satisfacción que otorga el hacer, los valores se entienden como aquello que los individuos consideran importante, con sentido de compromiso en el hacer, y por último, la causalidad personal que corresponde al sentido y la percepción propia acerca de la capacidad y eficacia en el hacer.

La ocupación motivadora es característica central de una narrativa ocupacional que despierta pasiones o sentimientos profundos y en ella emergen todas las dimensiones de la volición. Como indica Kielhofner *et al.* (2011) sobre la construcción de la vida ocupacional, la necesidad por participar en ocupaciones proporciona significado a la vida, y dicho significado deriva de las experiencias al realizar las ocupaciones, las normas y valores socioculturales, y la narrativa de vida de quien la realiza. Las personas se motivarán y comprometerán en sus ocupaciones cuando logran un resultado particular en esa narrativa.

Ann Wilcock (1998, citado en Abad y Sánchez, 2013) destaca la necesidad humana por ocuparse, incluyendo la satisfacción de sus necesidades básicas, productivas y creativas. En ese sentido refiere lo interesante que es observar el sinfín de actividades significativas que podemos llegar a hacer las personas, y de qué manera se explican las razones que nos llevan a mantener esa ocupación. ¿Por qué las personas se empeñan a realizar alguna actividad cueste lo que cueste?, ¿de dónde sacan las ganas o energías las personas para realizar una gran cantidad de actividades diarias?, ¿qué mueve a las personas a asistir a una manifestación?, ¿qué les lleva a persistir, mantenerse y volver una y otra vez a pesar de los obstáculos con que se encuentren? Pues bien, de eso se trata la motivación humana por la ocupación y eso es lo que quisimos explorar en esta investigación.

Para entender el fenómeno de la ocupación de la persona manifestante o movilizadora, es necesario conocer el contexto histórico en el cual ocurre.

Estallido social y los hechos más relevantes

La molestia y descontento acumulado hace ya varias décadas daban cuenta de una serie de protestas que reflejaban demandas representativas de distintos sectores, pero nunca se había dado un movimiento único y transversal como ocurre con el Estallido social.

Este descontento fue descrito por Gabriel Salazar (2019, citado en Fauré, 2019) como una caldera social que aumentaba su presión, la ciudadanía “no tenía forma de canalizar su expresión por una vía institucional. No hay mecanismos por donde la ciudadanía pueda expresarse, organizadamente, frente al sistema para cambiarlo”. Bastaba entonces una señal cualquiera para que la explosión se produjera.

Los hechos se pueden describir cronológicamente a partir del día 7 de octubre cuando se registra la primera evasión masiva del pago del transporte público, específicamente la red subterránea (Metro de Santiago), protagonizada por estudiantes secundarios y luego apoyadas por diversos sectores de la ciudadanía. Ante la repetición de estos hechos, el gobierno criminaliza la protesta desencadenando mayor molestia en la sociedad que observaba las evasiones como un acto de protesta legítima.

La situación se agrava el día viernes 18 de octubre, cuando se detuvo el servicio de Metro de Santiago, por serios enfrentamientos de la ciudadanía y las fuerzas policiales, ante lo cual el gobierno reacciona interponiendo querrelas por delitos ante la Ley de Seguridad Interior del Estado contra quienes resulten responsables de haber cometido daños (CNN Chile, 2019). El día sábado 19 de octubre, el Presidente Sebastián Piñera declara Estado de emergencia y toque de queda para la provincia de Santiago, situación que con el transcurso de los días se extiende para quince de las dieciséis capitales regionales.

La declaración de Estado de emergencia no generó la calma esperada sino que exacerbó los enfrentamientos. La presencia de contingente militar en las calles generó pánico y molestia en la población. A pesar de que se anunció suspender el alza de transporte para la capital de la nación, las manifestaciones continuaron por todo el país.

Es así que luego de semanas de manifestaciones donde la represión por parte de agentes del Estado deja numerosas personas detenidas, lesionadas de trauma ocular y fallecidas, el foco comienza a ponerse en la Constitución Política de la República, que fue escrita en 1980, período de Dictadura, que para la ciudadanía es la que origina las desigualdades que levanta el movimiento.

El día 6 de diciembre luego de negociaciones de parlamentarios de gobierno y oposición, y representantes de partidos políticos, se firma un acuerdo nacional denominado

Acuerdo por la paz social y una nueva Constitución, determinando un plebiscito en abril de 2020 para iniciar un proceso constituyente.

Respecto a la manifestación, Charles Tilly (2002, citado en Tricot, 2012) describe el repertorio de acción colectiva como “un conjunto limitado de rutinas aprendidas, compartidas y actuadas a través de un proceso de elección relativamente deliberado” (p. 2). Estas acciones colectivas son las que se conocen como formas de manifestación donde Chile históricamente había mostrado diversas maneras para hacerse escuchar pacíficamente, es así que en el movimiento actual se destacan caceroleos, marchas, manifestaciones de barrio y en lugares icónicos del territorio nacional, entre otras.

En relación a lo anterior es que este movimiento permitió que una ciudadanía diversa se manifestara considerando sus motivaciones, rutina y causalidad personal, dando cuenta que el Estallido social fue un hecho transversal que llevó a las personas a participar de manera cotidiana, haciendo esta ocupación parte de su diario vivir, y generando con ello una serie de relaciones, significados individuales y colectivos, prácticas y experiencias dignas de conocer y analizar desde el estudio de la ocupación humana.

Método

Para efectos de esta investigación, consideramos los acontecimientos ocurridos hasta los primeros días de marzo de 2020, fecha en que Chile inicia el confinamiento por la pandemia de COVID-19.

El diseño de esta investigación cualitativa fue de carácter exploratorio, mediante un muestreo no probabilístico e intencionado de nueve personas chilenas residentes en las regiones de Valparaíso y Metropolitana. Dichas regiones fueron seleccionadas por su representatividad del fenómeno de estudio y la cercanía geográfica entre ambas.

Las personas entrevistadas fueron voluntarias y cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser de nacionalidad chilena, mayores de dieciocho años, residir en las regiones de Valparaíso y/o Metropolitana, participar activa y regularmente en movilizaciones y no encontrarse afiliadas a alguna institución, organización o gremio que pudiese condicionar su asistencia.

Las implicancias éticas consideraron el respeto y resguardo de la confidencialidad y privacidad de las personas participantes, lo que fue respaldado por un consentimiento informado.

Como técnica de recolección de datos se utilizaron entrevistas de tipo semiestructuradas, las que luego fueron transcritas para realizar un análisis de contenido. Este proceso derivó en determinar temas en común para posteriormente ordenarlos y clasificarlos en categorías y subcategorías.

Resultados

Como resultado del proceso de investigación emergieron tres categorías, una de las cuales a su vez se divide en tres subcategorías. Las que se presentan a continuación.

Categoría 1: motivaciones para la participación ocupacional en las movilizaciones.

Esta categoría de análisis reúne aquellos relatos que hacen referencia a lo que, según las personas entrevistadas, les motivan a participar en esta ocupación, es decir, los argumentos que sostienen la elección ocupacional y el compromiso para mantenerse de forma activa en el desempeño de las actividades y roles asumidos en dicho contexto. Se sabe que la participación ocupacional se fundamenta en un deseo o motivación que toma dos formas que operan en paralelo, por una parte, como motivaciones que se entrelazan a la historia personal, y, a su vez, como motivaciones colectivas que son parte de un movimiento donde gran parte de la sociedad hoy pide cambios.

Un elemento central del análisis es que las personas entrevistadas señalan que en todo momento eran capaces de sentir y pensar sobre su actuar, reconociendo que su participación ocupacional en la movilización era importante. Como señala el MOHO, el ambiente social reúne a las personas con el propósito de desarrollar metas en común, y en este sentido, la oportunidad que les otorgó el movimiento social de octubre se relaciona con el poder influir y hacer cambios profundos sobre el ambiente, además de una búsqueda constante de su sentido de logro que se expresa tanto individual como colectivamente. Para Ramugondo y Kronenberg (2013, en Palacios, 2017), en las ocupaciones colectivas se unen las personas con un propósito común de bienestar para todas, que en este caso corresponde justamente a la justicia social, a la posibilidad de una igualdad de oportunidades sin condiciones de clase socioeconómica y la mejora de un sistema que involucra un todo y que no es beneficioso.

Ocuparse motivadamente, como lo mencionan Kielhofner *et al.* (2011), implica un sentimiento profundo, un sentido de deber, de compromiso y de perseverancia, y esto conduciría a una participación regular en el tiempo, así mismo se relacionaría con una comunidad de personas que comparten dicha ocupación motivadora.

En otras palabras, las personas entrevistadas destacan que en sus motivaciones existían sentimientos como rabia de ver un país con desigualdades, pero también esperanza de poder construir un país con más equidad y que ellos puedan formar parte de esos cambios, es lo que implicaba la perseverancia en su participación ocupacional.

Dada la cantidad de información de esta categoría, generó tres subcategorías descritas a continuación.

Subcategoría 1.1: demandas del movimiento

Esta subcategoría alude a las motivaciones por cambios políticos, sociales y económicos que las personas exigen a las autoridades de gobierno, demandas que representan los ci-mientos del Estallido social.

El MOHO, respecto al ambiente, declara que este conjunto de características físicas, sociales, económicas y políticas impac-tan en la motivación, la capacidad de desempeño y la habitua-ción de las personas (De las Heras de Pablo, 2015). Pues bien, de acuerdo a los relatos de las personas entrevistadas este am-biente ha sido muy determinante en su motivación influyendo de manera considerable en la elección y permanencia como participante del movimiento, puesto que de acuerdo a sus re-latos señalan que viven en un sistema que presenta desigual-dades en materia de salud, pensiones, educación, medioam-biente, vivienda, entre otros. En este sentido podemos recoger los siguientes relatos: *“es un todo, es la educación que está mal, es el sistema de salud que está mal, es el sistema de pensiones, personas de tercera edad que viven en condiciones indignas, las AFP”*; *“creo que hablar de las motivaciones personales es un poco hablar de la motivación generales de todo lo que fue el Estallido social, porque tenemos la desigualdad, la pobreza, el poco acce-so a la salud pública (...) a la educación pública”*.

Las personas entrevistadas expresan que se vive en un endeudamiento constante, por ejemplo quienes estudian en la universidad, deben pagar créditos altísimos por ello, sumado a los gastos básicos de vivienda, alimentación, salud, etcéte-ra, en un escenario donde los salarios no logran cubrir todos los gastos básicos llevando a dicho endeudamiento. Sumado a eso, cuando las personas se jubilan, pese a que hayan co-tizado en las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) durante toda su vida laboral, ven reducidos sus ingresos y vuelven a caer en más endeudamiento. Una de las personas entrevistadas señala: *“probablemente mi pensión sea indigna, no me va a alcanzar para vivir, no me alcanza para comprarme una casa, para tener lo básico cubierto (...) la vivienda no la tengo cubierta, los servicios básicos tengo que pagarlos, tengo que pagar luz, tengo que pagar agua”*.

Vemos en tanto, que la motivación no es observable a simple vista sino a través de las conductas de las personas, y a su vez, esta le da sentido y significado a la misma. Por otra parte, esta categoría no se explica como un fenómeno individual, sino que colectivo y social también, como refiere una persona: *“tengo todo, pero cuando esto no es para todos, deja de ser un derecho y pasa a ser un privilegio, y yo no vivo de privilegios, lo que yo tengo debiese ser para todos, eso es lo que me mueve a mí”*.

Subcategoría 1.2: sentimiento de rabia

Esta subcategoría alude a la motivación relacionada con el sentimiento de ira manifestado por las personas entrevistadas,

dirigiendo esa rabia hacia una ocupación con sentido. Algunos de los relatos señalan: *“yo creo que el estallido surge desde un acumular rabia”*; *“mi motivación en realidad era como ver, ojala ver algún día un cambio, igual esto da rabia por la sociedad en la que vivimos, por la política, por los pacos, por la violencia”*.

En la cronología del Estallido social, se destacaron una serie de frases declaradas previas a este movimiento por auto-ridades de gobierno, catalogadas por la prensa y analistas políticos como muy desafortunadas, entre ellas el llamado a levantarse temprano para optar a una rebaja en la tarifa del transporte público, el llamado a comprar flores a los románti-cos porque era el único elemento que había bajado su precio en ese mes, o los dichos acerca de que las personas van a los centros de salud temprano más que por una atención médica, por una reunión social que allí se generaría, pese a que en ese momento se reclamaban largas filas y demoras de atención en el sistema público de salud. Todas estas situaciones fueron catalogadas por la ciudadanía como una desconexión de la clase política hacia ella y una grave falta de empatía y con-ciencia social. Uno de los relatos señala: *“cómo no te va a dar rabia esa injusticia cachai, esa falta de humanidad en las polí-ticas públicas, y de ahí empezai a sumar, es una bola de nieve, hay tanto para tener rabia”*.

Como describió Gabriel Salazar (2019, citado en Fauré, 2019), el descontento de las personas fue una caldera social que au-mentó su presión, donde no existía forma de expresar la rabia por una vía institucional o por mecanismos que permitieran hacer un cambio en el sistema; por lo cual, ante la oportu-nidad abierta para manifestar la rabia y exigir de inmediato cambios, las personas entrevistadas participaron ocupacio-nalmente de manera comprometida, experimentando la ocu-pación como una vía para expresar esta rabia acumulada. Una persona relata: *“Mis motivaciones eran (...) yo creo que las mis-mas que todas las personas que se movilizaban, básicamente era como la rabia acumulada”*.

Cabe señalar también que si bien este sentimiento de rabia se describe en el presente, hay variadas alusiones a que se carac-teriza por ser histórico y transgeneracional, y que se viene acu-mulando desde la época de la Dictadura Militar (1973-1990). Algunos entrevistados rememoran en primera persona estas experiencias vividas como parte significativa en su historia de vida, de un familiar o cercano, o bien se refieren a este hecho como relevante de mencionar porque en sus pensamientos, la contingencia actual del país se construye desde este episodio doloroso, que a su juicio, instauró una Constitución injusta para gran parte de la sociedad chilena y que durante años el Estado no ha sido capaz de reparar. En este sentido, encontra-mos el siguiente relato: *“el estallido surge desde un acumular rabia, desde lo que ocurrió en la Dictadura, es algo que jamás se resolvió y ahí también hay hartas como heridas abiertas en gran parte de la sociedad”*.

Subcategoría 1.3: injusticia

La subcategoría injusticia refiere los motivos que enfatizan la desigualdad social presente en el país. Fundamentando que el Estallido social aparece en un momento donde los ciudadanos están cansados de vivenciar inequidad y que día a día suman nuevas situaciones de injusticias, una persona entrevistada expone: *“la mayoría de la gente sintió esta necesidad de salir a manifestarse, yo creo que por una seguidilla de situaciones que habían ocurrido de injusticia, de desigualdad que era súper visible”*.

De acuerdo con lo señalado por el MOHO, el ambiente es capaz de brindar o negar oportunidades (De las Heras de Pablo, 2015), que en relación con los relatos de las personas entrevistadas es en esta negación que los individuos viven, que no les permite una participación ocupacional plena y satisfactoria en sus vidas.

Así vemos como testimonios refieren: *“tenemos que tener un país donde la igualdad y la equidad llegue de todos, no de limosnas, no de eslogan, sino que, de justicia social, eso es lo que a mí me mueve y me ha movido siempre”*; *“y lo que uno quiere en realidad es una sociedad más justa, más igual, que los beneficios sean para todos, que no exista tanta burocracia (...) y que podamos vivir en un país que sea mejor”*.

Lo anterior es fundamentado por Kronenberg y Ramugondo (2013, en Palacios, 2017) que señalan que la cohesión social se orienta hacia el bien común; por lo cual, las ocupaciones colectivas serían el medio para lograr justicia ocupacional, definida como:

La oportunidad equitativa y recursos para facilitar el compromiso de la gente en ocupaciones significativas. El término incluye la promoción de condiciones socioeconómicas y políticas para que las personas puedan participar en el hacer, ser y llegar a ser. Se trata de que las personas consigan cambiar las situaciones de injusticia y conseguir su derecho a la ocupación, a conseguir los recursos necesarios para la participación ocupacional suficiente para satisfacer las necesidades personales y la plena ciudadanía. La justicia ocupacional nace para reflejar la creencia de que las sociedades deben proporcionar oportunidades para las personas a participar en ocupaciones significativas que les permitan desarrollar su potencial y participar en sus comunidades. (Moro, 2019, p.53)

Es necesario mencionar que en la mayoría de los relatos nuevamente la Dictadura Militar se mencionó como un período que marcó importante y negativamente en el país y que en gran medida las decisiones tomadas en esta parte de la historia, hace más de cuarenta años, siguen hoy presentes en la sociedad; tal como expresa el siguiente relato: *“nos dimos cuenta que todas estas injusticias venían en base a una Consti-*

tución que fue hecha durante Dictadura, que favorecía mucho a un mundo empresarial, que hacían de Chile un laboratorio neoliberal, entonces, pensamos que esta era una oportunidad de cambiarlo”.

Categoría 2: importancia de la participación ocupacional en las movilizaciones

Esta categoría refleja por qué las personas consideraban significativa su participación. El valor y el significado lleva a las personas a transformar su participación voluntaria en un compromiso trascendental del cual no podían excluirse; en palabras de personas entrevistadas se distinguen: *“Tremendamente importante. Todo suma, soy un ser humano, un chileno que (...) claro, también tiene que luchar como luchan todos, no me podía abstraer de esto, tenía que estar en la calle donde tenía que estar, tenía que estar gritando, tenía que estar apoyando en realidad, todo lo que para mí era convincente”*; *“era muy importante, o sea, de partida ya pensar que ha sido las movilizaciones más masivas desde los setenta, es un hecho histórico y que había que ser parte en el fondo, este no era un tipo de movilización en que uno se la podía dejar a otras personas que se movieran por uno”*.

La importancia se vincula a la participación en su forma concreta de estar en las calles, en las formas de participación como marchas, en actividades propias de éstas como el estar gritando, y el rol de ser parte de una de las movilizaciones más masivas en las últimas décadas en Chile y que implicó la adhesión de gran parte de la población sin colores políticos ni exclusiones socioeconómicas, y que por sobre todo el movimiento social no se debilitará por una escasa participación de las personas en general; en esta idea una persona señala: *“yo como persona individual, muchos piensan como “ah, uno más, uno menos”, pero si yo no voy era, no sé, una persona menos gritando y así muchos más funcionan en base a esa lógica, y así van como muriendo las movilizaciones, entonces yo sentía que era importante por eso”*.

Por otra parte, para las personas era importante exigir cambios, justicia social y Derechos Humanos, pero por sobre todo la igualdad de éstos para la sociedad chilena; por lo tanto, las personas revelan el carácter colectivo que tuvo el movimiento donde se reúnen y expresan sus descontentos contra el sistema país no sólo desde la interioridad de sus motivaciones sino que también, desde la necesidad de luchar por otras personas; algunos relatos dan cuenta: *“para mí era muy importante, porque yo pienso que para conseguir algo como colectividad es, importante que cada uno sea consciente de la importancia de su participación”*; *“creo que esa fue la gran importancia, que la gente se dio cuenta que era gente marchando, no había ninguna bandera de ningún color en particular no había nada, sino que solamente era gente exigiendo sus derechos y eso es bien significativo”*. Así mismo, el exigir derechos

va estrechamente de la mano con el conocer la institucionalidad del país, sus políticas, carta magna o leyes, reflejándose que no fue una participación que se podía tomar ligeramente, sino que debieron instruirse y debatir en todas las temáticas necesarias para resolver las problemáticas existentes, llevando sus participaciones ocupacionales a otras formas distintas de la calle como son las asambleas y cabildos abiertos; una persona refiere: *“lo más importante, el empezar a estudiar, el empezar a estudiar eso era lo que más me gustaba”*.

La importancia es referida por las personas como el hecho de ser parte relevante en el Estallido social, hecho que a partir de ahora también será fundamental en sus narrativas de vida. Como bien dice Kielhofner *et al.* (2011) sobre la construcción de la vida ocupacional, las personas se motivan y comprometen en ocupaciones cuando logran un resultado particular en sus narrativas. En este sentido, las personas refieren que el verse como protagonistas en una movilización social con tanto nivel de participación, les lleva a estar dispuestos a asumir transformaciones en sus propias vidas, como por ejemplo sus rutinas, e incluso las consecuencias físicas o psicológicas que esta actividad conllevaba. En este sentido, una persona comenta: *“algo positivo que lo motivó es la esperanza de hacer un Chile mejor, un mundo mejor, y eso es algo que me motiva a mí también. Si hubiese sido una movilización pequeña que no le veía mucho fruto, tal vez no hubiese participado con el ímpetu que lo hice y, en el fondo (...) estando dispuesto a ser mutilado”*.

Finalmente, como menciona Kielhofner *et al.* (2011) en el MOHO, los valores que corresponden a lo que las personas consideran como importante, son convicciones con una sólida disposición a actuar en base a ellos y que entregan un sentido de compromiso y obligación en la participación ocupacional.

Categoría 3: sentimientos asociados a la participación ocupacional en las movilizaciones

La ocupación es intrínsecamente motivadora, por lo cual despierta pasiones y sentimientos profundos en las personas. Esta categoría incluye todas aquellas emociones y sensaciones manifestadas en los relatos, pudiendo ser estos personales o pertenecientes a la colectividad. Dado a que estos sentimientos eran variados, múltiples y opuestos es que dificultaba un análisis por subcategorías.

Dentro de estos sentimientos podemos encontrar aquellos que son interpretados como positivos; algunas personas expresan: *“la verdad es que me siento feliz, me siento rejuvenecido, siento que somos capaces en el fondo como país de poder hacer algo distinto con nosotros”*; *“yo creo que pasé por todos los estados anímicos, desde una euforia, felicidad (...) en algún momento llegué a llorar así como, estar con las chicas así y sentirnos segura”*; *“había un júbilo, había una alegría, había como una festividad que le daba cierto tipo de (...) de un aspecto más*

carnavalesco también”. Paralelamente aparecieron situaciones tales como la represión por parte de la fuerza policial y la presencia de militares en las calles que generaron sentimientos considerados como negativos; en estas emociones las personas manifiestan: *“en ese mismo día creo que ya empezaron a haber manifestantes lesionados con trauma oculares, algunos desaparecidos, entonces, ese primer día uno sentía como el terror de qué estaba pasando”*; *“fue así como desesperanzador cachai, o sea ver el nivel de brutalidad”*.

Por otra parte, destacamos los sentimientos relacionados a la colectividad, los que según menciona Palacios (2017) en relación a las ocupaciones colectivas, generan un sentido de pertenencia, de bienestar y comunidad que se fortalece y está dado por las relaciones que se establecen entre las personas que producen este sujeto colectivo; en esta idea las personas mencionan: *“ver la cantidad de gente que se aglomeraba, que participaba, como que te produce un regocijo por así decirlo, igual es un acompañamiento, uno se siente como más protegido”*; *“ese sentimiento de que estábamos como todos unidos y que al fin íbamos a tener como la fuerza para poder acabar con eso”*.

Finalmente, podemos observar cómo se generan sentimientos ambivalentes dados por una parte, por la sensación positiva que produce la colectividad antes mencionada, y por otra, los sentimientos negativos que implican las situaciones de riesgo experimentadas, en este sentido una persona revela: *“al mismo tiempo como una sensación de miedo y al final también reconfortante y de sentido de pertenencia a un movimiento o algo donde en el fondo eres una masa donde la unión hace la fuerza”*.

Discusión

El 18 de octubre de 2019 representó un hito en la historia de Chile y abrió paso a una serie de transformaciones que todavía están en curso y que marcarán las próximas décadas. Así también, este histórico proceso impactó en las vidas de millones de personas dejando una huella imborrable que se manifestó en su cotidianidad y en sus ocupaciones, generando una serie de significados y representaciones que resultaron imprescindible analizar para la disciplina de la Terapia Ocupacional.

Es así entonces que respondiendo a la pregunta que planteó este estudio acerca de cuáles eran las motivaciones de las personas para participar en las movilizaciones de las regiones de Valparaíso y Metropolitana, podemos concluir que fueron las relacionadas a estar comprometidos con las demandas exigidas, la ira contenida hacia un sistema desigual, además de las injusticias que este mismo sistema genera.

Por otra parte, también, se buscó ahondar en la importancia que las personas entrevistadas le otorgaban a su participación, donde se pudo determinar que esta ocupación tenía un

significado fundamental que implicaba un compromiso individual y colectivo en expresar sus demandas y ser gestores de cambios que exigía el movimiento.

Finalmente, resultó relevante recoger y analizar los sentimientos experimentados en este contexto, donde se pudo apreciar un cúmulo complejo de emociones que expresaba la rabia, y al mismo tiempo la esperanza de cambios. También la tranquilidad, el sentimiento de comunidad y la seguridad de sentirse protegidas y escuchadas en un proceso colectivo que marcó sus vidas.

Como terapeutas ocupacionales esperamos que este estudio favorezca los diálogos y reflexiones respecto de la participación ocupacional como un espacio colectivo que promueve la transformación social, no sólo en Chile, sino también promoviendo el diálogo y la reflexión respecto de variados procesos de transición que se están dando a nivel de América Latina, y así también deseamos que los análisis y conclusiones aquí señalados, abran camino a nuevas investigaciones.

Como autoras del presente artículo hemos otorgado los permisos a la Revista Argentina de Terapia Ocupacional para su publicación. ■

[Recibido: 28/10/21 – Aprobado: 26/04/22]

Referencias

- Abad Fernández, A., y Sánchez Rodríguez, O. (2013). Relación entre la motivación para la ocupación y la salud mental. En O. Sánchez Rodríguez, B. Polonio López, y M. Pellegrini Spangenberg, *Terapia Ocupacional en Salud Mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal* (pp. 155-168). Editorial Médica Panamericana.
- Alvarez, E., Gómez, S., Muñoz, I., Navarrete, E., Riveros, M.E., Rueda, L., Salgado, P., Sepúlveda, R., y Valdebenito, A. (2007, noviembre). Definición y desarrollo del concepto de Ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (7), 76-82. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2010.81>
- American Occupational Therapy Association. (2010). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso* (2ª ed., A. Ávila, R. Martínez, R. Matilla, N. Máximo, B. Méndez, M.A. Talavera, N. Rivas, I.V. Moldes, trads.). Asociación de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. (Obra original publicada en 2008).
- Calderón Gutierrez, F. (Coord.), Fontana, L.B., Nava Salinas, M.I. y Pacheco Ortega, H. (2012). *La protesta social en América Latina. Cuaderno de Prospectiva Política I* [Archivo PDF]. <https://www.undp.org/content/dam/undp/library/crisis%20prevention/Understanding%20Social%20Conflict%20in%20Latin%20America%202013%20SPANISH.pdf>
- CNN Chile. (18 de octubre de 2019). *Gobierno invoca Ley de Seguridad del Estado y hace llamado a los chilenos a “unirnos contra la violencia”*. https://www.cnnchile.com/pais/gobierno-invoca-ley-seguridad-estado-evasion-metro_20191018/
- De las Heras de Pablo, C.G. (2015). Desarrollo de Integración de la Teoría y Práctica del MOHO en *Modelo de Ocupación Humana* (pp. 17-51). Métrica Ediciones.
- Fauré Polloni, M. (22 de octubre de 2019). *Gabriel Salazar: Del «reventón histórico» al Poder Popular y la Asamblea Constituyente*. Revista De Frente. <https://www.revistadefrente.cl/gabriel-salazar-del-reventon-historico-al-poder-popular-y-la-asamblea-constituyente/>
- Kielhofner, G., Borell, L., Holzmueller, R., Jonsson, H., Josephsson, S., Keponen, R., Melton, J., Munger, K., y Nygård, L. (2011). Construcción de la vida ocupacional en G. Kielhofner, *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación* (4ª ed., pp. 110-125, C.G. De las Heras de Pablo, trad.). Editorial Médica Panamericana. (Obra original publicada en 2002).
- Meganoticias. (08 de octubre de 2019). *Piñera y Chile en Latinoamérica: “Es un verdadero oasis, con una democracia estable”*. <https://www.meganoticias.cl/nacional/278153-sebastian-pinera-chile-oasis-latinoamerica-democracia.html>
- Moro Peralta, B. (2019). *Diccionario de términos ocupacionales* (p. 53). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Palacios Tolvett, M. (2017). *Acerca del Sentido de Comunidad, Ocupaciones Colectivas y Bienestar/Malestar Psicosocial. Con jóvenes transgresores de territorios populares* [Tesis Doctoral]. http://repositori.uvic.cat/bitstream/handle/10854/5286/tesdoc_a2017_palacios_monica_acerca_sentido.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tricot, T. (22 de junio de 2012). Movimiento de estudiantes en Chile: Repertorios de acción colectiva ¿algo nuevo? *Revista F@ro* 1(15), 1-12. <https://www.revistafaro.cl/index.php/Faro/article/view/63/49>

Cómo citar este artículo:

Ortega Daza, V., Valenzuela Cisternas, D., Porrás Aráneda, X., (2022). Estallido social en Chile 2019: motivaciones para la participación ocupacional de personas movilizadas. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(1), 8-15.

Personas con discapacidad psicosocial: explorando sus motivaciones para participar de un grupo

People with psychosocial disabilities: exploring their motivations to participate in group

Sharon Filigrana-Santa | Melania Satizabal-Reyes | Diana Marcela Ortiz-Quiroga

Sharon Filigrana-Santa

Terapeuta Ocupacional, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

sharon.filigrana@correounivalle.edu.co

Melania Satizabal-Reyes

Terapeuta Ocupacional, Especialista en desarrollo comunitario, Magister en Sociología, Docente Universidad del Valle, Cali, Colombia.

melania.satizabal@correounivalle.edu.co

Diana Marcela Ortiz-Quiroga

Terapeuta Ocupacional, Magister en Intervención Psicosocial, Docente Universidad del Valle, Cali, Colombia.

diana.quiroga@correounivalle.edu.co

Resumen

En la ciudad Santiago de Cali, Colombia, se ejecuta desde el año 2009 una experiencia comunitaria con personas con discapacidad psicosocial, con el acompañamiento de estudiantes y profesionales de la Universidad del Valle, quienes se han denominado Mentalmente Sanos. Los objetivos del trabajo fueron comprender los motivos por los cuales las personas con discapacidad psicosocial participan del grupo Mentalmente Sanos. Se realizó un estudio cualitativo con diseño descriptivo. Se realizaron entrevistas en profundidad a 7 participantes con discapacidad psicosocial, y observaciones participantes de 5 reuniones semanales del grupo, registrado en diario de campo. Las motivaciones se agruparon en tres categorías: intereses, valores y causalidad personal. Se observó interés en las actividades desarrolladas y en el progreso que sienten en sus propias vidas, además de los vínculos sociales que se generaron en el grupo. Se identificaron los valores que construyen las personas en Mentalmente Sanos, los cuales cambian la percepción de sí mismos y generan vinculación con el grupo desde las emociones. Finalmente, como causalidad personal se evidenció el impacto del grupo en el desarrollo de los participantes como sujetos y en el mantenimiento de sus condiciones de salud. Las motivaciones para participar estuvieron vinculadas a dos aspectos: primero, con el enfoque de abordaje del grupo vivenciado en las actividades, la forma de relacionarse entre participantes y la transformación de paciente a sujeto de derechos; y segundo, la forma como el grupo les permitió reconocerse desde sus diversidades, capacidades y su construcción como ciudadanos.

Palabras clave: participación comunitaria, discapacidad psicosocial, motivación, servicios de salud comunitaria.

Abstract

In the city of Santiago de Cali, Colombia, a community experience with people with psychosocial disabilities has been carried out for thirteen years, accompanied by students and professionals from the Universidad del Valle, who have called themselves Mentally Healthy. The Objectives of the study were to describe the reasons why people with psychosocial disabilities participate in the Mentally Healthy group. This is a qualitative study. In-depth interviews were conducted with 7 participants with psychosocial disabilities and observations were made during the group meetings. The motivations were understood from three categories: interests, values and personal causality. Interests were found in the activities developed and in the progress they feel in their own lives, in addition to the social bonds that are generated in the group. The Values that build people in Mentally Healthy were recognized, which change their perception of themselves and generate links with the group from emotions. Finally, the impact of the group on development as individuals and on the maintenance of their health conditions, as Personal Causality, was evident. The motivations to participate were linked to two aspects. First, with the approach of the group and its influence on the activities, the way of relating and the transformation from patient to subject of rights. Second, the way the group allowed them to recognize themselves from their diversities, abilities and construction as citizens.

Key words: community participation, psychosocial disability, motivation, community health services.

Introducción

Desde 1990 con la Declaración de Caracas se impulsa la reestructuración de la atención psiquiátrica, abogando por la prioridad de la atención desde lo comunitario y la Atención Primaria en Salud (APS), teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y los Derechos Humanos (Organización Mundial de la Salud, 2009). A partir de esta declaración se invita a los países de América Latina a ajustar su legislación para promover servicios comunitarios en salud mental. En Colombia sólo hasta el 2013, se sanciona la Ley n° Nacional 1616, la que pretende garantizar el derecho a la salud mental, con estrategia y principios de la APS (Congreso de la República de Colombia & Ministerio de Salud, 1993).

En el mundo el 25% de las personas viven con uno o varios trastornos mentales o del comportamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2009), y en Colombia el 40,1 % de la población entre 18 y 65 años ha tenido o tendrá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2003). Aún con estas cifras de cómo afectan los trastornos de salud mental a la población, sigue siendo mínimo el presupuesto invertido en esta área de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2009) y aunque han pasado más de 30 años desde la Declaración de Caracas, la atención de la salud mental en Latinoamérica sigue siendo hospitalocéntrica, es decir centrada en la prestación de servicios de salud únicamente desde los centros hospitalarios (Buedo, 2016).

De acuerdo a una revisión de documentos académicos sobre la actuación en salud mental desde modelos sociales o comunitarios, en América Latina se encontraron diferentes experiencias significativas. En Brasil, principalmente la Terapia Comunitaria es una estrategia muy utilizada en el país y dan cuenta de eso los trabajos de: Guimarães & Ferreira (2006); Araújo, Girão, de Souza, Esmeraldo, de Farias, & Souza (2018); Ferreira, Djair Dias II, Barbosa de Andrade, Rodrigues, Farias, Souza da Silva (2009); Souza, Grisi Veloso & Martins de Barros (2017). En Argentina, se encontraron distintas experiencias de desmanicomialización basadas en Derechos Humanos en Ferigato & Resende (2011); Mirian Maldonado y Carolina Semprini (2019); Diamant, Ana, (2010); Chiarvetti, Silvia (2008); Brain, Greggio, Sanfelippo (2018); y en Chile sobre las residencias en el modelo de salud mental comunitaria, tal como se aprecia en Grandón, *et al.* (2015)

En Colombia se identificaron experiencias sobre grupos, centros comunitarios y estudios de caso sobre atención social en salud mental (Zaraza & Hernández, 2016; Taborda *et al.*, 2016; Satizabal & Ortiz, 2019). Específicamente en Cali, cabe señalar una experiencia llevada a cabo al oeste de la ciudad, donde se encuentra ubicada la comuna 20. Ésta se caracteriza por estar en una zona de ladera en la cual predomina el estrato socioeconómico 1, es decir, es una zona en la cual la capacidad adquisitiva de

las personas es, por lo general, baja y sus condiciones de vida reflejan un empobrecimiento (Departamento Administrativo de Planeación Municipal- Alcaldía de Santiago de Cali, 2012).

En este territorio existe la experiencia de un grupo de salud mental con enfoque comunitario nominado por sus propios integrantes como Mentalmente Sanos. Este nombre marca una oposición al carácter de “pacientes enfermos mentales” que usualmente se les asigna desde las instancias psiquiátricas que los tratan dentro del sistema de salud. El grupo se inició en el año 2007, con el acompañamiento de los programas académicos de Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Medicina y Psiquiatría de la Universidad del Valle (Satizabal & Ortiz, 2019). Actualmente, cuenta con un flujo de 11 participantes procedentes de toda la ciudad, estudiantes y docentes de Terapia Ocupacional, Medicina y residentes de psiquiatría.

El grupo se reúne semanalmente en un parque de la comuna, espacio donde se realizan diversas actividades en las cuales todos los participantes tienen voz y voto para su planeación. Además, se realizan salidas a diversos lugares de la ciudad con el objetivo de visibilizar las capacidades de los participantes del grupo para su vinculación en y con la sociedad, así como para generar las posibilidades de participación en espacios culturales de los miembros del grupo. Mentalmente Sanos se encuentra conformado por hombres y mujeres mayores de 18 años de distintas edades, etnias, creencias religiosas, nivel de estudios, lugares de vivienda y que viven una discapacidad psicosocial entendida como

un producto social; que resulta de la interacción entre una persona con un “proceso psicoafectivo” y las barreras actitudinales y de entorno que la sociedad genera, teniendo como base el estigma, el miedo y la ignorancia; limitando la participación plena en igualdad de condiciones con los demás. (OEA, 2013, citado en Escobar Carísimo, A. y Recover Balboa, T., 2014, p.29).

En el año 2019 Satizabal y Ortiz describieron la experiencia de Mentalmente Sanos profundizando en sus orígenes, enfoque teórico y metodológico. Sin embargo, el relato de esta experiencia presenta diferentes limitaciones. En primer lugar, puso en el centro de la investigación la voz del saber experto y descentró al colectivo limitando la reivindicación de su visión del mundo, la percepción sobre su propia vivencia acerca del funcionamiento del grupo y la creación y producción de saberes desde distintos lugares. En segundo lugar, se desconocen las motivaciones, efectos o reacciones de las personas que participaron de esta experiencia en salud mental.

Por lo anterior, el presente trabajo buscó dar voz a las personas que participan de Mentalmente Sanos con el objetivo de comprender las motivaciones que han tenido los participantes para concurrir al grupo en un primer momento, continuar asistiendo después de varios años y hacer de este parte de sus

vidas, dando lugar a sus voces para relatar las experiencias y significados que han construido al participar del grupo Mentalmente Sanos.

Apuntes teóricos

En la presente investigación se trabajó desde el Modelo Social de la Discapacidad, el cual considera que la discapacidad es el resultado de la interacción entre la condición de una persona (física, intelectual, sensorial, psicosocial) y las barreras (físicas, actitudinales y sociales) que limitan o impiden vivir en sociedad.

También, se consideró el enfoque de derechos cuyo propósito es analizar las desigualdades y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo. Asimismo, un enfoque basado en los Derechos Humanos identifica a las y “los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho, y a los correspondientes titulares de deberes y las obligaciones que les incumben, y procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar éstos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones” (Oficina del alto comisionado, 2004).

Adicionalmente, se consideraron los postulados del Modelo de la Ocupación Humana (MOH) (Kielhofner & Burke, 1980) el cual considera a las personas como sistemas abiertos y dinámicos, en el cual se interrelacionan tres subsistemas internos: volitivo, capacidad de desempeño y de habituación, con el entorno (físico, social, económico, cultural) y la actividad que realiza la persona.

El subsistema volitivo es el que permite la selección del comportamiento ocupacional y se caracteriza por la autopercepción de la persona como actor en el mundo. Dentro de la volición, a su vez, se identifican tres conceptos: valores, intereses y causalidad personal. Los valores son las creencias de las personas sobre lo apropiado, bueno o deseable, lo cual guía la conducta hacia metas específicas y responde a la pregunta: ¿vale la pena hacerlo?

Los intereses son la predilección hacia ocupaciones que sean placenteras o generen goce, y responde a la pregunta: ¿me gusta esto? y la causalidad personal es el reconocimiento de sus propias capacidades y eficacia basado en la experiencia e historia de vida, y responde a la pregunta: ¿soy bueno en esto? También comprende un proceso volicional, es decir, un continuum que da paso a la elección de nuevos comportamientos ocupacionales (Kielhofner, 2004).

Este subsistema aparece como una base crucial para el desarrollo de la investigación, debido a que permite identificar las razones e intereses que motivaron a los integrantes del grupo a participar del mismo; comprender qué movilizó la voluntad de participación en el grupo, los valores y aspectos de su ex-

periencia de vida que los llevan a unirse al grupo y permanecer en él.

Metodología

Teniendo en cuenta que la investigación tuvo como propósito comprender los motivos por los cuales las personas participan en el grupo de Mentalmente Sanos desde la perspectiva de los actores, se realizó una investigación cualitativa de tipo descriptivo y exploratorio, la cual permite un acercamiento a las voces de los sujetos, sus sentidos y a los significados que estos les asignan a los procesos sociales en los que se involucran (Visotsky, 2013).

Se hicieron 7 entrevistas en profundidad a integrantes del grupo Mentalmente Sanos. Los criterios de selección de los participantes fueron: ser mayor de 18 años, aceptar participar de la investigación y participar frecuentemente de los encuentros del grupo. Cada entrevista tuvo una duración de una hora aproximadamente y los ejes temáticos abordados fueron: la descripción sociodemográfica de los participantes, su condición de salud, independencia en las áreas ocupacionales, y dentro del subsistema volitivo: los valores, intereses y causalidad personal para participar del grupo.

Por otra parte, se realizó observación participante en cinco reuniones semanales del grupo con una duración de 3 horas. En el diario de campo se registraron los aspectos observables e implícitos de la organización y el espacio, las conversaciones y las actividades. Se hizo uso de grabaciones de audio y fotografías para registrar las actividades. Las entrevistas y los registros de la observación participante fueron transcritos, ordenados y codificados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Posteriormente, se realizó un análisis de contenido temático, el cual consistió en interpretar la información recolectada identificando de manera explícita sus significados y su relación con los objetivos de la investigación (Díaz, 2018). De esta manera, se privilegia una lógica inductiva-deductiva que fluye de la información empírica a la teoría y viceversa.

La investigación fue aprobada por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle y cada participante diligenció su consentimiento informado para participar de la investigación. Los nombres utilizados en esta investigación son ficticios para garantizar el anonimato de los participantes.

Resultados

1. Descripción de los participantes de la investigación.

Los participantes de la investigación se encuentran entre los 26 y 56 años, poseen diferentes niveles de escolaridad, entre los que han recibido una educación no formal en su mayoría y algunos que alcanzaron una formación profesional. La mayo-

ría no tienen empleo actual debido a pérdida de la capacidad laboral o por jubilación, algunos mantienen trabajos informales y otros nunca han participado de actividades laborales.

Todos los participantes de Mentalmente Sanos cuentan con una red de apoyo conformada por la familia nuclear y extendida, aunque también otros cuentan con amigos y vecinos dentro de esa red. La mayor parte de los participantes son residentes de la comuna 20 aunque algunos pertenecen a otras zonas de la ciudad. En el grupo de entrevistados se encuentran personas que han sido fundadores de este, y también, quienes apenas llevan poco tiempo de haberlo conocido.

2. Motivaciones para participar en el grupo

Las motivaciones de los participantes para estar y permanecer en Mentalmente Sanos se comprendieron desde el subsistema volitivo y sus tres conceptos: intereses, valores y causalidad personal.

Intereses

Este concepto permite responder a la pregunta: ¿qué es placentero y satisfactorio hacer para la persona? Este componente está constituido por cuatro elementos a analizar: forma de conocer el grupo, aspectos que agradan del grupo, sentimientos que les genera estar en el grupo y aspectos que no agradan del grupo.

El interés por participar del grupo se identifica desde la **forma como las personas llegaron a conocerlo** y la experiencia vivida en el primer encuentro que los motivaron para continuar con la asistencia y participación. En primer lugar, los participantes destacan la forma como se les invita al grupo con dos rutas de acceso, una institucional, en la que son referidos por las instituciones hospitalarias con las que se relacionan; y la otra, experiencial, en donde son ellos dueños del grupo, quienes realizan la difusión e invitación a otras personas a partir de la narración de sus vivencias.

Las actividades programadas son reconocidas como la estrategia perfecta para “engancharse con el grupo”. Estas son leídas de diversas maneras por los participantes, como una oportunidad de entretenimiento, de aprendizaje, de generar amistades y sentirse ocupados. Esto puede estar relacionado con la forma en que el grupo crea el repertorio de actividades. Al iniciar cada rotación de estudiantes de práctica se realiza una planeación de actividades que incluyen las ideas e intereses de todos los participantes, con una votación democrática para su selección y la organización del cronograma. Estas formas de construcción de las intervenciones permiten a los participantes ser los protagonistas de su espacio, tomar decisiones sobre el mismo, mientras que el personal acompañante se encarga de darle una organización y llevar propuestas sobre la ejecución de las ideas que los participantes ponen en la mesa.

Particularmente, **las actividades que generan mayor agrado** son las que permiten salir a distintos sitios de la ciudad y conocerlos; pues muchos de ellos no han tenido la oportunidad de asistir a lugares culturales y ecológicos de la ciudad, lo cual evidencia, además, la exclusión de la que han sido parte. Asimismo, los temas que se proponen en las actividades son bien recibidos por los participantes, pues son de su interés y se plantean de manera que todos pueden comprender y participar. Al respecto, Viviana manifiesta:

“Me pareció como muy acorde al nivel, como se trabaja con pacientes psiquiátricos, pero no es como, deslimitando a uno sus capacidades, ¡no! a la par y con temas que uno puede enfrentar, y diferenciando varias actividades, me gustó mucho (Viviana, entrevista en profundidad, 2020).

Además, recalcan la forma en que se relacionan los profesionales de salud con los participantes del grupo, como mencionan Iván y Natalia:

“Me llamó la atención el profesionalismo de los terapeutas ocupacionales, son muy cálidos con las personas y las tratan bien (...) lo vuelven a uno más persona, más cariñoso, como más inteligente, uno aprende mucho, tanto de los pacientes, como de los (...) yo les digo profesores, doctores” (entrevista en profundidad, 2020).

Todos los participantes recuerdan con cariño y emoción la actividad de pulguero, una actividad en la que se reúne ropa usada en buen estado para la venta al público, que se realizó el año 2019 y en la que todos participaron, identificaron habilidades propias, fueron propositivos y tuvieron claridad en cada paso del proyecto y el objetivo del mismo. Aurora y Felipe consideran muy interesante la actividad de baile, la cual todos en su momento, calificaron como buena e importante porque les ayudaba a disminuir el adormecimiento causado por los medicamentos. Natalia menciona: *“uno siente mucha alegría, tranquilidad, y gusto, por llegar allá” (entrevista en profundidad, 2020).*

Sin embargo, los participantes concuerdan que existe una razón más poderosa para “engancharse” con el grupo y continuar asistiendo de manera frecuente y sin falta, que **se relaciona con los sentimientos que les genera estar en el grupo**: sentirse incluidos, involucrados, capaces.

Para los participantes, Mentalmente Sanos es un espacio que brinda la oportunidad de sentirse valorados y escuchados, donde tienen poder de decisión y se sienten parte de una agrupación, tal como lo afirma Iván cuando comenta: *“en el grupo me siento bien, porque allá me escuchan, porque me siento escuchado, no hay nadie que discrimine, que acuse.” (Iván, entrevista en profundidad, 2020).* Al mismo tiempo es un espacio que genera un cambio en las identidades asignadas de pacientes, excluidos, incapaces, que no aportan a la sociedad, a personas activas en su propio desarrollo y el de la comunidad.

Lo anterior guarda relación con un aspecto importante y decisivo a la hora de identificar los motivos que tienen estas personas para pertenecer al grupo, el sentido de la horizontalidad en las relaciones. En este espacio todos los participantes tienen la misma oportunidad para proponer, son valorados como personas capaces, tal como lo menciona Viviana *“como los otros compañeros, eso es lo bueno del grupo, la igualdad, en pensamiento, me gusta mucho eso. Todo se trata con igualdad y eso me fascina a mí del grupo”* (entrevista en profundidad, 2020).

Los participantes han construido un vínculo social, creando una red de afecto y apoyo en la que manifiestan preocupación por sus compañeros y amigos cuando no asisten, conocen dónde viven, van hasta sus hogares a preguntar qué ha pasado con la persona cuando se ausenta y se acompañan cuando alguno presenta dificultades en el desplazamiento. Es importante resaltar la mención que hace Natalia al respecto: *“hasta le celebran a uno sus cumpleaños, van muchachos y eso bailan con uno, eso no lo discriminan a uno, ellos le dan mucho cariño”* (Natalia, entrevista en profundidad, 2020). Todos los participantes reconocen fácilmente las situaciones que les agradan del grupo y, aunque aseguran que puede no ser todo perfecto, no encuentran nada tan relevante que supere lo que sí les gusta.

Sin embargo, Natalia y John **identifican algunos aspectos que generan incomodidad** como el inicio tardío de las actividades, la cancelación y el cambio del lugar de encuentro. Aunque estas situaciones logran resolverse, es necesario mencionar que en muchas ocasiones se encuentran por fuera del control de los participantes, dada la lejanía entre las viviendas de los participantes y el punto de encuentro, así como, los tiempos desorganizados del transporte masivo de la ciudad.

Valores

Los valores se establecen de acuerdo a la cultura y dan una idea de lo bueno, lo correcto e importante. Reflejan un compromiso, sentido de pertenencia, y determinan el grado de satisfacción sobre una elección ocupacional. Dentro de los Valores se tuvieron en cuenta cuatro elementos: importancia que los participantes le otorgan al grupo en sus vidas, grado de compromiso con el grupo, roles que reconocen dentro del grupo y percepción de los participantes sobre la influencia del grupo en el desarrollo de sus habilidades.

El primer elemento: **importancia que los participantes le otorgan al grupo en su vida** se manifiesta en las voces de Aurora y Natalia, cuando refieren que les ayuda a mantener sus actividades básicas de autocuidado como la rutina medicamentosa, el manejo del dinero, realizar compras para su alimentación, la organización y cuidado del hogar. Particularmente Natalia menciona que en el grupo *“le enseñan a uno,*

y uno aprende mucho de ellos, y ellos le enseñan a uno como manejar la plata, cómo mercar (comprar alimentos en el supermercado), cómo organizar la pieza, la ropa”.

Para Natalia, Viviana, John, Iván y Felipe, el grupo es importante debido a que es un espacio de interacción social y aprendizaje. Viviana menciona específicamente que los temas que se tratan en el grupo le ayudan a manejar las situaciones cotidianas. Por su parte, John expresa que es importante la integración con otras personas que además tengan *“problemáticas similares a las de uno, aún cuando sean otro tipo de síntomas, o de diagnósticos, pues son actividades que uno realiza con personas que hacen parte de la salud mental.”* (John, entrevista en profundidad, 2020). Iván encuentra la importancia en poder ayudar a sus compañeros, en contribuir con ideas y en la posibilidad de desempeñarse en diversas cosas con el grupo y para Felipe el grupo es como una familia, lo cual le genera emoción encontrarse con todos. Natalia añade, que en el grupo *“lo vuelven a uno más persona, más cariñoso, como más inteligente”* (Natalia, entrevista en profundidad, 2020).

Respecto al **grado de compromiso que cada participante siente con el grupo**, este se hace evidente en la constancia y el lugar que los encuentros ocupan en la rutina de todos los participantes. Para el caso de Óscar, Felipe y Aurora manifiestan que extrañan mucho los encuentros cuando son periodos de vacaciones, como lo expresa Mercedes, hermana de Óscar *“se desespera cuando no lo llaman, y pues pa’ que no se ponga muy ansioso, le digo: “vaya pregunte a ver si ya entraron, porque él empieza: ¿ya llamaron? Y empieza a estresarse”* (Mercedes, entrevista en profundidad, 2020).

Contrariamente, Natalia, Viviana e Iván han visto limitada su asistencia al grupo. En ocasiones, debido a su participación en otros espacios que estructuran su rutina o por factores ambientales y contextuales. En el caso de Iván, por sus prácticas formativas, Viviana por dificultades económicas y familiares y Natalia, por situaciones de salud. Sin embargo, cada uno de ellos busca comunicarse con algún integrante del grupo para manifestar las razones y el interés por continuar.

Por su centralidad e importancia, es necesario manifestar que las situaciones económicas que presentan los participantes, la mayor parte de ellos de estrato socioeconómico 1 o bajo y sin trabajo; afectan su asistencia al grupo, aunque haya voluntad. Los gastos generados por cuestiones como el transporte, influyen en las finanzas del hogar. Además, los momentos particulares de crisis que requieren hospitalización interfieren con la participación frecuente en el grupo por un tiempo determinado.

Como se mencionó anteriormente, la distancia entre el espacio de encuentro y los lugares de residencia de los participantes son otros elementos que influyen en el compromiso de los participantes con el grupo. Óscar, Aurora, Natalia y Felipe

viven en la comuna 20 y todos se desplazan caminando; mientras Viviana, John e Iván, viven en otras comunas de la ciudad bastante alejadas, deben tomar el transporte público, lo cual implica un tiempo considerable, pues estos viajes se demoran alrededor de una hora.

El tercer elemento analizado en este componente corresponde a **los roles que cada uno de los participantes encuentra para sí mismo en el grupo**. Este se relaciona con la manera en que se posicionan frente al grupo, cómo comprenden el espacio, y cómo actúan en él. Se encuentra que Óscar, Viviana, John y Felipe definen su rol como participantes y colaboradores de las actividades que realiza el grupo. Están dispuestos a realizar cualquier actividad que se proponga, prestando su servicio y capacidades para lograr el objetivo de la actividad.

Mientras tanto, Felipe propone un rol de acuerdo con las habilidades que identifica en sí mismo y Natalia e Iván, toman un rol de apoyo para sus compañeros, prestan su servicio para que todos puedan participar aún frente a las dificultades que tengan, *“a mí me gusta decirles que sí se puede, que se puede salir adelante, que sí se puede superarse”* (Iván, entrevista en profundidad, 2020). En este sentido, se evidencia un objetivo de cuidado del otro, invirtiendo el rol habitual, atribuido por el sistema como “paciente”, en el que son cuidados por otros.

Aurora es la única de las participantes que se percibe en un rol de paciente. Esto corresponde con la percepción de sí misma como dependiente del cuidado y, tal vez, con los efectos de la medicación recibida, pues hay días en los cuales su nivel de actividad se encuentra disminuida y tiene signos de mareo y temblor. En estos casos, los otros participantes o los practicantes le dan el apoyo para que ella realice las actividades sin riesgos de caída o golpes. Aurora aún tiene la percepción de pasividad frente al grupo, pero su participación y actividad en el mismo se han ido transformando, cada vez expresa mayor confianza mostrando una transición del rol de “paciente” hacia un rol más activo y de mayor seguridad en sí misma.

Finalmente, el cuarto elemento de los valores es la **percepción que los participantes tienen sobre la influencia del grupo para el desarrollo de sus habilidades**. En este punto se identifica el grado de satisfacción que tienen como participantes y el propósito para continuar siendo parte del grupo. En ese sentido, los participantes enfatizan que participar del grupo les ha ayudado a mejorar sus habilidades de comunicación, independencia, de sentirse capaces, de expresar sus sentimientos y opiniones, como refiere Viviana: *“porque uno tiene una expectativa, sale de ahí con otra expectativa, dice: yo puedo, yo soy capaz, entonces es como eso. [Me ayuda a mejorar mis habilidades] de confrontación, de expresarme más”*. (Viviana, entrevista en profundidad, 2020); así también habilidades de reflexión y organización. Mientras tanto, John comenta que *le ayuda a tener otras perspectivas de las cosas, le ayuda*

a pensar a ver otras cosas de la vida, que de pronto uno no las tiene en cuenta a veces, entonces las actividades lo ponen a uno a pensar y lo ponen como a reflexionar (John, entrevista en profundidad, 2020).

Asimismo, refieren que mejoran sus habilidades sociales, y expresan que les ayuda a enfrentar sus condiciones de vida, debido a que se sienten más tranquilos y alegres, así como también les ayuda a subir su estado de ánimo, como lo mencionan Viviana y Felipe: *“cuando hago las actividades, que ya me vinculo, cuando estoy muy triste me ayudan mucho, a estabilizarse.”* (Viviana, entrevista en profundidad, 2020), *“Me ha ayudado a hacer cosas buenas y todo, así cosas buenas, porque eso me entretiene, el cerebro me relaja más, siento más alegría y todo”* (Felipe, entrevista en profundidad, 2020).

Causalidad personal

Esta categoría da cuenta del reconocimiento que tienen los participantes de sus propias capacidades y la eficacia basada en la experiencia e historia de vida. Para el análisis se divide en: sentido de capacidad y eficacia personal.

Las acciones en Mentalmente Sanos están orientadas con un enfoque de capacidades y, en consecuencia, los roles o responsabilidades asumidas por los participantes son diversas de acuerdo con sus intereses y posibilidades. Aquí el sentido de capacidad en las actividades en que se desempeñan es absoluto, pues cada uno de los participantes escoge la tarea con la que mejor se siente, y se le brinda apoyo y acompañamiento a los que requieren. En ese sentido, cada participante logra destacar una capacidad sobre sí mismo. Oscar manifiesta ser bueno con los mandados, una habilidad que, además, se relaciona con las responsabilidades que tiene en su hogar. Aurora identifica que las actividades en las que mejor se desempeña son los juegos de mesa, no solo por la destreza cognitiva, sino porque los disfruta. Por su parte Natalia y Viviana aseguran que son buenas en todo y esto se hace evidente en los roles de líderes que generalmente asumen dentro de las actividades. Por otro lado, Iván expone que sus habilidades son comunicativas en cuanto a debatir, opinar y explicar; esto igualmente se pudo observar durante las actividades y en especial en las reflexiones que se hacían en torno a ellas al finalizar las sesiones del grupo. Para Felipe, se desempeña mejor vendiendo, bailando y dibujando.

Dentro de la **eficacia personal** se resalta la forma de relacionarse con los demás participantes y equipo de salud, y los logros percibidos y deseados en el grupo. Al respecto se identifica que cada una de las personas se comporta como apoyo para sus compañeros en el desarrollo de las actividades: *“Trato de hacer eso, de tratar a las personas de acuerdo a sus necesidades, a la necesidad que tenga la persona, pues que yo vea, que yo perciba”* (John, entrevista en profundidad). Ninguno

de los entrevistados menciona haber tenido discusiones, problemas o enfrentamientos entre compañeros. Solo se realiza mención de una compañera en el grupo, considerada como conflictiva, que no continuó con las actividades debido a dificultades personales. Aquí se evidencia que, aunque en general tengan una buena relación, como en todo grupo u organización social siempre se presentan problemas de convivencia. Los entrevistados mencionan que también mantienen buenas relaciones con el equipo terapéutico, principalmente con los estudiantes de Terapia Ocupacional. Esto puede deberse a la extensión de sus rotaciones y las posibilidades de mayor interacción debido a los periodos de duración de estas prácticas, así como por las comprensiones basadas en derechos que se tienen del sujeto y las actitudes que se asumen con ellos.

Por otro lado, los participantes perciben diferentes logros por su paso en el programa de Mentalmente Sanos. Al respecto, Iván manifiesta que *“He logrado relacionarme con las personas, vencer los miedos, porque antes cuando no estaba en Mentalmente Sanos, estaba aislado, no hablaba con nadie, no salía con nadie...”* (Iván, entrevista en profundidad, 2020). Esto revela que, este tipo de encuentros cara a cara de conformación colectiva permite mejorar habilidades y oportunidades de socialización entre las personas del grupo y con la comunidad, a valorar sus capacidades, a visualizarse como ciudadanos activos, construir a partir de la experiencia, aprender de derechos y deberes, aumentar la autonomía, y mejorar los vínculos sociales.

Ahora bien, los participantes también manifiestan sus deseos sobre el futuro en relación con lo alcanzado en el grupo. Oscar desearía aprender a escribir y leer; Natalia, conseguir un trabajo; Aurora, Viviana, John e Iván desean mejorar en sus habilidades sociales, en el desempeño en actividades de la vida diaria, en la identificación y control de los síntomas. John también comenta *“entender cuáles son mis derechos, mis deberes, el estar en la comunidad, como paciente”* (John, entrevista en profundidad, 2020). Felipe por su parte, espera conformar buenos lazos sociales, recibir cariño y sentir tranquilidad.

Los participantes se proyectan continuando en el grupo, algunos deseando que la organización de las actividades les permita seguir asistiendo, otros afirmando el espacio como necesario en sus vidas, tal como comenta Natalia frente a la pregunta de si desea continuar en el grupo, *“Claro, ¡uh... hasta el fin! ¡Hasta que me muera!”* (Natalia, entrevista en profundidad, 2020). Felipe, quien apenas se está iniciando en el grupo, menciona *“Sí señora, eso me gusta, yo no quiero que eso se acabe todavía. Eso nos está animando”* (Felipe, entrevista en profundidad, 2020), lo importante que es el grupo, no solo para él que lo disfruta, sino para todas las personas que tienen alguna discapacidad psicosocial, puesto que contribuye a mejorar el estado de ánimo.

Discusión

Este trabajo permitió identificar las motivaciones que presentaron los participantes del grupo Mentalmente Sanos para unirse y permanecer en él. El abordaje del grupo de Mentalmente Sanos, desde un enfoque comunitario, permitió la construcción de una forma alternativa y de resistencia a la manera como generalmente han sido abordadas las personas con discapacidad psicosocial en el sistema de salud colombiano. Estas han encarnado el modelo médico, hospitalocéntrico durante la experiencia de vivir su condición de salud, estas formas han marcado su subjetividad (Satizabal & Ortiz, 2019; Taborda, Montoya, Gómez, Arteaga & Correa, 2016)

Por un lado, la construcción de una autoimagen deteriorada que limita su capacidad para pensarse libres y elegir aquello que quieren ser o hacer. Por otro, percibidos como peligrosos, dependientes y, al mismo tiempo, ubicados al margen, sin posibilidad de protagonismo, de reconocimiento como sujeto de derecho (Zaraza & Hernández, 2016). En consecuencia, una limitada participación en ambientes favorecedores del contacto social que permitan el desarrollo de la autoestima, la autonomía y garantía de ejercer sus derechos como ciudadanos.

Hacer el tránsito a otras formas de abordaje posibilita derribar la relación médico-paciente caracterizada por la verticalidad y la poca participación que tienen en la toma de decisiones, permite reconocerse como protagonistas del espacio, en la medida que sus voces, intereses, capacidades son tenidas en cuenta en la planeación y ejecución de las actividades posibilitando horizontalizar vínculos y crear conocimientos compartidos entre todos los integrantes del grupo (Bang, 2014; Ortiz & Satizabal, 2019; Reyes *et al.*, 2020).

La construcción y consolidación de los vínculos entre los participantes es un rasgo del enfoque comunitario, el cual guarda relación con la incorporación de la dimensión subjetiva en el abordaje (Josselson & Mattila, 2014). Establecer relaciones basadas en la sensibilidad para ver y escuchar sus historias, ideas, comportamientos sin prejuicios, cargadas de confianza que se construye a lo largo del proceso, posibilita que las personas dejen de sentirse desconocidas y logren reconocerse y vincularse con la propuesta, sus compañeros y el equipo de profesionales. Así pues, Mentalmente Sanos se convierte en un lugar que les permite a sus integrantes estar en relación con otros, con los que se identifican y que otorga sentido y significado a su existencia (Rubio & Sanabria, 2011).

Es decir, les permite pasar por la experiencia del reconocimiento y constituirse como personas. Sin embargo, es necesario resaltar que aquí el hecho de ser persona no se debe tanto a la aspiración de ser sujetos independientes, sino a la posibilidad de conectar con el mundo, de construirse en el diálogo con los demás y de vivenciar su capacidad de acción en un ambiente de afectividad.

Por un lado, la forma de percibirse como un igual, aunque tengan diferencias en su funcionamiento, devela un enfoque del modelo social de la discapacidad entre los participantes, en el que reconocen la diferencia y la aceptan, dejando atrás la “normalización” de los cuerpos y mentes. De igual forma, plantean como deber el dar un trato equitativo y con respeto al otro, y la necesidad de ayudar a generar un entorno en que todos puedan participar y se den los apoyos necesarios para eliminar las barreras en esa participación (Hernández, 2015).

Por otro lado, Mentalmente Sanos también configura la posibilidad de ejercer la libertad, de ser como quieren ser, como pueden ser y no como la sociedad pretende que actúen o resuelvan las situaciones que se presentan. De esta manera, las personas que ahí se encuentran se sienten tratadas como sujetos que construyen realidades y que protagonizan la vida cotidiana. Tal como plantea Montero (2000), no solamente se reconoce el carácter humano y digno del otro, sino también que la otredad no es una brecha, una diferencia, algo que distingue, que separa, sino que es parte del yo.

Otros aspectos importantes a mencionar en el abordaje comunitario del grupo, están relacionados con que sus acciones responden a las necesidades e intereses de las personas, es decir se construye de abajo hacia arriba lo que permite que ellas perciban que participar es beneficioso pues les da herramientas para manejar situaciones cotidianas. También la cuestión relacionada con las formas de organización del tiempo y el espacio, pues la propuesta se lleva a cabo en espacios por fuera de lo “institucional”, que demarca un tiempo y formas de abordaje en sincronía con el ritmo de las personas y no con los ritmos institucionales.

Finalmente, esta investigación refleja una forma de abordaje que, si bien no ha sido visibilizada por el sistema de salud colombiano, sienta un antecedente que expresa una forma de realizar acciones comunitarias en el marco de atención a la población con discapacidad psicosocial, necesaria para la implementación de la Ley n°1616/2013 de Salud Mental en nuestro país, la cual desde hace varios años versa sobre la necesidad de desarrollar el abordaje comunitario con base en los principios de estrategia de Atención Primaria en Salud para la atención a la población.

Conclusiones

Las motivaciones identificadas en las personas con discapacidad psicosocial que participan de Mentalmente Sanos giran en torno a dos ejes. El primero está relacionado con la modalidad de abordaje del grupo y el desarrollo de las actividades que les posibilita a las personas otras formas de relacionarse. El segundo, a la forma como el grupo les permite ser y reconocerse desde sus diversidades, capacidades y construcción como ciudadanos. En este sentido, la realización de las activi-

dades por parte del grupo, en espacios fuera de lo “institucional” o extramurales, permite la participación de las personas con discapacidad psicosocial en espacios sociales, que incluyen a las personas de la comunidad, posibilitando reducir el estigma de la discapacidad psicosocial en la población de Cali, Colombia. También, se resalta que la forma de relacionarse dentro del grupo y de dirigirlo, revela una horizontalidad y se genera de abajo hacia arriba, es decir que las personas participantes son los dueños del grupo, y las decisiones que se toman referente al mismo son con la participación de todos, teniendo en cuenta sus intereses y necesidades.

Estas formas de establecer la relación con personal de salud, da un precedente que permite que los participantes se reconozcan desde una posición política diferente, identificando su propia importancia en la comunidad, su capacidad de agencia y una capacidad crítica y reflexiva para la toma de decisiones. Este reconocimiento ha sido invisibilizado históricamente por la sociedad y el sistema de salud, con las personas con discapacidad. La posibilidad de este cambio de rol, y el sentirse escuchados, logra generar un vínculo con el grupo, lo cual hace que las personas se sientan motivadas para ser parte de él.

Por otro lado, es evidente cómo las voces de los participantes señalan al unísono la satisfacción que obtienen al ser reconocidos como personas con dignidad, sujetos que desempeñan roles, que asumen responsabilidades sobre sí mismos y los demás; y no como enfermos o pacientes que permanecen a la espera de atención, lo cual los condiciona a un estatus social deficitario (Brognia, 2012).

Un ejemplo de ello es la apropiación que tienen del nombre y logo del grupo, como un reflejo del trabajo por una “mente sana”, más allá de las limitaciones que impone un diagnóstico. Además, este trabajo destaca la importancia atribuida al recibir apoyo y ser acogidos por el grupo, en el cual se sienten respetados; una situación que generalmente no encuentran en otros espacios dado que son considerados inferiores, sin posibilidad de aportar al bien común (Casenco, 2019).

El Modelo de la Ocupación Humana se presenta como una oportunidad para reconocer los *valores* que construyen las personas en Mentalmente Sanos, que cambian la percepción de sí mismos y generan vinculación con el grupo desde las emociones. Encuentran *intereses* en las actividades desarrolladas y en el progreso que sienten en sus propias vidas, además de los vínculos sociales que se generan en el grupo. En cuanto a la *causalidad personal*, se evidencia el impacto del grupo en su desarrollo como sujetos, ciudadanos y en el mantenimiento de sus condiciones de salud, que manifiestan las personas participantes como muy importante dentro de sus motivos para asistir y ser parte del grupo.

Finalmente, como profesionales de la salud esta investigación posibilitó la reflexión sobre el rol político y ético que tienen

los terapeutas ocupacionales para transformar la atención de la población con discapacidad psicosocial, desde un enfoque biomédico hacia un enfoque comunitario con base en los determinantes sociales de la salud y los Derechos Humanos (García, 2016). Es decir, esta investigación permitió conocer y tomar posiciones contra el mundo normalizador que concibe a los sujetos con discapacidad psicosocial como sujetos de asistencia, para trascender a comprensiones y acciones que visibilizan liderazgos y reconocen saberes de los integrantes de la colectividad. ●

[Recibido: 26/03/2022 - Aprobado: 21/06/2022]

Referencias

- Araújo, M; Girão, J; de Souza, K; Esmeraldo, G; de Farias, F & Souza, A, (2018). A terapia comunitária - criando redes solidárias em um centro de saúde da família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 71-76. doi: 10.19131/rpesm.0204
- Bang, C. (2015). Los profesionales de salud y salud mental en prácticas comunitarias: descubriendo una experiencia participativa de promoción de salud mental en red. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 134-142.
- Brain, A., Greggio, & Sanfelippo, L. (2018). Sala abierta Transformaciones en una Sala de Internación de Salud Mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 5, 55-76.
- Brogna, P. (2012). *Visiones y revisiones de la discapacidad*. Fondo de Cultura Económica.
- Buedo, P. (2016). Programa de formación profesionalizante en salud mental comunitaria: una experiencia de posgrado en atención primaria. *Atención primaria*, 48(10), 684-686. <https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2016.02.003>
- Canseco, A. (2019). Un diálogo entre las críticas butlerianas al sujeto liberal y los estudios de la discapacidad. *Política y Cultura*, (51) 145-167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26760772008>
- Chiarveti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (2), 173-182. https://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/642/racp_xvii_2_pp173_182.pdf
- Departamento Administrativo de Planeación Municipal- Alcaldía de Santiago de Cali. (2012). Plan de Desarrollo 2012-2015 Comuna 20. Trabajando en equipo por un territorio con orden y desarrollo: Santiago de Cali; 2012.
- Diamant, A (2010). Mauricio Goldenberg, Un camino hacia la psiquiatría humanizada. Marcas para la inserción de la psicología universitaria. *Anuario de Investigaciones*, 17, 383-392.
- Díaz, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de la revista *Universum*. *Revista general de información y documentación*, 28(1), 119-142. <https://doi.org/10.5209/RGID.60813>
- Escobar Carísimo, A. y Recover Balboa, T., (2014) Protocolo de Atención para el Acceso a la Justicia de Personas con Discapacidad Sicosocial. Propuestas Iniciales para un trato adecuado. Ministerio de Justicia República del Paraguay. Colección Documento de Política nº 10. Área: Justicia. Programa EUROSOCIAL. Disponible en http://sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1416568572-PARAGUAY_10_completo.pdf
- Ferreira Filha, M. de O., Dias, M. D., Andrade, F. B. de, Lima, Édija A. R. de, & Silva, M. do S. S. da. (2009). A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 11(4), 964-70. <https://doi.org/10.5216/ree.v11i4.33252>
- Ferigato, S., Sy, A., & Resende, S. (2011). Explorando las fronteras entre la clínica y el arte: relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda. *Salud Colectiva*, 7(3), 347-363. 7(3),347-363. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73122306005>
- García, S. (2016) Terapeuta ocupacional: sujeto político. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 84- 90. <https://doi.org/10.25214/25907816.16>
- Grandón, P., Bustos, C., & Cova, F. (2015). Evaluación de la restrictividad de dispositivos residenciales para personas con un diagnóstico psiquiátrico en el modelo de salud mental comunitaria en Chile. *Universitas Psychologica*, 14(4) 1359-1370. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-4.epbs>
- Guimarães, F., & Ferreira, M. (2006). Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 8(3) 404-414. <https://doi.org/10.5216/ree.v8i3.7079>
- Hernández, M. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Rev. CES Derecho*, 6 (2), 46-59.
- Josselson, R., & Mattila, H. (2014). La Humanidad del Paciente Psicótico y el Enfoque Humano del terapeuta: Un Encuentro Relacional e Intersubjetivo. Comentario a “La psicoterapia como una ciencia humana: Estudios de casos clínicos que exploran el abismo de la locura”. *Revista Clínica e Investigación Relacional*, 8 (3), 339-356.
- Kielhofner, G. (2004). Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación. Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner, G., & Burke, J. (1980). A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581. <https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572>
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental: Colombia 2003*. Cali: Ministerio de la Protección Social.
- Maldonado, M., Semprini, C. (2019). (26-30 de agosto de 2019). *Modelos de atención en la Salud Mental. Dispositivos Comunitarios en la Provincia de Río Negro*. [Ponencia]. XIII Jornadas de Sociología. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-023/511>
- Montero M. (2002) Perspectivas y retos de la psicología de la liberación. En J.J. Vásquez. *Coord. Psicología social y liberación en América latina* (pp. 9 -26). Universidad Autónoma de México.
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (2004). *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza: Un marco conceptual*. New York y Ginebra. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/PovertyReductions.pdf>
- OPS & OMS. (1990). *Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud*. Caracas: Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-salud-mental-2009>
- Ortiz, D., & Satizabal, M. (2019). Terapia ocupacional en comunidad: complejidades, acciones y contextos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1). 197-207. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1715>
- Resolución 8430 de 1993. Congreso de Colombia. Diario Oficial. 4 de octubre de 1993
- Reyes, M. S., Galindo, J. M. S., González, P. A. T. (2020). Terapia Ocupacional y adultos mayores: acciones comunitarias. *Revista Interinstitucional. Brasileira de Terapia. Ocupacional*, 4(5), 800-806. <https://doi.org/10.47222/2526->
- Rubio, S & Sanabria, L. (2011). Ocupación como proceso subjetivante. En *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente* (págs. 72-100). Universidad Nacional de Colombia.
- Satizabal, M. & Ortiz, D (2019). Mentalmente Sanos: una experiencia con enfoque comunitario. *Revista de Salud Pública*, 21(1) 122-127. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.63309>
- Souza, R; Grisi Velôso, T & Martins de Barros, S, (2017) Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 489-499. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002612015>
- Taborda, E; Montoya, L; Gómez, N; Arteaga, L & Correa, O, (2016). Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 45(1), 46-50. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.09.001>
- Visotsky, J. (2013). Voces que nacen desde abajo. Metodologías cualitativas en la investigación histórica y social. *Revista nuestra América*, 1(1) 75-96. <https://www.redalyc.org/pdf/5519/551956257005.pdf>
- Zaraza, D., & Hernández, D. (2016). Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2607-2618. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.14732015>

Cómo citar este artículo:

Filigrana-Santa, S., Satizabal-Reyes, M., y Ortiz-Quiroga, D. M. (2022). Personas con discapacidad psicosocial: explorando sus motivaciones para participar de un grupo. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(1), 16-25.

Enfermedades cardiovasculares en el contexto de un Hospital General de Agudos: enfoque desde Terapia Ocupacional para la promoción y prevención

Cardiovascular diseases in the context of a General Acute Hospital: Occupational Therapy approach for promotion and prevention

Gabriela Rodríguez Canitrot | Sandra Nieto Ramírez

Gabriela Rodríguez Canitrot

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Mar del Plata. Residencia de Terapia Ocupacional de la provincia de Buenos Aires, Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", La Plata. Especialización en Terapia de mano y miembro superior, Asociación Argentina de Cirugía de la Mano y Reconstructiva del miembro superior y Capítulo de Terapistas de la mano y miembro superior. Maestrando en Salud Pública, Universidad Nacional de La Plata. Terapeuta ocupacional de la Unidad de Terapia Ocupacional, Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", La Plata y Referente disciplinar de la Residencia de Terapia Ocupacional de la provincia de Buenos Aires.

gabrielarodriguezcanitrot.to@gmail.com

Sandra Nieto Ramírez

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Posgrado en especialización en Discapacidad, Facultad de Derecho Universidad de Buenos Aires. Maestrando en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires. Docente de la Licenciatura de Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Terapeuta Ocupacional de planta en Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", La Plata.

sandranietoramirez@gmail.com

Resumen

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas causan la mayoría de defunciones y discapacidad a nivel mundial (OPS, 2011). El envejecimiento de la población, consumo de tabaco, dieta no saludable y la falta de actividad física, en la globalización, el crecimiento urbano, explican altas prevalencias de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) (OMS, 2014). El riesgo de las ECV se reduce cuando se conocen poblacionalmente estilos de vida saludable, factores de riesgo y cambios de comportamiento necesarios para reducirlos. El propósito del trabajo es conocer la presencia de FRCV en pacientes atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín. Se evalúan los FRCV en 160 pacientes, desde mayo 2018 hasta febrero 2019. Los hallazgos de la muestra resultan en que un 32% es ex tabaquista, 22% fuman, 45% refiere ser no fumador. 45% desconoce ser diabético y 22% afirma serlo. 64% es hipertenso, 14% lo desconoce. 36% tiene colesterol y 32% lo desconoce. 77% sufre sobrepeso/obesidad y 82% es sedentario. 60% refiere alimentación inadecuada. 53% refiere sufrir estrés. Se compararon dichos datos con datos de la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) encontrando similitudes en las tendencias. Se concluye que las personas en riesgo cardiovascular mantienen hábitos que afectan y empeoran su enfermedad a pesar de las indicaciones médicas y/o desconocen los FRCV y comportamientos posibles para disminuir el riesgo.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo cardiovascular, Terapia Ocupacional, estilo de vida.

Abstract

Cardiovascular diseases (CVD), cancer, diabetes and chronic respiratory diseases cause the majority of deaths and disability worldwide (PAHO, 2011). The aging of the population, tobacco consumption, unhealthy diet and lack of physical activity, in globalization and urban growth, explain high prevalences of cardiovascular risk factors (CVRF) (WHO, 2014) The risk of CVD is reduced when healthy lifestyles, risk factors and behavior changes necessary to reduce them are known to the population. The purpose of the study is to know the prevalence of CVRF in patients treated at the Cardiology Service of Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín. The CVRF were evaluated in 160 patients, from May 2018 to February 2019. As results of the sample, 32% were former smokers, 22% smokers and 45% referred to being non-smokers. 45% do not know they are diabetic and 22% claim to be. 64% are hypertensive and 14% are unaware of it. 36% have cholesterol and 32% do not know it. 77% are overweight/obese and 82% are sedentary. 60% report inadequate nutrition. 53% report stress. These data were compared with data from the 4th National Survey of Risk Factors (ENFR) finding similarities in trends. As conclusion people at cardiovascular risk maintain habits that affect and worsen their disease despite of medical indications and/or are unaware of the CVRF and possible behaviors to reduce risk.

Keywords: cardiovascular diseases, cardiovascular risk factors, Occupational Therapy, lifestyle.

Introducción

La prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV) engloban un conjunto de acciones a desarrollar por diferentes profesionales del equipo de salud, generalmente conocido bajo el concepto de Rehabilitación Cardiovascular (RHCv). El profesional de Terapia Ocupacional (TO) debe incluirse dentro de este equipo ya que puede intervenir desde un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, interviniendo sobre el asesoramiento personal y familiar, sobre los cambios en los hábitos y rutinas y la participación en actividades (familiares, sociales, educativas, laborales).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las ECV, junto al cáncer, la diabetes (DBT) y las enfermedades respiratorias crónicas causan la mayor combinación de defunciones y discapacidad a nivel mundial. El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, principalmente, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano, muchas veces no planificado, explican las altas prevalencias de Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV) como: hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, DBT y obesidad y, con ello, que las ECV sean la primera causa de muerte. La HTA, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, vistos en conjunto, explican más del 80% de las ECV. Estas, se distribuyen de manera desigual, afectan más a los pobres y tienen un impacto catastrófico en la economía de los gobiernos y de las familias por el gasto derivado de los tratamientos y la pérdida de años de vida potencial y de productividad causadas por muertes prematuras y discapacidad (OPS, 2011).

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las ECV tienen un gran peso en nuestro país. Las mismas son responsables del 73,4% de las muertes, el 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad. Las ECV son responsables del 39,3% de la mortalidad en Argentina. La Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DNPSyCECNT) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, implementa la "Estrategia nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles" aprobada por la Resolución 1083/2009 tendiente a reducir los FRCV y las muertes y discapacidad por ECNT, así como mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud de las personas en riesgo y afectadas por las ECNT. Esta estrategia, conducida por la DNPSyCECNT, incluye, entre otros, el Plan Nacional Argentina Saludable que integra el Programa Nacional de Control del Tabaco, el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo y la promoción de la alimentación saludable; siguiendo con los lineamientos de promoción de la salud y control de los FRCV, la vigilancia de los mismos, entre otros. Como una de las acciones para la vigilancia de los FRCV, se realiza la Encuesta Nacional de Factores de

Riesgo (ENFR), siendo la última edición publicada en el año 2019 (Informe de gestión, 2018).

Según la OPS (2011, p. 39), el riesgo de las ECV se reduce y su control mejora cuando las personas afectadas conocen los estilos de vida saludable, los factores de riesgo y los cambios de comportamiento necesarios para reducirlos, así como las medidas específicas de autocuidado. La RHCv es el conjunto de actividades necesarias para brindar a los individuos con ECV una condición física, mental y social óptima que les permita conocer y controlar los FRCV, modificar el estilo de vida, y una pronta inserción en la sociedad o en el entorno laboral o en ambos. La Sociedad Argentina de Cardiología (SAC, 2019, p.6) afirma que no existe un límite de edad para ingresar un paciente en RHCv. Los pacientes elegibles son aquellos que han presentado por lo menos uno de los siguientes eventos CV en el último año: infarto agudo de miocardio/síndrome coronario agudo, cirugía de by-pass aorto-coronario, angioplastia coronaria, angina crónica estable, reparación o reemplazo valvular, trasplante cardíaco o cardiopulmonar, portadores de dispositivos, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad vascular periférica, enfermedad coronaria asintomática, pacientes sin eventos coronarios pero con FRCV. Las indicaciones para la RHCv se han ampliado en los últimos años, incluyendo prácticamente a todos los pacientes (SAC, 2019, p. 7).

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la presencia de FRCV de pacientes internados y de consultorio externo atendidos por TO en el Servicio de Cardiología del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) General San Martín de La Plata entre el período comprendido entre Mayo 2018 y Julio 2019.

Obteniendo datos objetivos acerca de la presencia de los FRCV en pacientes con diagnósticos cardiovasculares y los comportamientos que realizan ante los mismos, podemos conocer el escenario en el que se desarrolla esta problemática, reconociendo las necesidades respecto a los abordajes actualmente ofrecidos para dicha población. Entendiendo que el profesional de Terapia Ocupacional puede incluirse dentro del equipo tratante para acompañar a la persona/familia desde un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acompañando en el asesoramiento sobre los riesgos y las posibilidades para los cambios en los hábitos y rutinas de autocuidado de dicha población.

Material y métodos

Diseño de tipo exploratorio, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se incluyeron todos los cuestionarios de FRCV realizados a pacientes internados o de consultorio externo atendidos por la Unidad de TO, en la Sala de Cardiología del HIGA San Martín de La Plata, entre el período comprendido entre mayo 2018 y julio 2019. El instrumento para la recolección de

los datos fue un cuestionario de FRCV realizado por la Unidad de TO. Como criterio de inclusión se consideraron todos los pacientes atendidos por TO en la sala de internación y consultorio externo que realizaron el cuestionario de FRCV, se excluyeron de la muestra pacientes mayores de 80 años y privados de su libertad. Se aplicó de forma oral en formato de entrevista semi-estructurada. La muestra quedó conformada por un total de 160 pacientes.

El cuestionario de FRCV recaba los siguientes datos: edad; sexo; diagnóstico; ocupación; información sobre realización de controles médicos cardiológicos e internaciones por sintomatología cardiovascular previas; presencia de: sedentarismo, hábito tabáquico, HTA, sobrepeso/obesidad, estrés, colesterol, DBT, información sobre alimentación.

Resultados

Como características generales de la muestra: el 69% es de sexo masculino y el rango de edad predominante es de entre 50-59 años de edad (34%), en primer lugar, y de 60-69 años de edad (31%), en segundo lugar (ver Gráfico 1). El 61% de la muestra tuvo internaciones previas, habiendo sido en este hospital u otro establecimiento (ver Gráfico 2). Según sus ocupaciones los mayores porcentajes muestran que el 25% es jubilado/pensionado; mientras que el 22%, son amas de casa (ver Gráfico 3). Los diagnósticos que presentaron los pacientes al momento de realizar el cuestionario fueron muy variados, por lo que se categorizaron en grandes grupos resultando en un 32% los pacientes con insuficiencia cardíaca, seguido del grupo de pacientes coronarios con un 30%, un 16% con arritmias, el 13% con patologías vasculares periféricas, un 5% de pacientes de prevención primaria y el resto agrupado en otros diagnósticos (ver Gráfico 4). Del total de la muestra, se describe la presencia de FRCV y el conocimiento/desconocimiento que tiene la persona sobre la presencia de los mismos: sobre la HTA, conocimiento de medición elevada de la tensión arterial, el 62% sabe que la tiene, el 21% desconoce y el resto refirió no presentar HTA (ver Gráfico 5), sin haberlo registrado de manera específica se ha detectado por el discurso de los pacientes una tendencia a considerar la medicación como la única medida de control de este factor de riesgo. Acerca de la presencia de DBT, según conocimiento del nivel de glucemia capilar elevada por medición bioquímica, el 32% sabe que la tiene, el 17% desconoce y el resto refirió no presentar DBT (ver Gráfico 5). Sobre la presencia de colesterol elevado, según conocimiento del nivel de colesterol por medición bioquímica, el 37% refiere que no lo presenta, el 34% refiere que si lo presenta, mientras que el 28% desconoce (ver Gráfico 5). El 76% del total de la muestra presenta obesidad/sobrepeso (ver Gráfico 5), registrado según Índice de Masa Corporal, medido en la sesión o dato de historia clínica actualizado. A partir de no-

viembre del 2018, se comenzó a categorizar esta variable por el tipo de obesidad, por lo que una submuestra de 104 pacientes mostró que: el 44% presentó sobrepeso; el 18% presentó obesidad de tipo 1; el 15%, peso normal; el 14%, obesidad de tipo 2; y, el 9% presentó obesidad de tipo 3. Sobre la presencia de sedentarismo, en el cual se consideró sedentario aquel sin actividad reportada o no incluido en niveles de intensidad moderada (cuando aumenta la sensación de calor y se inicia una ligera sudoración; el ritmo de la respiración y de los latidos del corazón se incrementa pero aún nos permite hablar) o de intensidad vigorosa (cuando la sensación de calor es bastante fuerte; la respiración se ve dificultada y falta el aliento, y el ritmo de los latidos del corazón es elevado) de actividad física, el 85% de los pacientes de la muestra refirió ser sedentario (ver Gráfico 5). Algunos pacientes de nuestra muestra, refirieron no realizar actividad física por miedo o desconocimiento acerca del nivel de actividad recomendable según su condición de salud por el diagnóstico cardiovascular, o porque la indicación que le dieron en el alta hospitalaria (del evento previo) fue de reposo absoluto y perpetuaron esa indicación en el tiempo. Respecto al hábito tabáquico, el 47% refirió ser no fumador, el 32% ex fumador y el 20%, fumador. Se definió fumador (presencia de consumo de tabaco) a la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses, ex fumador (ex tabaquista) a la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses y, no fumador (no tabaquista) a la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida (ver Gráfico 6). En cuanto a la alimentación, se indagó acerca de la percepción que poseen sobre su alimentación teniendo en cuenta los conocimientos generales previos sobre la misma y categorizando como adecuada o inadecuada. El 63% de la muestra, percibió su alimentación como inadecuada (ver Gráfico 7). Sobre la presencia de estrés, el 52% de los pacientes de la muestra percibe haber atravesado alguna situación estresante durante el mes previo a la entrevista (ver Gráfico 5); percibió haber sido influenciado por factores psicosociales estresantes (laboral, estrés crónico, depresión, estado socioeconómico, rasgos de personalidad).

Gráfico 1. Distribución de la muestra por edades

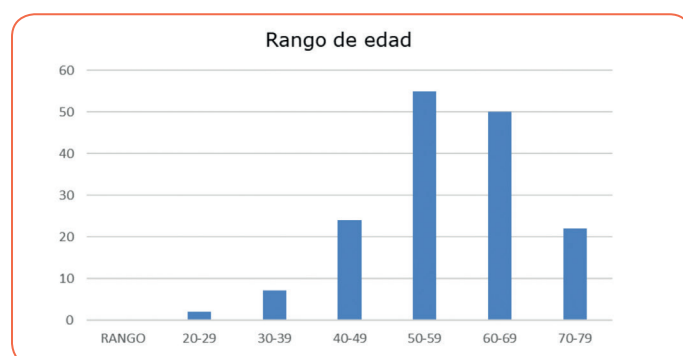


Gráfico 2. Porcentaje de pacientes con eventos e internaciones previas



Gráfico 5. Caracterización de presencia de factores de riesgo cardiovascular según la percepción de la persona: Hipertensión arterial - Obesidad/sobrepeso - Sedentarismo - Colesterol - Diabetes - Estrés

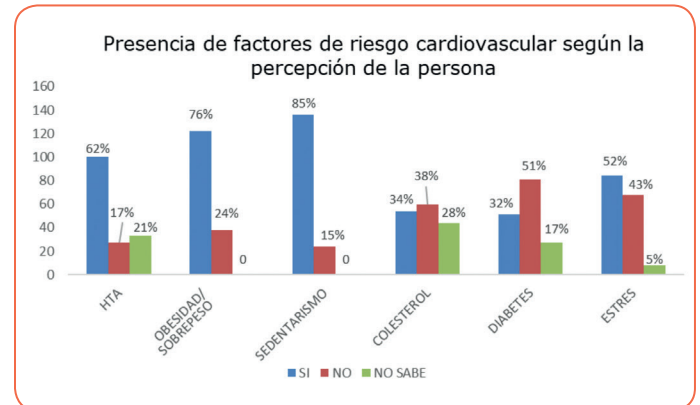


Gráfico 3. Distribución por ocupación laboral



Gráfico 6. Caracterización del factor de riesgo cardiovascular: tabaquismo

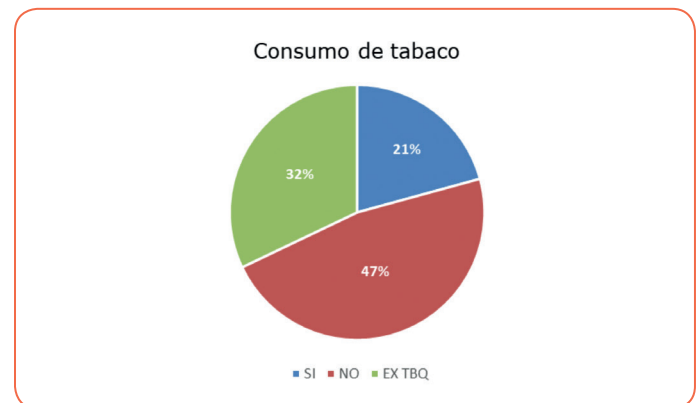


Gráfico 4. Distribución por diagnóstico cardiovascular de ingreso

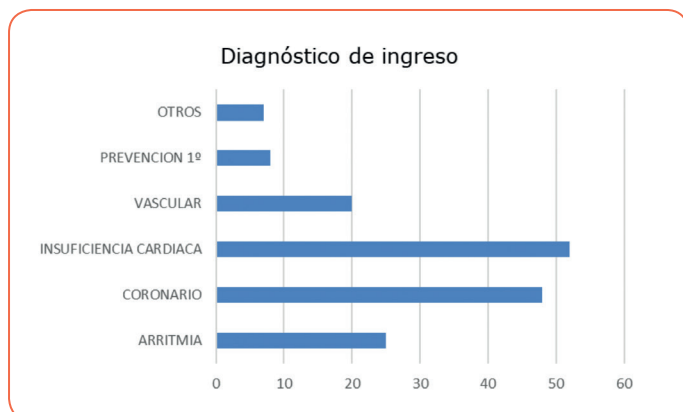
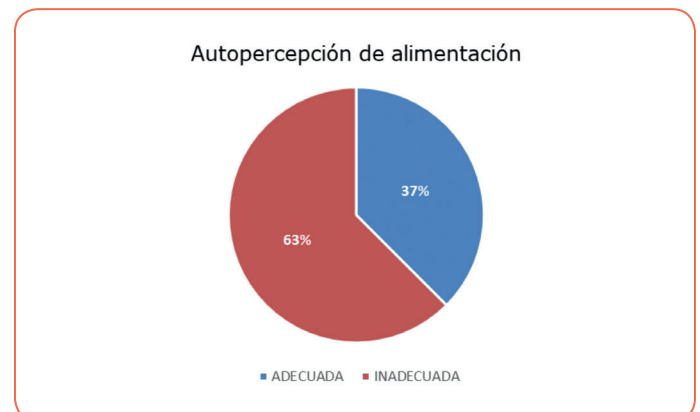


Gráfico 7. Caracterización por factor de riesgo cardiovascular: auto percepción de alimentación



Discusión

Se pretendió conocer la tendencia de la muestra hospitalaria con una tendencia poblacional, si bien son muestras diferentes, una está conformada por personas que han sufrido un evento cardiovascular y tratamiento médico y la otra se basa en la población en general, para lo cual se han comparado los resultados de la 4° ENFR con los resultados obtenidos en el cuestionario de FRCV utilizado en este trabajo.

En la muestra del presente trabajo un 21% desconocía presentar HTA y un 17% refirió no presentar tal condición. Estos datos podrían compararse con los de la 4° ENFR que reflejan un subdiagnóstico, descrito internacionalmente, ya que entre quienes no se conocían hipertensos, 3 de cada 10 tuvieron la presión elevada en el momento de las mediciones que se hicieron para la encuesta. Sobre la identificación de la presencia de DBT en nuestra muestra, el 32% sabe que la tiene, el 17% desconoce y el 51% refirió no presentar DBT. Según la 4° ENFR, la prevalencia de DBT en la población total por autorreporte fue de 12,7%, registrando un aumento significativo con respecto a la 3° ENFR, realizada en el año 2013. En la 4° ENFR se identificó que el 5% de quienes no se autorreportaron con DBT, presentaron la glucemia capilar elevada al momento de la medición. Estos resultados podrían reflejar tasas importantes de subdiagnóstico, en consonancia con lo que se describe a nivel internacional, y se podría comparar con los resultados obtenidos en nuestra muestra, interpretándose como un indicador de mal control. Respecto a la presencia de colesterol elevado en nuestra muestra, el 38% refirió que no lo presenta, el 34% refirió su presencia, mientras que el 28% lo desconocía. En la 4° ENFR, de los que no reconocían tener antecedentes de colesterol alto, un 29,1% evidenció colesterol alto en la medición bioquímica, lo cual da cuenta, al igual que la DBT o la HTA, de una alta tasa de subdiagnóstico de esta condición crónica y silenciosa, y un subsecuente mal control de este factor de riesgo.

La mayor parte de nuestra muestra (76%) presentó obesidad/sobrepeso, coincidiendo con la 4° ENFR en donde se registró una prevalencia de exceso de peso por autorreporte (sobrepeso/obesidad) del 61,6%, comparativamente superior a la 3° ENFR (57,9%). Vinculado a este FRCV, la mayor parte de nuestra muestra (85%) es sedentaria. Los datos de la 4° ENFR, confirman que 4 de cada 10 (40%) personas no realiza la actividad física recomendada. Según estos datos podría considerarse que aquellos pacientes con diagnósticos cardiovasculares presentan mayor tendencia al sedentarismo, lo cual podría incidir en el subsecuente sobrepeso y aumentar el riesgo.

El consumo de tabaco, acompañando las tendencias internacionales y lo observado en ediciones anteriores de la ENFR, y en nuestra muestra (47% no fumador y un 32% ex fumador) continúa descendiendo de manera significativa pudiendo deberse a la efectividad de las políticas de salud pública y el marco regulatorio para la reducción de este consumo.

La mayor parte de nuestra muestra (63%) percibió su alimentación como inadecuada. En consonancia con los resultados de la 4° ENFR, donde 3 de cada 10 personas indicaron que su dieta es poco saludable (30%), según tendencia similar a la variable de sedentarismo donde nuestra muestra refleja un porcentaje mayor al 50% podría considerarse una predisposición a una alimentación inadecuada en personas que presentan algún diagnóstico de enfermedad cardiovascular, podría ser previa a dicho diagnóstico.

En cuanto al estrés, el 52% de los pacientes de la muestra han referido percibirlo. Según San Damasso y Ferro (2007) la presencia de estresores psicosociales se asoció con un riesgo aumentado de infarto agudo de miocardio, y los eventos cardiovasculares aumentan cuando los factores de riesgo psicosociales se asocian. El estrés no es un factor de riesgo tenido en cuenta en la 4° ENFR pero creemos importante su presencia pudiendo haber una relación entre este y el evento que llevó a la persona a tener una internación, actuando el factor estresante como disparador del evento cardiovascular.

Al destacar que la mayoría de la muestra (61%) tuvo internaciones previas (en este hospital u otro establecimiento), y el 100% seguimiento profesional, nos planteamos ¿a qué se debe el desconocimiento general que continúan teniendo sobre los FRCV y el control de los mismos aún habiendo tenido un episodio previo? La mayoría refirió durante la entrevista haber tenido la indicación por parte del equipo tratante al alta (de la internación previa) de realizar actividad física y una dieta hiposódica. Durante la entrevista, pudimos detectar que la mayoría presenta una mejor adherencia a la indicación del tratamiento farmacológico que a lo que respecta a la adquisición de hábitos saludables y cambios en su estilo de vida.

El último Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular (SAC, 2019, p.1) considera la RHCV como una herramienta de reconocida eficacia en el contexto de la prevención secundaria tanto para la enfermedad coronaria crónica, como también para otras patologías cardíacas y a pesar de ello, sigue siendo una herramienta subutilizada, con bajos niveles de referencia de pacientes a centros de RHCV y bajos niveles de adherencia de los pacientes una vez ingresados. Además, los niveles de permanencia a los programas de RHCV a 6 meses son inferiores al 50%, y en Argentina un 5,8% del total de pacientes derivados participan de un programa de RHCV. Se desconocen los datos sobre el número total de centros de RHCV en la Argentina y sobre las tasas de referencia y adherencia. En general, son pocos los centros con RHCV multicomponente. La mayoría centran su actividad en una RHCV basada en ejercicio, dejando las medidas de prevención secundaria a los cardiólogos de cabecera. Del presente trabajo, se puede inferir que hay muchos pacientes que son de otra localidad y no cuentan con recursos para viajar a realizar la RHCV, que no poseen obra social por lo que no pueden acceder a un centro

de RHCV privado cercano a su hogar, que no se cuenta con una base de datos acerca de lugares cercanos a la comunidad que nos permita brindarles información de donde puedan continuar con un acompañamiento profesional y realizar actividades para el logro de cambio de hábitos, que las políticas públicas a nivel regional han logrado disminuir algunos factores de riesgo pero que es necesario reforzar el acompañamiento periódico individual y familiar para la educación sobre el control de los FRCV y el logro de cambio de hábitos para que no recaigan en una indicación que suele quedar perdida entre toda la información que la persona y la familia reciben durante la internación o la consulta. Para futuros trabajos sería de interés conocer qué es lo que la persona/familia considera más efectivo para lograr la adherencia al tratamiento integral, profundizar en el conocimiento acerca de las intervenciones de Terapia Ocupacional más frecuentes en la población de pacientes con FRCV y diseñar e implementar programas de RHCV adecuados al contexto de la población que concurre a este hospital.

Conclusiones

El presente trabajo refleja el desconocimiento que tienen las personas sobre la presencia de sus FRCV y el control que deben tener sobre ellos de lo que se desprenden, entre otras, las siguientes preguntas: ¿cómo puede una persona modificar sus hábitos no saludables para disminuir sus FRCV si no sabe que los presenta?, ¿por qué motivo una persona que ya presentó un evento cardiovascular (con necesidad de internación) y le fueron dadas algunas indicaciones de cuidado no pudo ser capaz de adherir a esas recomendaciones?, ¿existe verdaderamente un problema de adherencia al tratamiento?

Existe una cierta relación comparable con la muestra tomada de este hospital respecto a la muestra de la encuesta nacional. Los resultados son semejantes. A partir de la propuesta de este trabajo se pretende estimular a los profesionales de Terapia Ocupacional a conocer y objetivar los datos en relación a la presencia de FRCV a nivel local y considerar las estrategias implementadas y aquellas posibles a implementar para disminuir los FRCV. El profesional de TO, como parte del equipo tratante, acompaña en este proceso para favorecer la modificación, progresos y adherencia de conductas cotidianas saludables en el tiempo, proponiendo un enfoque para acompañar a los pacientes el desarrollo de su potencial para el control de su propia salud, favoreciendo la recuperación funcional y asegurando un retorno a la participación de sus actividades cotidianas de manera segura.

Cómo citar este artículo:

Silva Rodrigues, D., Leite de Sousa, G., y Batista Chaves Azevedo de Souza, M. (2022) Terapia ocupacional no processo de reabilitação profissional no Brasil: revisão de literatura. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(1), 26-31.

Desde la Unidad de TO del HIGA San Martín de La Plata, se encuentra en proceso la creación una red con información sobre centros de atención primaria de la salud, centros de prevención de adicciones, clubes o sociedades de fomento cercano a los lugares de origen de los pacientes abordados.

Consideramos fundamental fomentar la importancia de la participación activa de la persona/familia en el manejo de su salud; conocer lo que la persona/familia sabe acerca de su condición (mitos, creencias, indicaciones médicas, sensaciones); establecer en conjunto con la persona/familia prioridades, fijar metas, registrar logros, resolver problemas emergentes, dificultades para los logros, vehiculizar necesidades (gestión de lugares donde realizar actividades para el logro de esos objetivos); realizar seguimiento de los objetivos/cambios para lograr su permanencia en el tiempo; acompañar a construir el hábito (no prescribirlo o imponerlo); y, fortalecer redes en lugares de origen. ■

[Recibido: 13/08/21 Aprobado: 20/07/2022]

Referencias

- Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (2018) *Informe de gestión*. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019) *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, INDEC ; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, Argentina.*
- Ministerio de Salud de la Nación (2016) *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención; 1° Ed . 1° reimp., Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.*
- Organización Mundial de la Salud (2014) *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles.*
- Organización Panamericana de la Salud (2011) *Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores.* Washington, D. C.
- San Dámaso, J. y Ferro, G. (2007) *Estrés. Factores psicosociales y enfermedad cardiovascular.* Simposio Argentino Brasileño de Ejercicio, Ergometría y Rehabilitación. FAC Federación Argentina de Cardiología. 5° Congreso Internacional de Cardiología.
- Sociedad Argentina de Cardiología (2019) *Consenso Argentino de Rehabilitación Cardiovascular, Revista Argentina de Cardiología, Vol. 87, Supl. 3.*

Valoración funcional de diferentes tipos de almohadones en usuarios de silla de ruedas con lesión medular

Functional assessment of different types of cushions in wheelchair users with spinal cord injury

Eugenia Cautere

Eugenia Cautere

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Jefa de Residentes de la Residencia de Terapia Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (I.Na.Re.P.S.), Mar del Plata.

ecautere@gmail.com

Resumen

En la actualidad existen múltiples alternativas en cuanto al diseño, forma y materiales de los almohadones para usuarios de silla de ruedas. En los usuarios con secuela de lesión medular es importante garantizar un almohadón que provea un adecuado sistema de distribución de presión y que brinde confort y estabilidad para favorecer el desempeño de la persona en todas sus ocupaciones diarias. Este estudio tiene por objetivo determinar la funcionalidad de diferentes modelos de almohadones de silla de ruedas en personas con diagnóstico de lesión medular que concurren a tratamiento de rehabilitación en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (I.Na.Re.P.S) durante los meses de noviembre 2019 a febrero 2020. Para ello se consideraron cuatro variables: la capacidad de distribución de presión estática, el impacto de cada almohadón en una actividad de movilidad funcional, el control postural y la percepción de cada participante en el uso de los diferentes modelos de almohadones. Como resultado, se observó que el almohadón compuesto por combinación de aire y goma espuma contorneada de alta densidad, presentó las mejores puntuaciones en las variables de análisis. Sin embargo, se considera importante ampliar la muestra y las variables a considerar en investigaciones futuras a fin de profundizar y enriquecer el análisis de este estudio.

Palabras clave: almohadón, silla de ruedas, Terapia Ocupacional, enfermedades de la médula espinal.

Abstract

Nowadays there are multiple alternatives in terms of design, shape and materials of cushions for wheelchair users. In users with spinal cord injury sequelae, it is important to guarantee a cushion that provides an adequate pressure distribution system, and that provides comfort and stability to favor the performance of the person in all their daily occupations. The objective of this study is to determine the functionality of different models of wheelchair cushions in people with a diagnosis of spinal cord injury who attended rehabilitation treatment at the I.Na.Re.P.S. during the months of November 2019 to February 2020. For this, four variables were considered: the static pressure distribution capacity, the impact of each cushion on a functional mobility activity, postural control and the perception of each participant in the use of the different models of cushions. As a result, it was observed that the cushion composed of a combination of air and high-density contoured foam rubber, presented the best scores in the analysis variables. However, it is considered important to expand the sample and the variables to be considered in future research in order to deepen and enrich the analysis of this study.

Keywords: cushion, wheelchair, Occupational Therapy, spinal cord diseases.

Introducción

La sedestación adecuada en una silla de ruedas es una parte integral del tratamiento de las personas con lesión de médula espinal. No sólo determina la movilidad y la capacidad de desempeño, sino que también posee implicaciones sobre la piel, la postura, el dolor y el tratamiento de las contracturas (Harvey, 2010).

En los últimos años se ha desarrollado una industria muy especializada en lo que respecta a los equipos para el movimiento y la sedestación de las personas con lesión medular. Por consiguiente, existen muchos tipos diferentes de almohadones, sillas de ruedas, respaldos y accesorios esto permite una selección más precisa del equipo adecuado. Respecto al almohadón, existen muchas alternativas en cuanto al diseño, forma y materiales. En personas con diagnóstico de lesión de médula espinal, las complicaciones que aparecen con más frecuencia debido a la sedestación prolongada son las lesiones por presión. Un objetivo primordial en la prescripción del equipamiento es la prevención de dichas lesiones, es por ello que se busca seleccionar un almohadón que posea un adecuado sistema de distribución de presiones con el fin de evitar el desarrollo de lesiones por presión, y que brinde confort y estabilidad postural para favorecer el desempeño de la persona en todas sus ocupaciones (actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, trabajo, educativas, ocio y tiempo libre).

Debido a la multiplicidad de factores personales que se deben tener en cuenta, así como también la variedad de almohadones que existen en el mercado, diariamente surgen múltiples interrogantes al momento de seleccionar la mejor opción para la persona: ¿provee un adecuado sistema de distribución de presión? ¿Favorece la alineación postural? ¿Permite un grado tal de estabilidad capaz de favorecer el desempeño en las ocupaciones diarias? ¿Favorece o dificulta la realización de transferencias? ¿Es un almohadón liviano? ¿Es un almohadón comfortable? ¿Es fácil de cuidar, limpiar y mantener?

A fin de intentar dar respuesta a algunos de los interrogantes mencionados, la presente investigación se propone conocer y comparar la funcionalidad de diferentes tipos de almohadones de silla de ruedas utilizados y prescritos por el Servicio de Terapia Ocupacional del I.Na.Re.P.S. Para ello se tendrán en cuenta cuatro factores: la distribución de presión, la implicancia durante una actividad de movilidad como una transferencia de misma altura, el nivel de control postural durante la realización de alcances laterales y la percepción del usuario respecto al confort, estabilidad y movilidad.

Se considera que la importancia del presente trabajo radica en el impacto que provoca la selección de un almohadón apropiado en la calidad de vida, condición de salud y nivel de participación social y comunitaria del usuario de silla de rue-

das. A su vez, conocer la eficacia de almohadones de confección de bajo costo teniendo en cuenta que muchos pacientes no cuentan con cobertura médica, ni medios económicos para afrontar el costo de almohadones comerciales.

Metodología

Diseño

El presente estudio se corresponde con un diseño de investigación no experimental transversal descriptivo. Según la dimensión temporal, tiene un diseño de investigación transversal, ya que los datos se recolectaron en un único tiempo con el propósito de describir las variables y la incidencia de ésta en un momento dado (Sampieri, 2010).

Población

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia. Las unidades de análisis fueron seleccionadas intencionalmente de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: personas mayores de 18 años con diagnóstico de lesión medular completa o incompleta que hayan concurrido a tratamiento de rehabilitación en el I.Na.Re.P.S que realicen transferencia a misma altura de manera independiente con o sin dispositivo de asistencia (tabla de transferencia) y que hayan firmado el consentimiento informado para participar de la investigación. Como criterios de exclusión fueron establecidos: presentar al momento de las mediciones lesiones por presión, dolor articular o neuropático y/o presencia de disreflexia autonómica.

La muestra quedó conformada por 13 personas con diagnóstico de lesión medular que han concurrido a tratamiento de rehabilitación en el I.Na.Re.P.S.

Variables de estudio

Fueron definidas conceptual y operacionalmente las siguientes cuatro variables de estudio:

1. Distribución de presión: la distribución de presión es la medición y visualización de las presiones en el área de interfaz donde se encuentran dos superficies. Se registró la distribución de presión mientras el participante se encontraba sentado en una silla de ruedas estándar, en cada uno de los ocho modelos de almohadones, mediante un dispositivo de monitorización de presión.
2. Control postural: el control postural hace referencia a controlar la posición del cuerpo en el espacio para equilibrarse, es decir controlar el centro de gravedad dentro de la base de sustentación. Así mismo, implica mantener una relación apropiada entre los segmentos corporales y entre el cuerpo y el entorno (Cook & Woollacott, 1995). Se registró el control postural del participante mientras se encontraba en posición sedente en una silla de ruedas estándar

realizando inflexiones laterales (derecha e izquierda) de tronco sin apoyo de sus miembros superiores en ningún momento del recorrido de movimiento.

3. Movilidad funcional: según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, la movilidad funcional implica “moverse de una posición o lugar a otro (durante el desempeño de cualquier AVD), tal como la movilidad en la cama, en la silla de ruedas, transferencias (de la silla de ruedas, cama, coche, bañera, inodoro, bañera/ducha, silla, suelo)” (Ávila Álvarez et al., 2008, p. 10). La movilidad funcional considerada en la presente investigación implica el desempeño en una actividad de transferencia de la silla de ruedas a un camastro de la misma altura y viceversa. La realización de esta fue registrada mediante filmación y posteriormente analizada por un grupo de expertos ajenos a la investigación.
4. Autopercepción: “La autopercepción de autonomía se define como la propia apreciación de una persona sobre su capacidad funcional en las actividades de su vida cotidiana” (Val Serrano, C., & García Gómez, S., 2020, p. 2). Se consideró la percepción subjetiva de cada participante respecto a la realización de la transferencia, la estabilidad y el confort de cada uno de los almohadones evaluados. Para ello se confeccionó un cuestionario con escala Likert autoadministrable por el participante.

Procedimiento

Los participantes fueron citados a un único encuentro presencial llevado a cabo durante los meses de noviembre de 2019 a febrero de 2020 en un consultorio de Terapia Ocupacional en I.Na.Re.P.S. Al inicio se realizó una presentación de la investigación comentando resumidamente los objetivos generales y específicos de la misma, así como los instrumentos a utilizar y el tiempo estimado que requería su participación. Se entregó el consentimiento informado, el cual debió ser firmado y entregado por cada participante a los evaluadores y se completó junto al participante una ficha de datos personales.

Para la evaluación fueron consideradas ocho pruebas: una prueba sin almohadón, dos pruebas con almohadones de bajo costo (almohadón de goma espuma confeccionado según los criterios de la OMS y almohadón de mijo) y cinco pruebas con almohadones comerciales de diferentes materiales (goma espuma, híbrido y aire). Es importante destacar que fue incluida la prueba sin almohadón ya que, en nuestra experiencia profesional, en ocasiones los pacientes no cuentan con almohadón al momento del ingreso a nuestra Institución.

El orden en el cual se administraron las pruebas de los diferentes almohadones fue aleatorio y distinto en cada uno de los participantes. Cabe mencionar que los mismos fueron enumerados del 1 al 8, de manera que el participante no recono-

ciera al almohadón por su nombre sino por su numeración. De este modo la numeración quedó determinada de la siguiente manera: (1) prueba sin almohadón¹, (2) almohadón de goma espuma de la OMS², (3) almohadón de semillas de mijo³, (4) Varilite Reflex⁴, (5) Varilite Proform NX⁵, (6) Roho Quadro select perfil alto⁶, (7) Roho Hybrid elite⁷, y (8) Vicair vector 02⁸.

A continuación, se dio inicio a la toma de evaluaciones. Cada participante realizó una transferencia de su silla personal a un camastro de misma altura (no evaluable). Para la prueba de movilidad funcional, el evaluador indicó la consigna: “realiza la transferencia del camastro a la silla de ruedas (estandarizada), tal como lo realizas en la vida diaria con la asistencia que consideres necesaria”. La silla de ruedas seleccionada para este estudio fue una silla estándar de plegado lateral, con una base de asiento de 40 x 45 cm, apoyapiés y apoyabrazos rebatibles y regulables en altura. Si bien las medidas de la silla de ruedas no se correspondieron con las medidas antropométricas propias de cada participante, se garantizó una silla estándar a fin de disminuir el sesgo de la muestra.

El lado en que se posicionó la silla de ruedas para esta primera transferencia fue el mismo en cada uno de los almohadones siguientes. Una vez realizada la transferencia, se realizaron modificaciones en la altura de los apoyapiés de la silla estándar acorde a las medidas del participante buscando posicionar rodillas y talones en flexión de 90°. Dicha modificación se realizó, en caso de ser necesario, en cada uno de los almohadones debido a la diferencia de altura de los mismos.

La segunda evaluación fue la distribución de presiones. Se colocó la estera de detección de presión del dispositivo BodiTrak2 debajo del apoyo glúteo del paciente y encima del almohadón a evaluar. La consigna fue: “permanece en posición sentado con

1 Lona reforzada de una silla de ruedas estándar. Medidas del asiento: 40x45 cm.

2 Almohadón de goma espuma confeccionado en goma espuma de alta y baja densidad. Medidas: 45x45x10 cm.

3 Almohadón confeccionado con 6,5 kg de semillas de mijo. Medidas: 40x42 cm.

4 Almohadón de triple densidad cubierto por cámara termo sellada con válvula de inmersión automática. Medidas: 45x50x7 cm.

5 Almohadón de triple densidad con cámaras posteriores izquierda y derecha termo sellada con válvula de auto inflado y goma espuma delantera modificable. Medidas: 45x45x10 cm.

6 Almohadón con celdas interconectadas de aire, cuatro válvulas, confeccionado en neoprene con cobertor lavable. Medidas: 8x9 (celdas) x 10 cm (perfil alto).

7 Almohadón con base de goma espuma contorneada, celdas de aire ajustables al almohadón y una válvula. Medidas: 38x40x10 cm.

8 Almohadón compuesto por celdas de aire, distribuidas dentro de los nueve compartimentos (cinco compartimentos delanteros, dos laterales y dos para la hondonada pélvica). Medidas: 45x45x10 cm.

pies en apoyapiés, antebrazos sobre apoyabrazos o descansando sobre los muslos y tronco sobre el respaldo, durante 1 minuto". Pasados los 60 segundos se registró la imagen visualizada mediante una captura de pantalla del dispositivo.

Luego se realizó la evaluación del control postural para lo cual el evaluador indicó: "realiza una inclinación lateral de tronco hacia el lado derecho, llevando tu brazo lo más lejos posible, hasta el punto donde puedas volver a incorporarte sin ayuda de tu brazo izquierdo, el cual debe permanecer sin apoyo. Podrás realizar tres intentos. Luego lo realizarás hacia el lado izquierdo". Se registró mediante filmación la inclinación hacia el lado derecho; y luego un segundo registro, hacia el lado izquierdo.

A continuación, se realizó la segunda evaluación de movilidad. El evaluador indicó la consigna: "realiza nuevamente la transferencia de la silla de ruedas al camastro". El participante realizó una transferencia de silla de ruedas estandarizada al camastro. Nuevamente, la posición de la silla de ruedas para esta segunda transferencia fue la misma para cada uno de los almohadones.

Finalmente, el participante completó la ficha del cuestionario correspondiente al número de almohadón que fue evaluado. A continuación, se repitió el mismo procedimiento con el almohadón siguiente y así sucesivamente hasta completar el registro por los ocho tipos de almohadones.

Técnica de recolección de datos

1. Movilidad funcional:

Al no encontrar una evaluación o instrumento estandarizado que determine cómo impacta el almohadón de silla de ruedas en la performance del usuario durante la movilidad funcional en una actividad de transferencia, se solicitó a un grupo de expertos en la temática conformado por dos Terapeutas Ocupacionales y un Terapeuta Físico que analicen y desarrollen un instrumento de evaluación que pueda reproducirse en otros casos.

El instrumento que se creó determina cuál o cuáles de los 6 ítems que se analizan de cada almohadón impactan en forma negativa durante la actividad de transferencia. Los tres evaluadores analizaron y valoraron de forma individual todos los videos de las transferencias desde y hacia silla de ruedas. Luego se juntaron las planillas de datos obtenidos y se unificaron los resultados a una única planilla de cálculo. Se utilizó como criterio que sólo se anotarían como válidos los ítems donde al menos 2 de los 3 expertos puntuaron dicho ítem.

Los ítems de análisis fueron: altura y profundidad del almohadón, elasticidad (propiedad del almohadón de absorber energía e interferir en el despegue), cizallamiento (fuerza de roce que interfiere en desplazamiento horizontal), movilidad sobre asiento (si en algún momento de la transfe-

rencia pierde su posición inicial sobre base de asiento), y pliegue o frunce (si en algún momento de la transferencia el almohadón de pliega o frunce).

La transferencia debió realizarla el sujeto en forma independiente. La silla de ruedas al borde del camastro, con frenos colocados y el apoyabrazos del lado de transferencia retirado.

Imagen 1: Transferencia

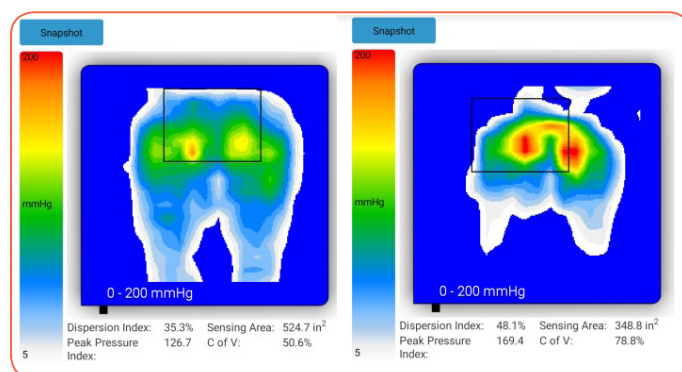


2. Distribución de presión:

Para la medición de la distribución de presión se utilizó el sistema de monitorización de presión y fuerzas de cizallamiento, BodiTrak2, el cual permite la medición y visualización de las presiones mientras la persona se encuentra sentada sobre diferentes almohadones. El dispositivo se compone por una estera de detección con cable USB y una tableta con Android 5.02 (OS). La medición se realizó luego que el sujeto permaneció sentado sobre el almohadón al menos 60 segundos.

Las dos mediciones consideradas en este estudio fueron el índice de dispersión (ID) y el índice de presión máxima (IPM). El primero se define como la suma de la presión distribuida sobre una región dividida por la suma de valores de presión a lo largo de toda la estera de detección, expresado en porcentaje. Mientras que el segundo representa el promedio de los máximos valores de presión registrados dentro de un área de 9 a 10 cm², expresado en mmHg.

Imagen 2: Distribución de presión



3. Control postural:

La evaluación del control postural se realizó con una medición goniométrica de la máxima inflexión lateral que lograba el sujeto a ambos lados. La medición goniométrica se llevó a cabo a través del software de análisis de videos Kinovea (versión 0.8.15). Se tomaron como puntos de referencia anatómicos la sínfisis pubiana (punto fijo) y apófisis xifoides (punto móvil). Las mediciones fueron realizadas por evaluadores externos de los autores del presente trabajo.

Se realizó filmación de la inflexión lateral con una videocámara colocada sobre trípode con control de nivel horizontal a 80 cm. del suelo. El sujeto se colocó en la silla de ruedas a 1,5 mt. de distancia de la cámara.

Se consideró como prueba válida la máxima inflexión lograda y su retorno a posición inicial sin apoyo de miembros superiores en ningún momento del recorrido.

Imágen 3: Control postural



4. Autopercepción del usuario:

Para evaluar la autopercepción se confeccionó un cuestionario autoadministrable mediante escala de Likert, en el cual la persona valoró diversos aspectos tales como la transferencia, estabilidad y el confort de cada uno de los almohadones. También contaron con un espacio para realizar comentarios opcionales.

Resultados

La muestra quedó conformada por un 80% de participantes de sexo masculino (N: 11) y un 20% de sexo femenino (N: 2), con una edad promedio de 33 años (DE: 7,9). El 46,2% (N: 6) de los participantes se encontraron realizando tratamiento de rehabilitación en modalidad de internación al momento del estudio, mientras que el 53,8% (N: 7) restante realizaba tratamiento ambulatorio o tenía el alta de rehabilitación y concurría únicamente a controles médicos en el Instituto.

Todos los participantes (N:13) sufrieron la lesión medular de manera traumática. En su mayoría producidas por un accidente en la vía pública, principalmente por accidente en

moto, seguidas por las heridas de arma de fuego y caídas de altura. Al momento del estudio un 38, 5% (N: 5) presentó una lesión con menos de 12 meses de evolución, un 38, 5% (N: 5) una lesión de entre 1 a 10 años, y un 23,1 % (N: 3) con más de 10 años de evolución.

Respecto a la escala ASIA, la muestra se distribuyó principalmente en los valores A y C; un 46% (N: 6) con lesión neurológica por encima del nivel de T6 (principalmente T4, seguida por T3 y T5) y otro 46% (N: 6) con lesión por debajo de T7 (siendo el nivel más afectado T12 seguido por T10). Un participante no fue considerado debido a la falta de información en la historia clínica, por lo cual se consideró "no evaluable". De acuerdo a la valoración funcional medida por la escala SCIM, todos los participantes (N:13) eran independientes en la realización de transferencias y en la movilidad mediante silla de ruedas manual.

Al momento del estudio 10 participantes poseían equipamiento propio, es decir, contaban con silla de ruedas, almohadón y en algunos casos respaldo entregados por ortopedia comercial tras prescripción médica; mientras que 3 participantes poseían equipamiento institucional. El 61, 5% (N: 8) poseía silla de ruedas compacta, de cuadro rígido y plegado frontal, y un 38,5% (N: 5) silla de ruedas articulada con plegado lateral. El 84, 6% (N: 11) de los participantes refirió que utilizaba la silla de ruedas entre 6 y 12 horas diarias durante actividades de movilidad dentro y fuera del hogar y actividades laborales; el 15, 4% (N: 2) restante refirió utilizar la silla entre 12 y 15 horas por día. Los tipos de almohadones más frecuentes fueron el almohadón de goma espuma, el híbrido y el almohadón de aire de perfil bajo en un 23, 1% (N: 3) equitativamente. Es importante destacar que dos de los tres almohadones de goma espuma al igual que el almohadón de mijo fueron confeccionados por el Servicio de Terapia Ocupacional, ya que al momento del estudio los participantes no contaban con equipamiento propio. En cuanto al tipo de respaldo, el 69, 2% (N: 9) utilizaba un respaldo bajo, ya sea el propio de la silla de ruedas u otro anexo a la misma; mientras que el 30,8% (N: 4) restante utilizaba el respaldo estándar de la silla. Un 53, 8% (N: 7) no utilizaba apoyabrazos durante la movilidad ni la transferencia. Sólo un participante, contaba con un equipamiento extra para la bipedestación y movilidad supervisada, como bastones canadienses.

Respecto a las variables consideradas en el análisis del impacto negativo del almohadón durante la actividad de transferencia, se observa que el cizallamiento al igual que la movilidad fueron las variables más frecuentemente detectadas por el grupo de expertos, seguidas por la altura y el pliegue. Se destaca el almohadón Roho Hybrid, que fue el que registró menores interferencias durante la realización de las transferencias, seguido por el almohadón de semillas mijo y el Roho Quadro Select. Mientras que, los almohadones en los cuales se observaron mayores ítems de impacto negativo, fueron el almohadón Vicair vector O2, seguido por el Varilite Proform NX (Tabla 1).

Tabla 1: Movilidad funcional según tipo de almohadón

VARIABLES	ALMOHADÓN								TOTAL
	Sin almohadón	OMS	mijo	Varilite Reflex	Varilite Proform	Roho Quadtro	Roho Hybrid	Vicair	
	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5	N° 6	N° 7	N° 8	
ALTURA		0	0	2	6	1	3	4	16
PROFUNDIDAD		0	0	1	1	0	0	1	3
ELASTICIDAD		1	0	2	0	4	0	0	7
CIZALLAMIENTO		3	1	4	5	2	3	3	21
MOVILIDAD		5	3	2	3	1	0	7	21
PLIEGUE		3	5	1	1	1	0	4	15
TOTAL		12	9	12	16	9	6	19	

Como se puede apreciar en los Gráficos 1 y 2, el almohadón que presentó mejor ID fue el Varilite Proform NX (31,9%), seguido por el almohadón de la OMS (32,9%). Respecto a los valores de IPM, la mejor puntuación fue obtenida por el almohadón Vicair (152,7 mmHg), seguido por el Varilite Reflex (171,2 mmHg).

El almohadón de semillas de mijo presentó los peores valores de manera coincidente, tanto en el ID con un 46,7% y el IPM de 190,9 mmHg de promedio.

Gráfico 1: Índice de Dispersión (ID)

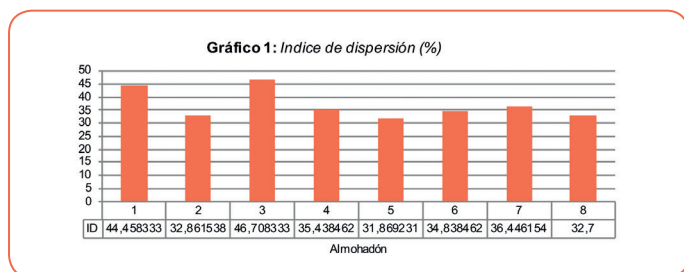
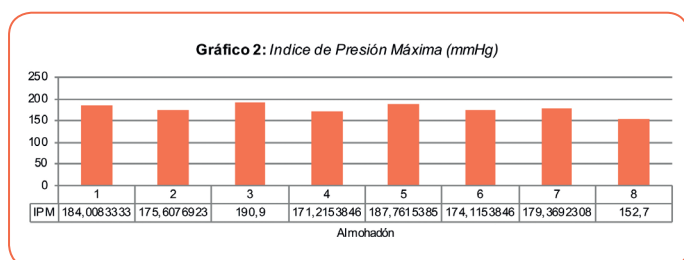


Gráfico 2: Índice de Presión Máxima (IPM)

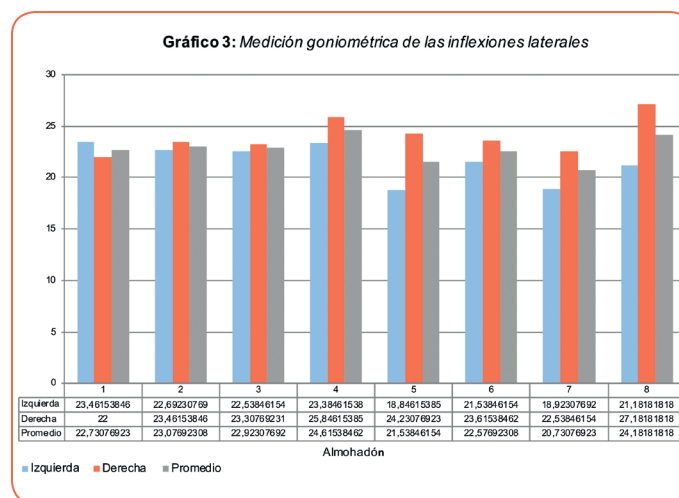


En el análisis de las mediciones goniométricas de las inflexiones laterales (Gráfico 3) el almohadón que presentó mayor estabilidad promedio a ambos lados fue el Varilite Reflex con un 24,6° (23,3° izquierda y 25,85° derecha), seguido por el almohadón Vicair que registró una media de 24,1° (21,18° izquierda y 27,18° derecha).

Los valores promedios más bajos de inflexión de tronco fueron representados por el Roho Hybrid con 20,73° (18,92° hacia la izquierda y 22,54° a la derecha), seguido por el Varilite Proform NX promedió 21,53° (18,85° izquierda y 24,23° derecha).

Al igual que en el análisis anterior, se observaron discrepancias en las mediciones hacia cada uno de los lados. El análisis de las inflexiones laterales resultó con una diferencia superior en los valores obtenidos en las inflexiones hacia la derecha por sobre las realizadas hacia la izquierda. Es el caso, por ejemplo, de la prueba realizada sin almohadón que presentó el mayor valor de inflexión izquierda (23,46°), y el menor valor hacia el lado opuesto (22°) siendo la prueba con mayor diferencia entre lados. Una diferencia similar se observó en el Vicair, el cual representó el mayor valor hacia la derecha y el tercer menor valor hacia la izquierda.

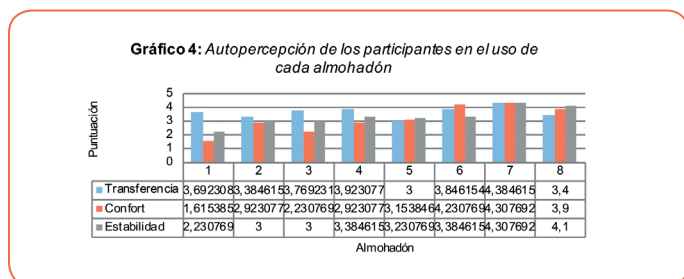
Gráfico 3: Medición goniométrica de las inflexiones laterales



Respecto a la autopercepción de los participantes en el uso de los diferentes almohadones, se observó que el almohadón Roho Hybrid fue, de manera unánime, el mejor puntuado en transferencia, confort y estabilidad (Gráfico 4). En el resto de los almoha-

donde se observan diferencias en las puntuaciones de cada una de las variables. En cuanto a los valores más bajos, la prueba sin almohadón fue la peor puntuada en confort y estabilidad, con una diferencia significativa en la puntuación de la transferencia.

Gráfico 4: Autopercepción de los participantes en el uso de cada almohadón.



Conclusión

Respecto al análisis de las variables del estudio de los resultados presentados por el equipo de expertos que analizó la variable de movilidad (transferencia a misma altura), se desprende que el almohadón que ofrece mejores prestaciones es el Roho Hybrid que obtuvo la menor cantidad de interferencias. Las únicas variables que fueron consideradas como interferentes fueron la altura y el cizallamiento, siendo estas interferencias las que también presentaron los participantes en las pruebas con otros almohadones lo cual supone dificultades propias de la persona y no necesariamente del propio equipamiento. La composición de este almohadón, presenta una base firme de goma espuma de alta densidad, la cual podría ser beneficiosa para la estabilidad del mismo dentro de la silla de ruedas durante la realización de transferencias.

La distribución de presión presentó diferencias en las dos mediciones consideradas para este estudio de modo que ningún almohadón presentó de manera coincidente buenos resultados de ID e IPM. Sin embargo, puede observarse que el almohadón Vicair vector O2 obtuvo el mejor valor de IPM y el tercer mejor valor de ID. De modo determinante, se concluye que el almohadón de semillas de mijo fue el que presentó en ambas variables los valores más bajos.

En cuanto a la estabilidad, el almohadón Varilite Reflex presentó la mejor medición goniométrica en promedio hacia cada uno de los lados, siendo el único almohadón que obtuvo valores coincidentes entre izquierda-derecha. Asimismo, cabe destacar que la inclinación hacia la derecha presentó valores más altos que hacia la izquierda. Si bien la lateralidad de los participantes no fue considerada en este estudio, podría pensarse que los alcances hacia la derecha obtuvieron mejor desempeño debido a preferencias de uso de los participantes.

Por último, en cuanto a la percepción de los participantes en el uso de los almohadones, de manera unánime el almohadón

Roho Hybrid fue el que obtuvo mayor puntuación y la prueba sin almohadón obtuvo la puntuación menor.

A partir de los resultados globales que observamos el almohadón Roho Hybrid fue el único almohadón que presentó puntuaciones más altas en dos de las cuatro variables analizadas. Esto permite concluir, en una primera aproximación, que el Roho Hybrid resulta ser el almohadón con mejor funcionalidad.

Es importante también analizar los resultados obtenidos por la prueba sin almohadón, el almohadón de goma espuma confeccionado según los criterios de la OMS y el almohadón confeccionado con semillas de mijo por ser opciones alternativas de bajo costo. Analizando comparativamente los resultados de dichas pruebas, se observa una notable diferencia en el almohadón de goma espuma presentando resultados superiores en las cuatro variables de estudio.

Siendo nuestra Institución un organismo nacional referente en rehabilitación, es de gran importancia considerar una alternativa de bajo costo para la provisión de productos de apoyo a usuarios de silla de ruedas dependientes del sistema público de salud.

A modo de conclusión final, si bien la prescripción de un producto de apoyo es un ejercicio profesional que implica considerar múltiples variables, tanto personales como contextuales, a raíz de los resultados obtenidos, creemos importante destacar la funcionalidad del almohadón híbrido como producto de apoyo comercial, y el almohadón de goma espuma, como alternativa de bajo costo.

Discusión

En primer lugar, la muestra del estudio fue escasa y no puede considerarse representativa del universo de personas con lesión medular que realizan transferencia en forma independiente. De modo que los resultados presentados no pueden ser transferibles a toda la población.

Por otro lado, consideramos importante mencionar que, si bien la utilización de una silla de ruedas estándar (adaptada a las medidas de cada participante) permitió disminuir el sesgo de la muestra, la utilización de una silla distinta a la propia de cada participante pudo haber interferido en el desempeño de los mismos durante las diversas pruebas del estudio.

El tamaño del almohadón es otro aspecto para reflexionar, ya que todos los pacientes utilizaron los mismos almohadones, a pesar de contar con medidas antropométricas diversas.

Es importante destacar que, debido a no encontrar evaluaciones estandarizadas y validadas para medir las variables del estudio, varias de ellas fueron confeccionadas por la investigadora y el equipo de expertos que asistió al análisis. De modo que, si consideramos este estudio como una prueba piloto, realizando los ajustes de las variables que no mensuró el presente trabajo, podría considerarse una prueba válida para futuros estudios.

Por último, consideramos de gran importancia la realización de investigaciones futuras para ampliar la base de datos obtenidas en el presente trabajo, considerando las limitaciones previamente descritas. Así como también, lograr ampliar las variables a analizar que el presente trabajo no logró mensurar como pueden ser la temperatura y humedad acumulada bajo la piel durante la sedestación.

Agradecimientos

Quisiera agradecer, en primer lugar, a cada uno de los participantes por su tiempo y compromiso en formar parte de esta investigación. A la Lic. Delia Lis, Jefa del Servicio de Terapia Ocupacional por permitirme llevar a cabo este estudio. A la Lic. en Terapia Ocupacional Josefina Aramburu y Lic. en Terapia Física Hernán Kolly por su participación y colaboración en el análisis de las variables de estudio. Un especial agradecimiento a la Lic. Ana Enev y Cristian Steverlynck del Servicio de Terapia Ocupacional por incentivar me desde el primer momento a realizar esta investigación; por su asesoramiento y acompañamiento. ■

[Recibido: 31/10/2021 - Aprobado: 30/05/2022]

Referencias

- Ávila Álvarez et al. (2008). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. AOTA. Recuperado de www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.Pdf.
- Cook, A. S., & Woollacott, M. H. (1995). *Motor control: Theory and practical applications*.
- Harvey, L. (2010). *Tratamiento de la lesión medular*. Elsevier España.
- Organization, W. H., & Others. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42419/9243545426.pdf>
- Real Academia Española. (1832). *Diccionario de la lengua castellana*. Imprenta real. <https://play.google.com/store/books/details?id=qEvWAAAAMAAJ>
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta. ed.). DF. *DF México: Mc Graw Hill*.
- Val-Serrano, C., & García-Gómez, S. (2020). Relationship between Strength and Self-Perception of Independence in Activities of Daily Living of Paraplegic Adults. *Apunts. Educación Física y deportes*, 142, 1-7. [https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2020/4\).142.01](https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2020/4).142.01)

Cómo citar este artículo:

Cautere, E. (2022) Valoración funcional de diferentes tipos de almohadones en usuarios de silla de ruedas con lesión medular. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(1), 32-39.

Terapia Ocupacional en el proceso de rehabilitación profesional en Brasil: revisión de la literatura

Terapia Ocupacional no processo de reabilitação profissional no Brasil: revisão de literatura

Occupational Therapy in the process of professional rehabilitation in Brazil: literature review

Daniela da Silva Rodrigues

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil. Professora da Universidade de Brasília – UnB, Brasília, Brasil. Coordenadora do Laboratório de Estudos e Práticas em Trabalho e Terapia Ocupacional – LEPTTO/UnB.

danirodrigues.to@gmail.com

Geysa Leite de Sousa

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de Brasília – UnB, Brasília, Brasil.

geysa.l.sousa@gmail.com

Marina Batista Chaves Azevedo de Souza

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil. Professora da Universidade de Sergipe (Campus de Lagarto), Sergipe, Brasil.

marinabs91@hotmail.com

Contribuição dos autores: Geysa realizou a revisão bibliográfica. Editou o documento. Daniela orientou a pesquisa. Revisou o documento. Marina fez a análise crítica do documento.

Daniela da Silva Rodrigues | Geysa Leite de Sousa | Marina Batista Chaves Azevedo de Souza

Resumen

Los cambios en el proceso de trabajo a lo largo del tiempo apuntan a nuevas demandas de enfermedades y accidentes de trabajo y a cambios en la legislación brasileña, a partir de la década de 2000, en el sentido de ofrecer servicios de salud, asistencia y atención a los trabajadores. El objetivo del trabajo fue analizar y discutir la producción científica que trata sobre el papel de los terapeutas ocupacionales en el proceso de rehabilitación profesional y/o reincorporación al trabajo. Se trata de una revisión bibliográfica de los últimos diez años, realizada en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scientific Electronic Library Online - Scielo, en la Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de São Paulo y en los Cuadernos Brasileños de Terapia Ocupacional. Se realizó un análisis cualitativo de los artículos, según los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. Los diferentes estudios mostraron que existen producciones sobre las contribuciones de la Terapia Ocupacional en todas las etapas del proceso de ausencia al trabajo: en la evaluación, en el proceso de rehabilitación y en el retorno a las actividades laborales. La presente revisión evidenció que la inserción de la Terapia Ocupacional en el área de Salud y Trabajo viene ocurriendo de forma paulatina a lo largo de los años y demuestra posibilidades de aportes en el proceso de rehabilitación profesional, con intervenciones definidas o construidas junto al trabajador, disponiendo de recursos específicos para la reincorporación a las actividades laborales.

Palabras clave: Rehabilitación profesional, Salud del trabajador, Terapia Ocupacional.

Resumo

As mudanças no processo laboral no decorrer do tempo apontam para novas demandas de adoecimentos, acidentes de trabalho e para transformações na legislação brasileira, sobretudo a partir dos anos 2000, no sentido de oferecer serviços de saúde, auxílio e cuidado para os trabalhadores. O objetivo do trabalho é analisar e discutir a produção científica que trata da atuação do terapeuta ocupacional no processo de reabilitação profissional e/ou no de retorno ao trabalho. Trata-se de uma revisão de literatura dos últimos dez anos, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online – Scielo, na Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo e nos Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. Foi realizada uma análise qualitativa dos artigos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Os diferentes estudos evidenciaram que existem produções sobre as contribuições da Terapia Ocupacional em todas as etapas do processo de afastamento do trabalho: na avaliação, no processo de reabilitação e no retorno às atividades laborais. A presente revisão mostrou que a inserção da Terapia Ocupacional na área da Saúde e Trabalho vem ocorrendo de forma gradativa ao longo dos anos, e demonstra possibilidades de contribuições no processo de reabilitação profissional, com intervenções definidas ou construídas juntamente com o trabalhador, possuindo recursos específicos para o retorno às atividades laborais.

Palavras-chave: Reabilitação profissional, Saúde do trabalhador, Terapia Ocupacional.

Abstract

Introduction: Changes in the work process over time point to new demands for illness, work accidents and changes in Brazilian legislation, especially since the 2000s, in the sense of offering health services, assistance and care for workers.

The objective is to analyze and discuss the scientific production that deals with the role of occupational therapists in the process of professional rehabilitation and/or return to work. This is a literature review of the last ten years, carried out in the Virtual Health Library (VHS), Scientific Electronic Library Online - Scielo, in the Journal of Occupational Therapy of the University of São Paulo and in the Brazilian Notebooks of Occupational Therapy. A qualitative analysis of the articles was performed, according to the pre-established inclusion and exclusion criteria. The different studies showed that there are productions on the contributions of Occupational Therapy in all stages of the process of absence from work: in the evaluation, in the rehabilitation process and in the return to work activities.

The present review showed that the insertion of Occupational Therapy in the area of Health and Work has been occurring gradually over the years, and demonstrates possibilities of contributions in the process of professional rehabilitation, with interventions defined or built together with the worker, having specific resources for returning to work activities.

Key words: Professional rehabilitation, Occupational health, Occupational Therapy.

Introdução

As relações de trabalho¹ modificaram-se, ao longo dos anos, sobretudo a partir do processo de globalização. Assim, surgem novas dificuldades na atenção à saúde do trabalhador (incluindo novos adoecimentos) para que ele seja reabilitado, permaneça ou retorne às atividades laborais; seja em decorrência de limitações funcionais causadas pelo processo de adoecimento, ou por desafios vivenciados dentro da relação desse trabalhador com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), as instituições de saúde e com as empresas (Toldrá *et al.*, 2010).

O trabalho perpassa a Terapia Ocupacional de forma importante e de diversas maneiras, sendo compreendido historicamente como ocupação, atividade, como campo de atuação ou de forma transversal (Rodrigues *et al.*, 2020). Ainda, de acordo com as normativas do conselho da profissão, é permitido que os terapeutas ocupacionais intervenham de forma ampla nos dispositivos de saúde, educação, previdência e assistência social (Souza & Lussi, 2022) oferecendo assim múltiplas opções para o cuidado integral aos trabalhadores.

Para Dejours (2015) o trabalho também pode ser compreendido como uma das bases para construção da identidade dos

indivíduos, já que, por meio dele as pessoas se colocam socialmente, constroem saber e desenvolvem redes. A atividade laboral possibilita oportunidades de reconhecimento pessoal e social, tornando-se uma forma de se encaixar diante da sociedade e no mundo. Todavia, Dejours (2010) aponta que o trabalho, apesar de ser compreendido como fonte de prazer, também pode ser causador de sofrimentos, materializados em adoecimentos, tanto físicos quanto mentais.

Em relação aos dados de trabalhadores no país, a pesquisa nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (Brasil, 2013) constatou que 12,4% das 4,9 milhões das pessoas com 18 anos ou mais, que vivenciaram algum tipo de acidente de trabalho, apresentaram algumas limitações físicas ou psíquicas, correspondendo a um total de 613 mil pessoas incapacitadas pelo trabalho. Ainda, os dados da pesquisa apontaram que 32,9% das pessoas deixaram de realizar suas atividades habituais, contabilizando 1,6 milhão de pessoas com rupturas em suas atividades e ocupações diárias.

Atualmente, no Brasil, os trabalhadores contribuintes, denominados de segurados, do sistema de Previdência Social têm o direito aos benefícios, acidentários e previdenciários, em casos de incapacidades geradas pelo trabalho. A Previdência, por meio do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), é a responsável legal pela reabilitação profissional de seus segurados. Para cumprir tal atribuição, de acordo com a Rede de Atendimento do Inss, o instituto conta com mais de 1500 pontos de atendimento (Agências da Previdência Social - APS), distribuídos em todas as regiões do território brasileiro. Nessas APS

1 Como relações de trabalho compreendemos as relações contratuais entre os trabalhadores, seus empregadores e o estado. No Brasil, a partir da década de 1990 e sobretudo no ano de 2017, a informalidade do trabalho aumentou significativamente, principalmente considerando os retrocessos na legislação trabalhista propostos pelos governos ao longo do tempo e indo de encontro à todos os direitos alcançados décadas atrás através dos movimentos sociais de trabalhadores.

os profissionais assistentes sociais, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais em equipe desenvolvem o Programa de Reabilitação Profissional (PRP) para acolher os segurados acidentados no trabalho. Em relação à atuação de terapeutas ocupacionais no PRP do INSS, a contratação dessa categoria profissional teve início no final da década de 1970. Essas contratações passaram a ocorrer de maneira mais significativa entre os anos de 2008 e 2010 (Bregalda & Lopes, 2011).

A Reabilitação Profissional (RP)² é um dos serviços prestados pela instituição, que assegura, por motivo de doença ou acidente, ao contribuinte com incapacidade laboral sua readaptação ou reeducação para o trabalho. Tem o objetivo de possibilitar aos beneficiários parcialmente ou totalmente incapacitados para as atividades laborais, os meios necessários para sua reinserção no mercado de trabalho. A RP engloba em seu processo quatro funções básicas, que inclui: 1) Avaliar o potencial laboral do segurado, 2) Orientar e acompanhar o segurado durante o processo de reabilitação, 3) articular-se com a comunidade e 4) Pesquisar a efetividade do processo de reabilitação profissional (Brasil, 2018). O encaminhamento do segurado para a RP é exclusivamente definido pela avaliação médica (perícia médica), que determina a elegibilidade do segurado para a reabilitação e, em muitos casos, centra-se em uma avaliação clínica à luz do modelo biomédico e não na incapacidade/funcionalidade do segurado para o trabalho³. Essas determinações são institucionais e obrigatórias para dar andamento ao processo de afastamento do trabalho.

É importante destacar que todos os profissionais da equipe de RP, com exceção dos médicos peritos, atuam como Responsáveis pela Orientação Profissional (ROP), que consiste em avaliar o potencial laborativo, utilizando o Formulário de Avaliação de Reabilitação Profissional, com a finalidade de desenvolver um plano para o programa profissional de retorno ao trabalho. As ROP têm como responsabilidade realizar a elevação de escolaridade do segurado para a reinserção no mercado de trabalho, negociar o retorno ao trabalho dele com a sua empresa de vínculo em uma função compatível com a sua incapacidade adquirida, com posterior encaminhamento

2 Ressalta-se que, apesar da existência das diretrizes e do objetivo do programa registrado como documento no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), o Brasil vive desde 2018 um conflito político de intensas disputas, desfavorável aos trabalhadores brasileiros. Dessa forma, esse programa nunca foi de fato implementado. Todavia, foi realizada aqui uma descrição de sua proposta, utilizando a referência do INSS, para que se possa entender o funcionamento ideal proposto em seu projeto.

3 Ao perceber o processo de afastamento e de retorno ao trabalho à luz de um modelo biomédico e não de um modelo baseado na incapacidade/funcionalidade, corre-se o risco de elaborar soluções que são pautadas na doença e que limitam o protagonismo e a participação do trabalhador. Compreende-se que é necessário olhar para o processo apesar da doença e não focando nela, priorizando, desta maneira, o desempenho, as habilidades e os interesses do trabalhador.

para o treinamento na função oferecida e, existindo compatibilidade, emitir o certificado de conclusão da reabilitação profissional com consequente alta do segurado do programa (Brasil, 2018).

No processo de reabilitação profissional, a compreensão da incapacidade, pauta-se na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF. A classificação tem por objetivo possibilitar uma linguagem padrão e universal para a descrição do estado de saúde do indivíduo. Constitui-se em um modelo de funcionalidade que abrange as estruturas corporais e suas funções, incluindo também as atividades realizadas e a participação, relacionando-se ainda com fatores ambientais e individuais (Organização Mundial da Saúde, 2004).

A CIF define funcionalidade como todas as funções que o corpo possui, incluindo a capacidade de realização de tarefas e atividades pertinentes à rotina e a participação social. Nesse caso, a incapacidade também pode ser definida como sendo os resultados negativos de um estado de saúde ou doença, que gera consequências no desempenho das atividades de rotina; restrições sociais e deficiências funcionais/estruturais. Esse modelo ao associar a funcionalidade com a participação social, o desempenho das atividades e com os fatores ambientais, possibilita aos profissionais da saúde e gestores a desenvolverem olhar mais abrangente no âmbito da saúde do trabalhador, podendo propiciar melhoria no direcionamento de serviços, políticas e sistemas em diversas esferas (Toldrá *et al.*, 2010).

Para que o processo de retorno ao trabalho ocorra a reabilitação profissional dos segurados contribuintes da Previdência e dos demais trabalhadores não inseridos nesse sistema é uma etapa importante. Este processo é entendido, na perspectiva de Lancman *et al.* (2016) como complexo devido à alta demanda de fazeres interdisciplinares, tanto relacionados ao processo de avaliação do trabalhador, quanto relacionados à análise das funções/postos de trabalho. Constata-se que profissionais capacitados para condução de processos e programas aplicáveis a realidade do Brasil, ainda estão em falta. Tal questão, constitui como um dos elementos que dificulta ou impossibilita o retorno do trabalhador para a atividade laboral.

No âmbito do trabalho, as diversas barreiras presentes para inserção desse trabalhador brasileiro é uma antiga demanda que inquieta os terapeutas ocupacionais, que são integrantes recentes das equipes responsáveis pela saúde dos trabalhadores nas empresas. Estas equipes geralmente contribuem com intervenções voltadas para prevenção de afastamentos, promovendo informação ao trabalhador sobre os riscos que podem causar adoecimento e acidentes no processo de trabalho. Ainda, dedicam-se a construção, elaboração e implementação de programas e projetos que facilitem e possibilitem o

retorno ao trabalho. Destaca-se que o terapeuta ocupacional possui um perfil excepcional para atuar nesses espaços no Brasil (Lancman *et al.*, 2016).

Nessa direção, o Terapeuta Ocupacional surge com o intuito de criar estratégias para enfrentar barreiras e melhorar o processo de retorno ao trabalho, qualificar equipes multiprofissionais, articular os serviços de atenção à saúde dos trabalhadores para ampliar a rede de suporte, divulgar a reabilitação profissional no meio social, aplicar de forma satisfatória e continuada a legislação vigente e aprimorar as interações com Previdência Social, Trabalho, Educação e Saúde (Silva & Camarotto, 2016).

A legislação que rege a atuação do Terapeuta Ocupacional no campo do Trabalho no Brasil é a Resolução nº459, de 20 de novembro de 2015, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Brasil, 2015), órgão responsável pela normatização das profissões e que define as competências do terapeuta ocupacional no âmbito do trabalho: "(...) profissional habilitado para construir, junto ao trabalhador com incapacidade temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, um projeto prático para retorno, adaptação e/ou recolocação profissional (...)" (p. 128).

Frente ao exposto torna-se necessário entender como a Terapia Ocupacional pode contribuir positivamente através de práticas inseridas dentro do cenário da reabilitação profissional no Brasil. Apesar dos terapeutas ocupacionais estarem presentes na equipe de RP do INSS, há poucos estudos na literatura da área que sistematizam a atuação do Terapeuta Ocupacional no processo de reabilitação e retorno ao trabalho. Sobretudo, estudos que possam evidenciar a atuação desse profissional nas diferentes regiões do território brasileiro. Dessa forma, este estudo teve como objetivo analisar a produção científica relacionada à intervenção do terapeuta ocupacional no processo de reabilitação profissional ou no retorno ao trabalho, bem como identificar quais suas possíveis contribuições dentro desse campo de atuação.

Método

O estudo é uma revisão de literatura. Esse tipo de estudo permite realizar um resumo da literatura sobre determinado tema e seus resultados podem trazer descrições dos estudos por meio de tabelas, e também discussões temáticas (Grant & Booth, 2009). As revisões de literatura são estudos normalmente realizados, em Terapia Ocupacional (Panzeri & Palhares, 2013).

Para o delineamento desta revisão foi estabelecida a seguinte questão norteadora de pesquisa: Quais as possíveis contribuições da Terapia Ocupacional no processo de reabilitação profissional ou de retorno ao trabalho?

Como critérios de inclusão da revisão de literatura, têm-se: a) artigos com resumo e texto completo disponível na íntegra; b)

estudos na língua portuguesa; b) artigos publicados entre os anos de 2008 a 2018; c) estudos que se adequam (no resumo e posteriormente manuscrito completo) ao objetivo estabelecido na revisão e que auxiliam a responder à pergunta de pesquisa. Os critérios de exclusão foram: a) estudos duplicados; b) estudos que são revisões de literatura, relatos de experiência, editoriais, monografias (trabalhos de conclusão de curso), dissertações, teses e c) artigos que não estavam com o texto completo disponível para acesso eletrônico livre.

O recorte temporal da pesquisa foi estabelecido com base no número de contratações de técnico do seguro social, vinculado ao concurso do Inss ocorrido no ano de 2008.

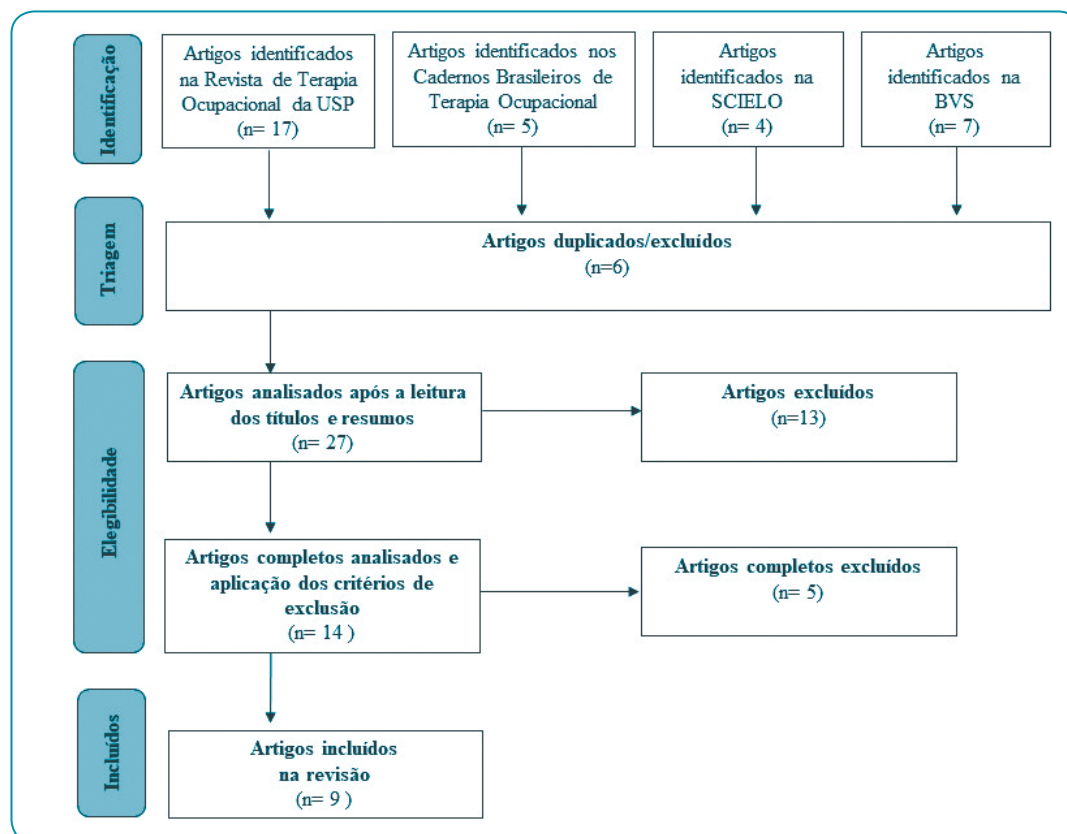
Para assegurar a identificação da produção científica sobre atuação do terapeuta ocupacional no processo de reabilitação profissional ou no retorno ao trabalho foi realizada a busca, considerando os anos de 2008 a 2018, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online – SciELO, na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, e nos periódicos da área: Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo e Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da Universidade de São Carlos – UFSCar.

Os descritores utilizados na realização da busca foram “terapia ocupacional” e “reabilitação profissional”, separados pelo operador booleano AND. Os descritores são termos considerados “descritores em ciências da saúde” pelo sistema da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e as buscas foram realizadas apenas na língua portuguesa, já que a pesquisa pretende ter um panorama nacional sobre a temática deste estudo.

Sobre os procedimentos da revisão, a primeira etapa após a busca consistiu na identificação dos artigos que estavam duplicados. Após, foram realizadas as exclusões dos artigos que estavam fora dos critérios de inclusão estabelecidos. Na sequência, foi feita a leitura dos títulos e resumos dos artigos que continuaram na revisão, com a finalidade de determinar os artigos elegíveis para esta pesquisa, ou seja, identificar as pesquisas que se enquadrem no tema, no objetivo desta revisão de literatura, e que auxiliem a responder à questão norteadora pré-estabelecida. Sendo assim, esclarece-se que os artigos em que no título e no resumo não deixavam claro que discutiriam sobre a intervenção do terapeuta ocupacional no processo de reabilitação profissional ou no retorno ao trabalho, foram excluídos. Os artigos que continuaram na revisão foram lidos na íntegra e, caso realmente descrevessem a intervenção no artigo completo, seriam selecionados para os resultados finais.

Indica-se que foram encontrados, no total, trinta e três (33) artigos, dos quais seis (6) foram excluídos por estarem duplicados, treze (13) foram eliminados após a leitura dos títulos e resumos e outros quatro (04) estudos foram eliminados na fase da leitura completa do artigo. Na composição da amostra final foram incluídos dez (10) artigos. A Figura 1, a seguir, apresenta o fluxograma de seleção dos estudos. (Figura 1.)

Figura 1



A análise qualitativa dos dados ocorreu a partir das sínteses dos artigos, o que proporcionou o delineamento do tema estudado e a resposta à questão de pesquisa aqui proposta. Segundo Minayo (2001) as análises qualitativas dos conteúdos escritos pretendem realizar o aprofundamento que não são perceptíveis através de estatísticas ou equações, a exemplo da análise de conceitos, teorias, metodologias, práticas e outros aspectos que nem sempre são estatisticamente mensuráveis ou quantificáveis. A questão apresentada nesta revisão, demanda uma análise qualitativa, já que se trata do delineamento do conteúdo de um campo temático indicado.

Os artigos incluídos nos processos finais da revisão foram organizados em uma ficha de análise, elaborada pelas autoras, com a premissa de organizar e categorizar os achados da seguinte forma: nome do periódico; autores e ano de publicação; título do artigo; perfil da população; intervenção realizada pelo terapeuta ocupacional e conclusão do estudo. Após o fichamento, buscou-se explorar o material com o objetivo de reunir conhecimentos sobre as possíveis contribuições e/ou intervenções da Terapia Ocupacional no processo de reabilitação profissional ou no de retorno ao trabalho.

Resultados

Os achados sintetizados na Tabela 1, a seguir, correspondem aos resultados obtidos, por meio da busca nas bases de dados e nos periódicos de Terapia Ocupacional e refere-se aos nove

artigos que foram analisados após as exclusões indicadas nas etapas expostas anteriormente. (Tabela 1)

A partir da análise dos artigos, constatou-se que um número relevante de publicações de Terapia Ocupacional no processo de reabilitação ou retorno ao trabalho podem ter sido excluídas nesta revisão de literatura. Primeiramente, porque foi possível observar que existem estudos sobre esta temática sendo veiculados em outras bases de dados e, dessa forma, pesquisas foram publicizadas em bases de dados, periódicos ou revistas, que não foram selecionados nesta pesquisa (a exemplo da base de dados interdisciplinar *Scopus*).

Assim, na Tabela 1 que descreveu resumidamente as características das publicações selecionadas de acordo com os critérios desta pesquisa. O primeiro estudo analisado, de acordo com a ordem apresentada na tabela, foi de Bartilotti et al. (2009), cujo objetivo foi descrever a estrutura do Programa de Reabilitação Ampliada - RPA e seus procedimentos no pilar assistencial e requalificação e apresentar os principais resultados encontrados. A atuação da Terapia Ocupacional ocorria por meio de avaliações individuais específicas, como a Medida de Independência Funcional (MIF), e realização de grupos terapêuticos com os trabalhadores do Inss. Assim, esse estudo apontou as contribuições da Terapia Ocupacional no aumento da independência funcional dos trabalhadores, com o foco nas Atividades de Vida Diária (AVD) e nas atividades laborais, tendo em vista que através do adoecimento, há um comprometimento dessas atividades.

Tabela 1. Relação e caracterização dos artigos selecionados nesta pesquisa.

Periódico	Autores e ano de publicação	Título do artigo	Perfil da população	Intervenções realizadas pelo terapeuta ocupacional	Conclusão
Revista Acta Fisiátrica	Bartilotti, C. B., Andrade, P. R., Varandas, J. M., Ferreira, P. C. G. & Cabral, C. (2009).	Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional	Trabalhadores de uma empresa do ramo de produção e abate de aves e suínos do meio oeste de Santa Catarina.	Aumentar a independência funcional, visando às atividades de vida diária (AVD) e laborais, frente a uma desorganização de atividades que sustentam um cotidiano interrompido a partir de uma situação de adoecimento.	Esta experiência apontou a eficiência de programas de reabilitação profissional de orientação multidimensional desde que haja ações conjuntas entre entidades públicas e privadas
Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	Toldrá, R. C., Daldon, M. T. B., Santos, M. C. & Lancman, S. (2010).	Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil	Trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP.	"Auxílio na transição entre longos períodos de afastamento. Potencialização para retorno e reinserção no trabalho."	"A articulação eficiente entre os diferentes atores envolvidos, os serviços, os sistemas e as políticas criam condições satisfatórias para o retorno ao trabalho dos trabalhadores em fase de readaptação profissional."
Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar	Bregalda, M. M. & Lopes, R. E. (2011).	"O programa de reabilitação profissional do INSS: apontamentos iniciais a partir de uma experiência."	"Equipe do Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS da Gerência de Jundiá - SP."	"Preenchimento conjunto de parte do formulário de Avaliação do Potencial Laborativo (FAPL). Acolhimento, empoderamento, orientação e acompanhamento."	Conclui-se pela necessidade de estudos da terapia ocupacional brasileira sobre essa temática e delinea-se, nesse sentido, a proposição das autoras.
Revista de Terapia Ocupacional da USP	Cardoso, J. S., Cavalcante, M. C. V. & Miranda, A. T. M. (2013).	"A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal"	"Pacientes transplantados renais."	"Avaliação da capacidade funcional e potencial laboral. Análise de posto e ambiente de trabalho. Desenvolvimento de programas de orientação profissional. Criação de adaptações para acessibilidade ao local de trabalho. Orientações laborais e educativas."	"O sucesso das ações da TO poderá tornar os transplantados renais mais produtivos e reintegrados à sociedade reduzindo o custo social de seu tratamento."
Saúde e Sociedade	Bregalda, M. M. & Lopes, R. E. (2016).	A reabilitação profissional no INSS: caminhos da terapia ocupacional	Terapeutas ocupacionais do INSS - SP.	"Acolher os segurados. Investigar e identificar os sentidos que os segurados atribuem as suas novas condições e ao redimensionamento ocorrido em suas vidas."	"A presente pesquisa, permitiu a identificação de posicionamentos, perspectivas, expectativas e crenças a respeito das temáticas da pesquisa que, indo ao encontro de seus objetivos, fornecem subsídios para pensar a atuação e a produção de conhecimento da terapia ocupacional."
Revista de Terapia Ocupacional da USP	Silva, T. N. R., Alves, G. B. O. & Assis, M. G. (2016).	O retorno ao trabalho na perspectiva de terapeutas ocupacionais: facilitadores e barreiras	Terapeutas ocupacionais do INSS - MG.	Contribuição na compreensão dos trabalhadores com relação às atividades e situações produtivas.	"Este estudo aponta como desafio a articulação de ações de diferentes atores sociais como a previdência social, o sistema de saúde, as empresas e os segurados."
Revista de Terapia Ocupacional da USP	Toniolo, A. C. & Lussi, I. A. O. (2016).	Afastamento e retorno ao trabalho: relatos de servidores públicos municipais	"Servidores públicos municipais."	Escuta.	"Os resultados da pesquisa mostraram que os participantes foram unânimes em considerar suas famílias como principal fonte de suporte no processo de retorno às atividades de trabalho."
Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar	"Louzada, E. C., Aquino, M. T. M. S. S., Holanda, M. S. V. & Cabral A. K. P. S. (2017)."	Análise sobre a atuação do terapeuta ocupacional como orientador profissional no serviço de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)	Terapeuta ocupacional da Gerência Executiva Recife/PE.	"Avaliação socioprofissional. Avaliação dos componentes de desempenho físicos e cognitivos e do ambiente de trabalho. Encaminhamentos para cursos e treinamentos. Orientação para o segurado sobre a legislação, normas da instituição e do programa de reabilitação profissional."	"Foram estabelecidas relações entre a terapia ocupacional e a função de Responsável pela Orientação Profissional do INSS, indicando caminhos para uma prática sustentada nas bases teóricas da profissão."
Revista de Terapia Ocupacional da USP	Figueiredo, M. O., Silva, L. R., Daidone V. & Magalhães, L. (2018).	Trabalhadores em processo de reabilitação profissional: percepções sobre o grupo de Terapia Ocupacional	Trabalhadores em processo de reabilitação profissional.	Dinâmica de grupo, Reabilitação, Capacitação profissional.	"A presente pesquisa possibilitou investigar a importância atribuída ao grupo de terapia ocupacional, que faz parte da reabilitação profissional promovida pelo INSS, na visão de trabalhadores que estão afastados e participam destes grupos."

Fonte: elaboração própria

A publicação de Toldrá *et al.* (2010) teve como objetivo identificar os facilitadores e barreiras para a reinserção no trabalho de trabalhadores participantes de um grupo de Terapia Ocupacional do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Crst). O estudo usou os domínios e os componentes da CIF mais relevantes para descrever a percepção de saúde dos trabalhadores que estavam afastados do trabalho ou desempregados e descreveu as intervenções do Terapeuta Ocupacional no auxílio durante a transição entre longos períodos de afastamento e retorno ao trabalho e, potencialização das habilidades do trabalhador para que esse retorno ocorra.

Já o estudo de Bregalda & Lopes (2011), identificou as intervenções da Terapia Ocupacional no preenchimento conjunto do formulário de Avaliação do Potencial Laborativo (APL) que consiste em um instrumento definidor de todo processo de reabilitação do segurado no Inss, pois ele é constituído por todos os dados cadastrais do trabalhador, as informações referentes à empresa de vínculo e as atividades que o trabalhador exercia, bem como as causas de seu afastamento e seu histórico profissional. Além desse instrumento de avaliação, o terapeuta ocupacional também busca compreender quais causas e contextos desencadeiam sentimentos de descrédito pessoal, incertezas e medo e procura criar estratégias que possibilitem trabalhar esses fatores, visando condições propícias para que o segurado retorne ao trabalho, dentro das possibilidades tanto do trabalhador em função de sua incapacidade quanto da instituição.

O estudo de Cardoso *et al.* (2013) objetivou descrever as propostas de atuação da Terapia Ocupacional, visando a reabilitação profissional num Hospital Universitário, dentro de um ambulatório de pós transplante-renal. Neste estudo o foco não foram as enfermidades relacionadas ao trabalho, mas sim as repercussões de um pós operatório, que é causador de limitações funcionais e, conseqüentemente, limitações no trabalho. Foi discutida e evidenciada a eficácia da avaliação da capacidade funcional e do potencial laboral, realizada pela Terapia Ocupacional, bem como a análise do ambiente de trabalho e as relações ocorrentes no mesmo. Este estudo também evidencia o perfil ímpar do terapeuta ocupacional no desenvolvimento de programas que promovem a orientação profissional, laboral e educativa e na criação de adaptações para acessibilidade dos trabalhadores ao local de trabalho. Foi indicado que o terapeuta ocupacional é um profissional que realiza intervenções voltadas para o treinamento e acompanhamento do trabalhador em seu desempenho funcional, visando adequar sua função laboral e auxiliar no retorno do mesmo para atividades profissionais ou significativas. O terapeuta ocupacional orienta o trabalhador na realização de atividades, com ajustes ergonômicos e uso adequado de sua energia e habilidade.

Em outro estudo de Bregalda & Lopes (2016), as autoras buscaram identificar e compreender práticas e concepções de

lineadas pela Terapia Ocupacional na área de reabilitação profissional do Inss – SP. A pesquisa mostrou que a Terapia Ocupacional atua no acolhimento dos segurados, investigando e identificando o sentido que o mesmo atribui a sua nova condição e as demandas de sua vida, atuando juntamente com o segurado na criação de estratégias para lidar com sua nova condição e conseqüentemente lidar com a diminuição de suas atividades laborais.

A pesquisa realizada por Silva *et al.* (2016) compreendeu as percepções dos terapeutas ocupacionais em relação aos fatores facilitadores e as barreiras para o retorno ao trabalho (assim como o estudo de Toldrá, citado anteriormente). O estudo apontou a contribuição da Terapia Ocupacional em estimular a compreensão pessoal dos trabalhadores sobre sua situação produtiva e das atividades desempenhadas pelos mesmos, para possibilitar o retorno ao trabalho. As mesmas autoras mencionaram que este profissional também pode atuar no processo de qualificação e cursos de elevação de escolaridade, no acompanhamento durante o treinamento nas empresas, na articulação com outros serviços e acolhimento e empoderamento dos direitos e deveres dos trabalhadores que se encontram em processo de reabilitação profissional.

O estudo de Toniolo *et al.* (2016) teve como objetivo verificar qual(is) suporte(s) trabalhadores afastados por transtornos mentais e do comportamento receberam no momento do afastamento do trabalho, mas, especialmente, no retorno às atividades, após receberem benefício auxílio-doença concedido pelo INSS. A pesquisa evidenciou que o terapeuta ocupacional faz parte dos profissionais citados nos relatos, e propicia suporte aos trabalhadores para o retorno às atividades laborais por meio da escuta, possibilitando melhor compreensão do caso e potencializando os sentimentos positivos envolvidos no acolhimento do trabalhador.

Já o estudo de Louzada *et al.* (2017) teve como objetivo investigar a relação existente entre a Terapia Ocupacional e a função desempenhada pelos terapeutas ocupacionais no serviço de Reabilitação Profissional do INSS. Apontou-se como intervenções desse profissional a avaliação socioprofissional e avaliação dos componentes físicos, cognitivos e do ambiente de trabalho. Com essas avaliações, o terapeuta ocupacional reúne informações pertinentes a promoção de retorno desse trabalhador como: escolaridade, componentes de desempenho ocupacional, potencialidades laborais, contexto do trabalhador e seus interesses educacionais e laborais. Ainda de acordo com esse estudo, a Terapia Ocupacional desempenha um trabalho de acolhimento e empoderamento com o segurado, orientando e acompanhando o mesmo em seu processo laboral e informando atividades profissionais adequadas a sua nova realidade. Permite-se assim, ao segurado, o autoconhecimento e conseqüentemente a escolha consciente de suas novas atividades profissionais. O terapeuta ocupacional

também é apontado como um profissional que também realiza orientação profissional a partir de encaminhamentos para cursos e treinamentos relacionados aos interesses do segurado, promovendo capacitação do trabalhador neste processo de afastamento. Ainda, este profissional pode informar ao trabalhador a respeito da legislação do INSS e do programa de reabilitação profissional.

Por fim, o estudo de Figueiredo *et al.* (2018) teve por objetivo verificar a percepção de trabalhadores submetidos à reabilitação profissional por meio da intervenção grupal desenvolvida pela Terapia Ocupacional e apontou como intervenção da Terapia Ocupacional a dinâmica de grupo, que contribuiu para o diálogo entre os participantes, minimização dos sentimentos e comportamentos nocivos, orientação relacionadas ao processo de afastamento do trabalho, aprendizado/capacitação profissional e reabilitação profissional. Dessa forma, é apontado que o terapeuta ocupacional contribuindo para o bem-estar emocional dos participantes do grupo.

Discussão

Entre os artigos analisados, foram notáveis as contribuições da Terapia Ocupacional na avaliação dos componentes físicos, cognitivos, emocionais e sócio-profissionais, assim como dos ambientes de trabalho e das relações inerentes ao mesmo. As pesquisas também descrevem como intervenções do terapeuta ocupacional, a re aquisição de habilidades que foram minimizadas negativamente pelas relações com o trabalho. Lancman & Jardim (2004) descrevem a importância de se compreender a influência do processo organizacional do trabalho e suas relações com o trabalhador, para que se possa realizar intervenções. Ainda, as autoras indicam que é importante a compreensão de que o processo organizacional e as relações de trabalho podem ser a gênese dos adoecimentos dos trabalhadores.

Diante do processo de retorno ao trabalho é indispensável que os profissionais do serviço, entendam as atividades laborais que os trabalhadores realizam no ambiente de trabalho, para reconhecimento de suas habilidades e funcionalidades. E também para propiciar uma análise que abrange os componentes físicos, cognitivos e organizacionais relacionados ao trabalho (Silva & Camarotto, 2016).

Tendo em vista que as avaliações realizadas precisam ser abrangentes, porém seguir uma linha lógica para objetivos específicos, que consistem em entender todos os componentes relacionados às ocupações do indivíduo ao qual se pretende realizar a intervenção, o terapeuta deve possuir aptidão para avaliar esse indivíduo levando em consideração os fatores relacionados ao adoecimento e as consequências do mesmo em suas restrições ocupacionais (Kudo *et al.*, 2012).

É importante salientar que os fatores psicológicos são de grande importância para que o retorno ao trabalho tenha

sucesso. Inclui-se também os aspectos emocionais, econômicos, sociais, ambientais, biológicos e a relação do trabalhador com seu processo de reabilitação (Silva *et al.*, 2007).

A escuta e o acolhimento também foram evidenciados em diferentes estudos, como parte da atuação dos terapeutas ocupacionais no processo de afastamento do trabalho e reabilitação profissional, proporcionando suporte e bem-estar aos trabalhadores. Esses aspectos foram indicados como eficazes e que auxiliam o trabalhador a lidar com sua condição laboral. De acordo com Gravina *et al.* (2006) é fundamental ouvir o trabalhador, já que a escuta pode favorecer que o profissional entenda o cotidiano desse trabalhador.

Nessa direção, o acolhimento dentro da perspectiva humanizada facilita o acesso a determinado serviço e atende de forma melhorada quem necessita do mesmo. O acolhimento também auxilia no melhor desempenho das equipes com relação ao entendimento das demandas e da formulação de processos de trabalho que convergem com as necessidades das pessoas (Mângia *et al.*, 2002).

Alguns estudos descreveram como atuação do terapeuta ocupacional, a orientação ao trabalhador em diversas questões: sobre a condição atual do trabalhador, sobre sua prática laboral, e orientaram ainda sobre a legislação institucional vigente e quais os direitos e deveres dos trabalhadores no INSS. Após as orientações, ainda foram descritas ações relacionadas ao acompanhamento e encaminhamento dos trabalhadores para as capacitações profissionais. Logo, a Terapia Ocupacional trabalha na perspectiva de recuperar o indivíduo que se encontra inativo, visando também conscientizar esse mesmo indivíduo sobre os obstáculos desencadeados pelo mercado de trabalho (Pfeifer, 1993).

É importante que o trabalhador seja consciente de sua realidade laboral e tenha acesso à capacitação profissional, como afirma Pimentel *et al.* (2011). A falta de informação e acesso, exacerbam as barreiras decorrentes da limitação ou perdas. A Terapia Ocupacional se constrói dentro de uma relação terapêutica articulada, que possibilita a atuação dos indivíduos, facilitando assim o próprio entendimento de suas limitações e o desafio dos obstáculos consequentes desse processo (Cirineu *et al.*, 2013). Um dos artigos analisados na revisão, relacionou a atuação da Terapia Ocupacional com o auxílio na transição entre os longos períodos de afastamento, porém não ficou evidente de que forma foi realizado e que procedimentos ou recursos foram utilizados para que se chegasse a esse resultado.

Foi possível perceber que o Terapeuta Ocupacional contribui para o empoderamento do trabalhador, potencializando suas habilidades. O terapeuta ocupacional visa a independência funcional com o uso das Atividades de Vida Diária (AVD) e atividades laborais como fim, como meio e como instrumento, com o objetivo principal de favorecer o retorno ao trabalho. Esse

profissional usa diversas estratégias e intervenções para melhorar o desempenho funcional e ocupacional, também com o objetivo de prevenir incapacidades (Dias & Junior, 2016).

Por fim, o terapeuta ocupacional tem um papel importante pois contribui e reflete de forma crítica no e a partir do cotidiano dos sujeitos, compreendendo seus significados e, auxiliando na promoção e na organização do coletivo (Galheigo, 2003).

Considerações finais

A presente revisão buscou mostrar a produção científica que versa sobre a atuação da Terapia Ocupacional na Reabilitação Profissional e as possibilidades de intervenções nesse processo de reabilitação no âmbito nacional, nos últimos dez anos. Os dados mostraram que a Terapia Ocupacional vem se inserindo na área de Saúde e Trabalho de forma gradativa e, em especial, nos Programas de Reabilitação Profissional do Inss nos últimos dez anos, principalmente em decorrência da abertura de concursos da Previdência Social em 2008.

Dentro desse contexto, o profissional Terapeuta Ocupacional atua em todas as etapas do processo de reabilitação desse trabalhador/segurado, desde a avaliação do seu potencial laborativo, a avaliação de sua incapacidade para o trabalho por meio da compreensão dos componentes físicos, cognitivos, ambientais, emocionais e sócio-profissionais, até a análise de funções compatíveis/postos de trabalho para o processo de retorno ao trabalho.

O Terapeuta Ocupacional, por ser um profissional habilitado em utilizar as atividades para promover independência, autonomia, empoderamento e reabilitação. Este profissional dedica-se também a promover suporte e auxílio aos trabalhadores no processo de afastamento do ambiente de trabalho, realizando intervenções definidas ou construídas juntamente com o trabalhador, ou elaborando recursos ímpares para o retorno às atividades laborais.

Por fim, aponta-se a necessidade de outros estudos a fim de demonstrar a diversidade de atuação do terapeuta ocupacional na área e identificar quais os principais recursos e atividades vêm sendo utilizadas no processo de retorno ao trabalho. ■

[Recibido: 18/11/21- Aprobado: 23/05/22]

Referências

- Bartilotti C. B.; Andrade, P. R.; Varandas, J.; Ferreira, P. C. G.; CABRAL, C. (2009). Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. *Revista Acta Fisiátrica*, 16(2), 66-75. <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103169?msckid=201d93b-2d15511eca53badee1357ba18>
- Borges, L. O. & Yamamoto, O. H. (2004). O mundo do trabalho. In: Zanelli, J. C., Borges-Andrade, J. E. & Bastos, A. V. B. *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Artmed.
- Brasil. (2013, 12 de abril). Pessoas que sofreram acidente de trabalho e tiveram sequelas. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Brasília*. <https://censo2010.ibge.gov.br/noticiascenso.html?busca=1&id=1&idnoticia=3202&t=pns-2013-12-4-pessoas-que-sofreram-acidente-trabalho-tiveram-sequelas&view=noticia>.
- Brasil. (2015, 09 de dezembro). Resolução nº 459 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. *Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Brasília*. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3220>.
- Brasil. (2018, 1 de fevereiro). Manual Técnico de Procedimentos da Área de Reabilitação Profissional. *Instituto Nacional de Seguro Social e Dirsat, Brasília, 1(1)*. <https://www.alexandretriches.com.br/wp-content/uploads/2018/03/Manual-de-Reabilita%C3%A7%C3%A3o-profissional.pdf>
- Bregalda, M. M. & Lopes, R. E. (2016). A reabilitação profissional no Inss: caminhos da terapia ocupacional. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 479-493. <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00479.pdf>
- Bregalda, M. M. & Lopes, R. E. (2011). O Programa de Reabilitação Profissional do Inss: Apontamentos iniciais a partir de uma experiência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 19(2), 249-261. <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/466/331>.
- Cardoso, J. S., Cavalcante, M. C. V. & Miranda, A. T. M. (2013). A reabilitação profissional como proposta de intervenção da terapia ocupacional no pós-transplante renal. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 24(2), 162-7. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/79911/84600>.
- Cirineu, C. T., Miasso, A. I., Assad, F. B. & Pedrão, L. J. (2013). Contribuição de grupos de atividades de terapia ocupacional na evolução de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia refratária usuárias de clozapina. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 24(3), 191-8. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/69286/87152>.
- Dejours, C. (2015). Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? *Cult*, 139, 49-53. <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/reencantarotrabalho/>
- Dias, T. S. & Junior, J. L. R. (2016). Programa de reabilitação funcional para sujeitos com sequelas de hanseníase. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 27(3), 355-60. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/110717/122751>.
- Figueiredo, M. O., Silva, L. R., Daidone, V. & Magalhães, L. (2018). Trabalhadores em processo de reabilitação profissional: percepções sobre o grupo de Terapia Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 29(1), 56-62. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/140096/147336>.
- Galheigo, S. M. (2003). O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 14(3), 104-9. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13924/15742>.
- Grant, M. J.; Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19490148/>
- Gravina, M. E. R., Nogueira, D. P. & Rocha, L. E. (2003). Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no re-

- torno ao trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 14(1), 19-26. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13911/15729>.
- Kudo, A. M., Parreira, F. V., Barros, P. B. M., Zamper, S. S. S. (2012). Construção do instrumento de avaliação de Terapia Ocupacional em contexto hospitalar pediátrico: sistematizando informações. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 20(2), 173-181. <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/619/374>
- Lancman, S., Barros, J. O. & Jardim, T. A. (2016). Teorias e práticas de retorno e permanência no trabalho: elementos para a atuação dos terapeutas ocupacionais. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 27(2), 101-8. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/119231/116636>.
- Lancman, S. & Jardim, T. A. (2004). O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. (2004). *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 15(2), 82-9. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13943/15761>.
- Louzada, E. C., Aquino, M. T. M. S. S., Holanda, V. S. V. & Cabral, A. K. P. C. (2017). Análise sobre a atuação do terapeuta ocupacional como orientador profissional no serviço de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 25(4), 687-700. <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1612/904>.
- Mângia, E. F., Souza, D. C., Mattos, M. F. & Hidalgo, V. C. (2002). Acolhimento: uma postura, uma estratégia. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 13(1), 15-21. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13890/15708>.
- Minayo, M. C. S. (2001). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Observatório do Cuidado*. http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf.
- Panzeria, C. S. B. & Palhares, M. S. (2013) A documentação clínica em Terapia Ocupacional: revisão de literatura Carla Simon Benevides Panzeria, Marina Silveira Palhares. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 21(3), 623-634. <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2013.065>
- Pfeifer, L. I. (1993). Os terapeutas ocupacionais e suas condutas profissionais. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 4(1&2), 17-25. <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/57/47>
- Pimentel, A. M., Costa, M. T. B. & Souza, F. R. (2011). Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 22(2), 110-116. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14128/15946>.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006) Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, p.457-480.
- Rodrigues, D. S.; Nogueira, L. F. Z.; Souza, M. B. C. A. (2020). Terapia Ocupacional no Campo do Trabalho: a saúde e a sociedade contemporânea como questões necessárias na compreensão do trabalhador. *REVISBRATO*, 4(4), 568-579.
- Silva, E. C. & Camarotto, J. A. (2016). Contribuições da análise da atividade do trabalho no processo de retorno do trabalhador afastado por LER/Dort. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 27(2), 131-7. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14003/15821>.
- Silva, S. R., Guimarães, E. V. & Rodrigues, A. M. V. N. (2007). Aspectos relacionados ao processo de retorno ao trabalho de indivíduos com desordens musculoesqueléticas do membro superior: uma bibliografia comentada. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 18(1), 38-43. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14003/15821>.
- Silva, T. N. R., Alves, G. B. O & Assis, M. G. (2016). O retorno ao trabalho na perspectiva de terapeutas ocupacionais: facilitadores e barreiras. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 27(2), 116-22. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/106727/116487>.
- Souza, M. B. C. A. de, & Lussi, I. A. de O. (2022). Terapia Ocupacional e trabalho informal: reflexões para a prática. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 30(e2901), 1-15. <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2901>
- Toldrá, R. C., Daldon, M. T. B., Santos, M. C. & Lancman, S. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 10-22. <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/03.pdf>.
- Toniolo, A. C. & Lussi I. A. O. (2016). Afastamento e retorno ao trabalho: relatos de servidores públicos municipais. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 27(2), 123-30. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/106928/116619>.
- Whittemore, R. & Knaf, K. (2005). The integrative review: 5. updated methodology. *J Adv Nurs*, 52(5), 546-553. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

Cómo citar esta revisión:

da Silva Rodrigues, D., Leite de Sousa, G., Chaves Azevedo de Souza, M. B. (2022). Terapia Ocupacional no processo de reabilitação profissional no Brasil: revisão de literatura. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8 (1) 40-49.

Sobre las Terapias Ocupacionales del Sur y su configuración como infancias disciplinares

About the Occupational Therapies to the South and their configuration as disciplinary childhoods

Andrés Iván Bassi Bengochea

Andrés Iván Bassi Bengochea

Licenciado en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Mar del Plata. Becario de investigación e integrante del Grupo de Estudios Antropológicos. Docente adscripto en "Antropología" y "Seminario de Teoría y práctica etnográfica aplicadas al campo de la salud", Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata.

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-3498-4805>

ivanbassi@gmail.com

Resumen

Al referir sobre las Terapias Ocupacionales del Sur no se pretende dar cuenta necesariamente de una posición geográfica en el mapa, sino más bien de una multiplicidad de prácticas y discursos que rebasan (en el sentido de que incluyen y trascienden) el ámbito clínico, e incorporan una perspectiva crítica que intensifica voluntades de transformación social. Ello entraña una forma sistemática de poner en tensión los fundamentos hegemónicos sobre los que se ha globalizado la disciplina. En este ensayo se presenta una propuesta conceptual para pensar a las Terapias Ocupacionales del Sur como infancias disciplinares. El análisis de la categoría infancia, su mito filosófico y su metáfora, nos permitirá afirmar, por un lado, que las Terapias Ocupacionales del Sur orientan su praxis hacia las infancias, y por otro, que ellas mismas emergen como infancias disciplinares, como un nuevo pensamiento, un nuevo devenir que irrumpe intempestivamente en la historia con la fuerza del acontecimiento, interpelando las praxis actuales y abriendo incommensurables posibilidades proyectadas hacia el futuro.

Palabras clave: Terapias Ocupacionales del Sur, Infancias disciplinares.

Abstract

When referring to Occupational Therapies from the South, it is not intended to necessarily refer to a geographical position on the map, but rather a multiplicity of practices and discourses that go beyond the clinical field (in the sense that they include it and transcend it), and incorporate a critical perspective that intensifies wills for social transformation. This entails a systematic way of putting in tension the hegemonic foundations on which the discipline has been globalized. In this essay a conceptual proposal is presented to think of the Occupational Therapies to the South as disciplinary childhoods. The analysis of the childhood category, its philosophical myth and its metaphor, will allow us to affirm, on one hand, that the Occupational Therapies to the South orient their praxis towards childhoods, and on the other, that they emerge as disciplinary childhoods by themselves, as a new concept, a new becoming that suddenly bursts into history with the force of the event, challenging current practices and opening up immeasurable possibilities projected into the future.

Key words: Occupational Therapies to the South; Disciplinary Childhoods.

Introducción

Al referirse a las Terapias Ocupacionales del Sur no se pretende dar cuenta necesariamente de una posición geográfica en el mapa, sino de una multiplicidad de prácticas y discursos que rebasan (en el sentido de que incluyen y trascienden) el ámbito clínico e incorporan una perspectiva crítica para gestar su praxis social con y desde el centro de las comunidades. Afirmando que el Sur se constituye más allá de espacios geográficos concretos, Obarrio (2013) nos convoca a entenderlo en términos de relación, es decir, nos alienta a superar el nivel territorial para pensarlo como estrategias de poder global. Así, en términos de relación, el Sur es en correspondencia al Norte global que Grosfoguel (2007) caracteriza como sistema mundo moderno/colonial capitalista/patriarcal.

En líneas similares, para Sousa Santos (2015) el Sur remite a la metáfora de los procesos coloniales que operan no sólo en el área geopolítica sino también en el ámbito del conocimiento. Esta colonialidad del saber supone la homogeneización de un sistema de representación y conocimiento desde el Norte global, a través del cual, “este dispositivo de poder, una vez *universalizado y naturalizado*, subalterniza otras representaciones y saberes que quedan relegados a simples objetos de conocimiento, silenciados, y sin poder de enunciación” (Gómez-Quintero, 2010, p. 89).¹ Es así que, en el devenir histórico, el sistema mundo moderno/colonial capitalista/patriarcal ha privilegiado la cultura, el conocimiento y la epistemología producidas desde el Norte (Grosfoguel, 2007).²

Si nos situamos en el ámbito disciplinar, es posible admitir una colonialidad del saber en Terapia Ocupacional (de ahora en adelante TO) al reconocer que la cosmovisión de la disciplina que ha dominado y consolidado su presencia en varios países del mundo, “proviene de países de pensamiento eurocéntrico, particularmente de Inglaterra y Estados Unidos, [cuyo] fundamento epistémico-metodológico, se caracteriza por pertenecer a racionalidades positivistas y funcionalistas al sistema social” (Valderrama Núñez, 2019, p. 672). Hay en ello un modo filosófico, ontológico, incluso político de comprender lo humano y el mundo que, trascendiendo las geografías, ha configurado una TO hegemónica, diríamos, del Norte.

1 En este artículo revisitaremos las nociones de dispositivo de Foucault y Agamben, como herramientas conceptuales que habilitan a pensar las implicancias de las transformaciones que, desde el Sur, están operando en nuestra disciplina.

2 Al respecto, Grosfoguel (2007) sostiene que la superioridad atribuida al conocimiento eurocéntrico en muchas esferas de la vida, es un aspecto importante de la colonialidad del sistema mundo moderno. Frente a ello, plantea la necesidad de descolonizar su epistemología mediante un llamado a “nuevos lugares institucionales y no institucionales desde los cuales lo subalterno pueda hablar y ser escuchado” (p. 64).

Ahora bien, si partimos de entender al Sur en términos de relación, deberemos reconocer que los conocimientos allí producidos, si bien pueden resultar “inadecuados” para pensar los devenires del sur, son a un tiempo “ineludibles”. Es decir que, lejos de rechazar *a priori* las teorías y los conceptos provenientes del norte global, el ejercicio crítico de reponer su espacio-tiempo de producción constituye una primera cuestión que permite dar cuenta de la situacionalidad y contingencia del conocimiento producido (Segura, 2021).³ En ese sentido, la perspectiva de las Terapias Ocupacionales del Sur comporta una forma sistemática de poner en tensión los fundamentos hegemónicos sobre los cuales se ha globalizado la disciplina. Es por esto que entenderemos al Sur no tanto como una posición, sino como un posicionamiento. Como un giro ético y político que, desde una pluri-versalidad epistemológica (Walsh, 2007), se orienta a alojar y dialogar con cosmovisiones, conocimientos y formas de producción contrahegemónicas al sistema mundo moderno/colonial capitalista/patriarcal.

En este ensayo se presenta una propuesta conceptual para pensar a las Terapias Ocupacionales del Sur como infancias disciplinares. El análisis de la categoría infancia, su mito filosófico y su metáfora, permitirá alegar que este giro desde el/ al Sur instituye una infancia disciplinar, un nuevo territorio, un nuevo pensamiento, un nuevo devenir que irrumpe intempestivamente en la historia con la fuerza del acontecimiento y que, como tal, interpela las praxis actuales, al tiempo que abre inconmensurables posibilidades proyectadas hacia el futuro.

1. Del significativo infancia

A lo largo de la historia, se han construido un sinnúmero de discursos, dichos y decires de infancia. La multiplicidad de perspectivas, muchas veces, lejos de enriquecer y esclarecer al concepto, lo han dotado de una opacidad con profundas implicancias de orden práctico, ético y político. Si bien es cierto que podemos admitir la existencia de una infancia dominante que vincula la categoría a una lógica-temporal-cronológica, la primera cuestión a consignar es la siguiente: ¿en qué pensamos cuando pensamos en infancia?

Aquí le otorgaremos a infancia el estatuto de significativo, “admitiendo en tanto tal múltiples significaciones y sentidos que no pueden quedar capturados en ningún significado” (Minnicelli, 2018, p. 19). Este posicionamiento, si bien puede parecer que acciona como una clausura, en realidad, abre la posibilidad de hacer de lo dicho, otros decires, ya que es justamente a partir de entender que ningún desarrollo puede agotar el significativo, que no podremos sostener ninguna clausura en base a los discursos que han operado sobre él.

3 Siguiendo los planteos de Walsh (2007), uno de los desafíos respecto de las teorías del Norte, entonces, implica hacer ver sus pretensiones coloniales e imperiales y disputar su posicionamiento como únicas-universales.

La existencia de esa infancia dominante hace que, toda vez que leemos o escuchamos discursos sobre ella pensemos, casi de manera inmediata, en una etapa de la vida. Pero, veremos que el significante infancia condensa otras dimensiones (mitos y metáforas) que son irreductibles a una lógica-cronológica-dominante, y son justamente ellas, las que permitirán ensayar esta propuesta teórica.

2. La infancia y su dimensión mitológica

La primera afirmación de esta propuesta es la siguiente: **las Terapias Ocupacionales del Sur orientan su praxis hacia las infancias**. Para comprender el sentido político que carga esta idea, debemos remitirnos a la dimensión mitológica del concepto.

El filósofo Walter Kohan (2007) sostiene que a la infancia se la ha configurado alrededor de un mito: el mito filosófico de las ausencias. Esto se verifica ya desde su raíz etimológica: *infans*, *in*, como prefijo privativo, y *fari*, hablar, es decir, ausencia de habla. Rápidamente, sostiene el filósofo, el término pasó a ser utilizado de un modo más general para designar a los que todavía no pueden participar de la *res pública*. De modo que la infancia “designa en su etimología la falta infaltable, la del lenguaje, y en sus usos primeros, otra falta no menos infaltable, la de la vida política” (Kohan, 2007, p. 10). Así, la infancia en su dimensión mitológica se constituye atravesada por una nota de ausencia y de privación.

Desde este mito filosófico, postular que las Terapias Ocupacionales del Sur orientan su praxis hacia las infancias, pretende significar que sus acciones se sitúan allí donde las condiciones de posibilidad para el ejercicio de la ciudadanía y de la vida política se encuentran privadas, obstaculizadas, limitadas o marginadas de alguna manera; allí donde emergen fronteras poderosas para la construcción de lo común, producto de desigualdades de poder y de reconocimiento simbólico entre grupos de personas. Las acciones disciplinares, entonces, trascienden el quehacer clínico tradicional para intensificar una voluntad de transformación social, en pos de revertir esta ausencia.

Desde el eco de este mito filosófico, la reflexión en torno a las infancias (y aquí el plural se impone para albergar los matices de las historias de vida subalternizadas) junto a su posibilidad de participación en la *res pública*, reclama “pensar en lo político como modo de institución de la sociedad, como espacio de deliberación, pero también de conflicto y antagonismo respecto de la disputa por «la propiedad de los que no tienen parte»” (Carli, 2017, p. 55). Esto, a su vez, nos interpela a reconocer en el cotidiano el límite de lo pensable institucionalmente para, desde allí, cartografiar nuevos mapas de pensamiento y acción disciplinar. En palabras de Enrique Leff, se torna necesario “«deconstruir» lo

pensado para pensar lo por pensar. Para desentrañar lo más entrañable de nuestros saberes y para dar curso a lo inédito, arriesgándonos a desbarrancar nuestras últimas certezas” (Leff, 2000, en Walsh, 2007, p. 103).

En este punto es que podemos situar las transformaciones que están operando desde el Sur. Para Guajardo (2016),

es la propia TO la que debe transformarse en sus fundamentos y [orientarse] a generar una práctica liberadora. Esto obliga, compromete a que nosotras/os nos liberemos del discurso y práctica institucional dominante. Sobrepasar sus bordes, generar fracturas, producir puntos de fuga a lo estable, a lo perenne. Una TO que vaya más allá de las fronteras y márgenes establecidos, para producir otras terapias ocupacionales (p. 45).

Este camino requiere desenmarañar las líneas del dispositivo (Deleuze, 1990) que con-formamos. En efecto, dar cuenta de las Terapias Ocupacionales en su carácter de dispositivo, habilita reflexiones y acciones sobre las relaciones de saber-poder-subjetividad que se articulan en su interior.

Retomando los aportes de Guajardo, convenimos que:

el conocer, el saber, las prácticas, las identidades, se construyen en el contexto de una institución social y no fuera de ella. Todo saber, que pudiese ser llamado ciencia, teoría, así como toda práctica, que pueda ser llamada profesional en la TO, se inscribe al interior del dispositivo institucional y no fuera de él (Guajardo, 2016, p. 43).

Agamben (2011) recupera de Foucault lo que éste último entiende por dispositivo. Dice Foucault:

Aquello sobre lo que trato de reparar con este nombre es (...) un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. (...) Por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante (...). Así, el dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también ligado a un límite o a los límites del saber que le dan nacimiento, pero, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber, y sostenidas por ellos (Agamben, 2011, p. 250).

De lo anterior se desprenden tres aspectos centrales. En primer lugar, el dispositivo constituye una red, un conjunto heterogéneo de instituciones y discursos, entre otros elementos. En segundo término, es producto de una urgencia histórica a

la que intenta responder y por ello, siempre tiene una función estratégica concreta inscrita en una relación de poder. Por último, el dispositivo resulta del entrecruzamiento de las relaciones de saber y de poder. Agamben presenta luego su propia definición: “llamo dispositivo a todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (Agamben, 2011, p. 257). Aquí el autor agrega al dispositivo foucaultiano un elemento central: los dispositivos, en estos términos, son un conjunto de praxis, de saberes, de instituciones que, desde esa captura, desde ese control, desde ese gobierno, producen subjetividades. De esta manera, “el dispositivo, antes que todo, es una máquina que produce subjetivaciones y, por ello, también es una máquina de gobierno” (Agamben, 2011, p. 261). En el mismo sentido lo entiende Fanlo (2011) cuando afirma que un dispositivo es “un régimen social productor de subjetividad, es decir, productor de sujetos-sujetados a un orden del discurso cuya estructura sostiene un régimen de verdad” (p. 7). Así, cada dispositivo porta una especificidad en cuanto al tipo de sujeto que pretender producir.

El dispositivo TO en cuestión, ha articulado relaciones de saber-poder-subjetividad desde una racionalidad científica funcional al sistema mundo moderno. Desde el Norte global, la TO ha orbitado su práctica y su *corpus* teórico alrededor de un saber técnico que ha sido sostenido por (y ha sido productor de) un sujeto liberal y un individuo disfuncional. La actitud positivista del cientificismo que ha reinado en su seno, viabilizó el predominio de la dimensión técnica por sobre la social. Por ello es que, “aunque discursivamente considerada como «holística» en relación a la concepción del ser humano y su salud, presenta un perfil muy anclado en los saberes y prácticas biomédicas” (Gil e Incaugarat, 2018, p. 38).

Ahora bien, si entendemos que cada dispositivo se produce alrededor de una urgencia histórica, la necesidad de reconfiguraciones al interior de éste se vuelve patente para responder a problemáticas situadas y contemporáneas.

Las Terapias Ocupacionales del Sur, en efecto, están operando en esta reconfiguración.⁴ Éstas son esencialmente sociales e invitan a superar el ámbito sanitario como campo único de conocimiento y práctica. Accionan “en el campo de «lo social», ese campo que constituye a los sujetos y comunidades, ese lugar en el que transcurre sus vidas, sus emociones y sen-

4 Cabe mencionar en este punto que las contribuciones para pensar y actuar desde-para el-al Sur abrevan en múltiples vertientes de la crítica feminista; los aportes de los estudios subalternos de la India; la producción de intelectuales africanos; la llamada perspectiva decolonial, filosofía intercultural, filosofía de la liberación, entre otros. Para profundizar en este punto, recomiendo Lander (2000) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Ed. CLACSO.

timientos, alegrías, penas, esperanzas y desesperanzas” (Valderrama Núñez, 2019, p. 673).

Las Terapias Ocupacionales del Sur, orientando su praxis hacia las infancias, asumen un compromiso político, en tanto sus acciones se dirigen a transformar las condiciones que generan desigualdades e injusticias. Ello implica gestar y habitar un sistema-mundo-alterativo (no alternativo) al mundo moderno-occidental-eurocéntrico. Un mundo *alter*-ativo en tanto mundo-*otro*. Dar paso a lo inédito, a la utopía y al compromiso con “un proceso y un proyecto que se construye desde la gente [y que] apuntala la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales, y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas” (Walsh, 2010, p. 78).

Dice Deleuze (1990) que en todo dispositivo encontramos curvas de visibilidad y curvas de enunciación. Los dispositivos “son máquinas para hacer ver y para hacer hablar (...). Si hay una historicidad de los dispositivos, ella es la historicidad de los regímenes de luz, pero es también la de los regímenes de enunciación” (Deleuze, 1990, pp. 155-156). En línea con ello, las praxis de las Terapias Ocupacionales del Sur orientadas hacia las infancias, procuran jaquear el mito filosófico de las ausencias (Kohan, 2007), volverse en contra de la etimología *infans*, instaurando nuevas curvas de visibilidad y regímenes de enunciación que hagan de lo común, de la *res pública*, un espacio más justo, inclusivo y democrático.

3. La infancia y su dimensión metafórica

La dimensión metafórica de la infancia nos permite pensarlas como un devenir, como un acontecimiento. Para adentrarnos en ella, debemos retomar una distinción de conceptos griegos para indicar temporalidad. La palabra para referir tiempo más habitual entre nosotros es

«chrónos» [que] designa una temporalidad lineal, continua, sucesiva [donde] el presente es un límite entre lo que ya fue -el pasado- y lo que será -el futuro- (...). Otra de las palabras de significación temporal en el griego clásico es «kairós», que significa “medida”, “proporción” y, en relación con el tiempo, “momento crítico”, “temporada”, “oportunidad”. Una tercera palabra con sentido temporal es «aión» [que] designa la intensidad del tiempo de la vida, una duración, un destino, algo así como una temporalidad no numerable, por lo tanto, ni consecutiva ni sucesiva (Kohan, 2007, pp. 92-93).

Esta tesis viene a decirnos que lo propio de las infancias no se agota en una etapa o momento de la vida (*chrónos*) sino que, además, están constituidas por otra temporalidad, por una intensidad ni sucesiva ni consecutiva: un tiempo *aiónico* de las infancias. Ello se vincula con la idea de acontecimiento, de devenir en Deleuze. El acontecimiento “es lo que irrumpe la

historia, la revoluciona, le da un nuevo inicio, inicia una nueva historia” (Deleuze, 1995 en Kohan, 2007, p. 94). Devenir-infante, “no es volverse un niño, infantilizarse, (...) es la infancia como intensidad, un situarse intensivamente en el mundo, un salir siempre de «su» lugar y situarse en otros lugares, desconocidos, inusitados, inesperados” (Kohan, 2007, p. 95). Esta metáfora presenta a la infancia como creación, como intensidad, como potencia, en definitiva, como acontecimiento.

En este sentido, la segunda afirmación de la presente propuesta es que **podemos pensar a las Terapias Ocupacionales del Sur como infancias disciplinares**, recuperando esta dimensión que no se ata a la edad cronológica de la profesión, sino que, como *kairós*, instituye oportunidad.

Una infancia disciplinar potente y afirmativa, que mantiene viva la pregunta y el modo curioso y cuestionador de habitar su práctica. Una infancia como devenir, como estar-siendo que, en sus implicancias políticas, sostiene “la vocación irrenunciable por ser más, por afirmar el futuro como posible y no como determinado” (Kohan, 2007, p. 177). Una infancia disciplinar como *aión*, situada intensivamente en el mundo y abierta en ese acto al llamado de su hora histórica, al tiempo que construye comunitariamente respuestas a los imperativos contemporáneos, extendiendo territorios y cartografiando nuevos mapas. Una infancia que busca salir continuamente de su lugar ampliando, en la cotidianeidad como espacio clave de disputas de sentido y centro mismo del acontecer histórico (Heller, 1987), el límite de lo pensable institucionalmente.

En relación a ello, si “las condiciones epistémicas de nuestras preguntas están inscritas en el reverso de los conceptos que utilizamos para darles respuestas” (Sousa Santos, 2015, p. 20), deberemos asumir desde el Sur el compromiso de fundar reflexiones e inflexiones, encaminadas a resistir y deshabitar la trama conceptual de la perspectiva hegemónica colonial. En palabras de Daniela Testa (2019), aportar perspectivas amplias y plurales del mundo, “gestando un saber-hacer comprometido no sólo con juicios de verdad y eficiencia, sino también con criterios de sensibilidad, justicia, inclusión, equidad y respeto” (p. 88). La hibridez TO-Antropología (Gil y Bassi Bengochea, 2021) se torna un camino fértil en este desafío.

La posibilidad de que las Terapias Ocupacionales del Sur abren en la ciencia antropológica, mucho más que un mero conjunto de métodos y técnicas de investigación, aporta a la constitución de una ética que parte del reconocimiento del otro y su mundo de significaciones. Como ya lo expresó Guajardo (ibid.), este giro desde el Sur “requiere de una TO producida desde las prácticas, la experiencia cotidiana, al lado de las comunidades concretas, situadas localmente. Que promueva la autonomía, la ciudadanía y considere a la comunidad como un sujeto actuante, productor de su realidad” (p. 45). En líneas si-

milares lo piensan Cella y Polinelli (2017) cuando afirman que las culturas y saberes locales “nos imponen nuevas obligaciones: relecturas de los contextos, sistematización teórica para la ruptura de los discursos hegemónicos, evaluación crítica de las prácticas en un escenario marcado por grandes transformaciones culturales y viejas (y nuevas) opresiones políticas, sociales y culturales” (p. 37).

El camino posible de hibridez TO-Antropología aboga por una TO intercultural sostenida por los fundamentos teóricos y metodológicos de la antropología social. Aspira, en este sentido, a contribuir al conocimiento de la sociedad a partir de etnografías intensivas, mediante la construcción de nuevas categorías analíticas que sean sensibles a las trayectorias diferenciales de grupos y colectivos, apuntalando una vigilancia epistemológica estricta de los postulados que sostienen nuestro hacer (Gil y Bassi Bengochea, 2021).

Este posicionamiento metodológico, ético y epistemológico, junto a la transgresión política del mito filosófico de las ausencias, pueden contribuir a la construcción de una polifonía que jaquee no sólo la pretendida universalidad de la TO del Norte, sino también, sus privilegios de enunciación.

4. Po-ética infantil... a modo de cierre

Veamos, por último, un poema infantil para abordar una última característica que considero propia -y necesaria- de las Terapias Ocupacionales del Sur.

UN SEÑOR MADURO CON UNA OREJA VERDE
POR GIANNI RODARI⁵

Un día, en el expreso de Soria a Monterde,
vi que subía un hombre con una oreja verde.
No era ya un hombre joven sino más bien maduro,
todo menos su oreja, que era de un verde puro.
Cambié pronto de asiento y me puse a su lado
para estudiar el caso de cerca y con cuidado.
Le pregunté: —Esa oreja que tiene usted, señor,
¿cómo es de color verde si ya es usted mayor?
Puede llamarme viejo —me dijo con un guiño—,
esa oreja me queda de tiempos de niño.
Es una oreja joven que sabe interpretar voces
que los mayores no llegan a escuchar:
Oigo la voz del árbol, de la piedra en el suelo,
del arroyo, del pájaro, de la nube en el cielo.
Y comprendo a los niños cuando hablan de esas cosas
que en la oreja madura resultan misteriosas.
Eso me contó el hombre con una oreja verde
un día, en el expreso de Soria a Monterde.

⁵ Recuperado de: <https://www.martesdecuento.com/cualquier-dia-poesia/un-senor-maduro-con-una-oreja-verde-gianni-rodari/>

Si se me permite la metáfora, las Terapias Ocupacionales del Sur como infancias disciplinares, incorporan en sus praxis una oreja de niño, una “oreja verde” que viene a proponer otra escucha y con ella, otras curvas de visibilidad que otorgan luz y se orientan hacia la voz del árbol, del arroyo, del suelo (y en ello incluyo la propuesta de Terapia Ocupacional Eco-Social con sus tensiones a los modos de producción propios del sistema mundo moderno capitalista), pero que también comprende a los *in-fantes*, a los “sin voz” en el sentido más general, instaurando nuevos regímenes de enunciación que articulan una ética de la esperanza (Rebellato, 2000) sostenida en el reconocimiento y respeto de la alteridad como elemento ineludible en la construcción de un mundo-otro.

Desde el Sur, las Terapias Ocupacionales se instituyen como un acontecimiento, una infancia, una fuerza de vida, “no solo para la vida individual de un ser humano de cualquier edad, sino, incluso -o sobre todo- para la vida colectiva, esto es, para una revolución política” (Kohan, 2020, p. 54).

El acontecimiento, sostiene Esperón (2017), “constituye el despliegue de una promesa que debe ser mantenida, una llamada o una solicitud que espera ser contestada, una esperanza que aguarda su cumplimiento” (p. 36). En este caso, la promesa de un mundo solidario, justo, inclusivo, plural y sin hegemonías. Una esperanza que gestamos desde el Sur, desde abajo y, geográficamente en este trabajo, desde un país atado a la cola del barrilete americano. ■

[Recibido: 03/06/21 - Aprobado: 13/06/22]

Agradecimientos

A la Dra. Florencia Incaugarat por su lectura atenta y amable. Al Dr. Gastón Julián Gil, a la Dra. Ana D'Ángelo y a todo el grupo de investigación Estudios Antropológicos de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Referencias

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-264. <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- Carli, S. (2017). La infancia en perspectiva histórica: política, pedagogía y desigualdades sociales. Los desafíos de la investigación en América Latina. En L. Mantilla, A. Stolkiner, & M. Minnicelli (Ed.), *Biopolítica e infancia. Niños, niñas e instituciones en el contexto latinoamericano* (pp. 43-59). Guadalajara: Universidad de Guadalajara. http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/kiosko/2017/biopolitica_e_infancia.pdf
- Cella, A., y Polinelli, S. (2017). Conferencia: Historia, encuentros con el otro, espacios de emancipación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3(1), 35-38. <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2017jul-conf.pdf>
- Deleuze, G. (1990). *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa. http://www.multimedia.pueg.unam.mx/lecturas_formacion/sexualidades/modulo_2/sesion_3/complementaria/Deleuze_Que_es_un_dispositivo.pdf
- Esperón, J. P. (2017). Pensar el acontecimiento a partir de la filosofía de Deleuze. *Devenires*, XVIII(36), 33-53. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/86027/CONICET_Digital_Nro.206090d8-151a-490d-bda0-3c984e6c0b60_A.pdf?sequence=2
- Fanlo, L. G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei*, 1-8. <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>
- Gil, G. J., y Bassi Bengochea, A. I. (2021). Antropología y Terapia ocupacional. Apuntes para una perspectiva híbrida en problemas socio-sanitarios. *Revista de Salud Pública*, XXVI(2), 125-138. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34770>.
- Gil, G., e Incaugarat, F. (2018). La mirada antropológica como parte de la formación de profesionales de la salud. Experiencias y reflexiones. *Praxis educativa*, 22(3), 37-46. <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/praxis/article/view/2148>
- Gómez-Quintero, J. D. (2010). La colonialidad del ser y del saber: la mitologización del desarrollo en América Latina. *El Ágora USB*, 10(1), 87-105. <https://www.redalyc.org/pdf/4077/407748992005.pdf>
- Grosfoguel, R. (2007). La descolonización de la economía política y los estudios postcoloniales: transmodernidad, pensamiento fronterizo y colonialidad global. *Tareas*, 125(1), 53-74. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Panama/cela/20120718102251/descolonizacion.pdf>
- Guajardo Córdoba, A. (2016). Texto inaugural. Construcción de identidades, epistemes y prácticas en Terapia Ocupacional en América Latina. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S. M. Galheigo, y S. García-Ruiz (Ed.), *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 41-62). Santiago de Chile: USACH.
- Heller, A. (1987). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.
- Kohan, W. (2007). *Infancia, política y pensamiento: ensayos de filosofía y educación*. Del estante.
- Kohan, W. (2020). *Paulo Freire más que nunca. Una biografía filosófica*. CLACSO.
- Lander, E. (2000). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100708034410/lander.pdf>
- Minnicelli, M. (2018). *Ceremonias mínimas*. Rosario: Homo Sapiens.
- Obarrio, J. (2013). Pensar al Sur. Intersticios de la política y la cultura. *Intervenciones Latinoamericanas*, 2(3), 5-13. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/intersticios/article/view/5362>
- Rebellato, J. (2000). Globalización neoliberal, ética de la liberación y construcción de la esperanza. En A. Rico e Y. Acosta (Ed.) *Filosofía Latinoamericana, globalización y democracia* (pp.14-31). Montevideo: Nordan.
- Rodari, G. (s/f). *Un señor maduro con una oreja verde*. Recuperado de: <https://www.martesdecuento.com/cualquier-dia-poesia/un-señor-maduro-con-una-oreja-verde-gianni-rodari/>
- Segura, R. (2021). *Las ciudades y las teorías*. UNSAM EDITA.
- Sousa Santos, B. (2015). *Una epistemología del sur*. Siglo XXI.
- Testa, D. (2019). Conferencia: el amuleto crítico-epistemológico. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 85-88. <https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/volumen%208.html>

- Valderrama Núñez, C. (2019). Terapias Ocupacionales del Sur: una propuesta para su comprensión. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(3), 671-680. <http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v27n3/2526-8910-cadbto-2526-8910ctoARF1859.pdf>
- Walsh, C. (2007). ¿Son posibles unas ciencias sociales/culturales otras? Reflexiones en torno a las epistemologías decoloniales. *Nómadas*, 1(26), 102-113. http://nomadas.ucentral.edu.co/nomadas/pdf/nomadas_26/26_10W_Sonposiblesunascienciasociales.pdf
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En J. Viaña, L. Tapia, & C. Walsh, *Construyendo interculturalidad crítica* (pp. 75-96). Convenio Andrés Bello CAB. <https://aulaintercultural.org/2010/12/14/interculturalidad-critica-y-educacion-intercultural/>

Cómo citar este ensayo:

Bassi Bengochea, A. I. (2022). Sobre las Terapias Ocupacionales del Sur y su configuración como infancias disciplinares. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(1), 50-56.

Los dispositivos de inclusión sociolaboral como ámbitos de producción de cuidado

Social and labor inclusion devices as areas of care production

Natalia Yujnovsky | Luciano Bartoli | Maira Baccon | Sabrina Falico | María Salomé Imoberdoff

Natalia Yujnovsky

Terapeuta Ocupacional. Universidad Nacional del Litoral. Docente e investigadora de la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral.

nataliayuj@yahoo.com.ar

Luciano Bartoli

Especialista en Salud Mental (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, Ministerio de Salud, Provincia de Entre Ríos). Licenciado en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Hospital Escuela de Salud Mental, Ministerio de Salud, Provincia de Entre Ríos.

luciano_bartoli@hotmail.com

Maira Baccon

Licenciada en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional del Litoral.

maibaccon@gmail.com

Sabrina Falico

Licenciada en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional del Litoral. Residente de primer año en Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, Ministerio de Salud, Provincia de Entre Ríos.

sabrifalico@gmail.com

María Salomé Imoberdoff

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral. Profesora de Educación Especial, Profesorado de Educación Primaria y Especial de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.

salome.vji@gmail.com

Resumen

Se presenta un estudio realizado como trabajo final de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral. Se aborda desde este campo disciplinar la noción de cuidado como mirada que atiende a las circunstancias de vida de las personas, sus vínculos, sus proyectos y sus historias situadas, interpelando la concepción de enfermedad como objeto de las prácticas de salud. Se enfoca en el modo en que los dispositivos sociolaborales pueden ser espacios que producen cuidado de acuerdo a cómo se construyen sus redes vinculares. Se busca dar cuenta de la importancia de los lazos sociales que se generan en estos dispositivos, trascendiendo cierta postura arraigada en el campo disciplinar respecto de una comprensión del trabajo como instrumento terapéutico, para situarlo como una dimensión de la vida en comunidad, un derecho y una actividad transformadora.

Palabras clave: trabajo, cuidado, salud mental.

Abstract

This study is carried out as a final work of the degree in Occupational Therapy, Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral. It approaches, from this disciplinary field, the notion of care as a view that attends to the circumstances of people's lives, their links, their projects, and their situated histories, questioning the conception of disease as the object of health practices. It focuses on the way in which socio-labor devices can be spaces that produce care according to how their networks of links are built. Its purpose is to achieve the importance of social bonds that are generated in these devices, overcoming a certain position rooted in the disciplinary field regarding an understanding of work as a therapeutic instrument, to place it as a dimension of life in community, a right and a transformative activity.

Key words: job, care, mental health.

Introducción

Los dispositivos de inclusión sociolaboral tienen una presencia cada vez mayor en la formación y el ejercicio de diversas profesiones que se desempeñan en el campo de la salud mental comunitaria, entre ellas la Terapia Ocupacional (TO). La comprensión de estos espacios como ámbitos de producción de cuidados dio lugar al desarrollo del proyecto de investigación: Producción de cuidado en dispositivos de inclusión sociolaboral de las ciudades de Paraná y Santa Fe, trabajo final de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional del Litoral durante los años 2018-2019.

El tránsito por experiencias a lo largo de la carrera en espacios que incorporan una perspectiva de salud mental comunitaria motivó la construcción del proyecto, particularmente aquellas propiciadas en el marco de la Práctica Pre-profesional de Terapia Ocupacional en Salud Mental, formando parte de dispositivos de inclusión sociolaboral. Conocer los procesos cotidianos que allí se daban y las diversas formas de producir salud hicieron que las estudiantes/investigadoras quisieran hacer foco en cómo estos dispositivos transforman las vidas de quienes participan en ellos y profundizar en cómo estas propuestas enmarcadas en lógicas solidarias producen cuidado, entendiéndolo como dimensión vincular y afectiva de las prácticas en salud.

La Ley 26.657 de Salud Mental y Adicciones (2010), marco normativo vigente en nuestro país, dispone la transformación de las formas tradicionales de tratamiento del sufrimiento mental planteando un paradigma centrado en los Derechos Humanos y la inclusión social que requiere de un modelo de atención comunitario, por lo que el conocimiento vinculado a este tipo de experiencias resulta relevante tanto para el campo disciplinar de la TO como para otros.

Método

El recorrido bibliográfico realizado en la construcción del proyecto en combinación con las experiencias vividas permitió dimensionar la complejidad presente en este tipo de prácticas dada por la convergencia de múltiples actores, discursos, saberes y escenarios. Asimismo, la elección de dispositivos enmarcados en la lógica de la economía social y solidaria, tuvo que ver con identificar en ellos un enfoque que trasciende la instrumentación terapéutica del trabajo, reconociéndolo como un derecho y recuperando el valor de emprender como acción vital, en palabras de Testa (2010): “Como productor de valores, poderes y posibilidades de ampliar y fortalecer las relaciones sociales” (p. 42).

El problema se construye en torno a la pregunta por la producción de cuidado en los dispositivos de inclusión sociolaboral, las dinámicas cotidianas y los vínculos que lo hacen posible, teniendo como propósito la comprensión de los modos

en que se van tejiendo las relaciones entre emprendedores, equipos de salud y contexto, entendiendo que esa trama vincular constituye un soporte en la vida de los actores que participan de ella.

Los antecedentes que formaron parte de la construcción del estado del arte se organizaron en dos grandes grupos, uno en relación a la producción de cuidado desde el enfoque de la Salud Colectiva/Medicina Social Latinoamericana reuniendo estudios que indagan sobre las diferentes concepciones de cuidado en el campo de la salud, y otro vinculado a prácticas comunitarias y dispositivos sociolaborales como estrategias ligadas a los procesos de salud mental desde una perspectiva integral. En ambos casos se pudieron observar relaciones iniciales entre cuidado, salud mental y emprendimientos sociales.

Se tomó el término dispositivos de inclusión sociolaboral a partir de la definición del documento elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018), que los define como:

Dispositivos sociosanitarios de la red integrada de salud mental con base comunitaria, que implican necesariamente el trabajo intersectorial. Son dispositivos en la frontera: entre el sector salud y los demás sectores; entre la atención integral de la salud, y el trabajo, la producción y comercialización. (2018, p.12)

Se los identifica como un complejo entrecruzamiento de múltiples dimensiones, en el que es posible reconocer la producción de cuidado como resultado de relaciones horizontales y participativas, inscriptas en una red de intercambios, que tiene como eje el trabajo vivo en acto, el reconocimiento de la otredad y los vínculos (Franco, T; Merhy, E, 2011). Se comprende al cuidado como un proceso colectivo que permite “trascender el ámbito concreto de la enfermedad para abordar el amplio campo de la vida cotidiana, donde todas las personas necesitamos que se ocupen de nosotras y, al mismo tiempo, tenemos la capacidad de ocuparnos de otras” (Molinier y Legarreta, 2016, p. 2).

Se trabajó con un diseño cualitativo, tratándose de un estudio descriptivo y utilizando como herramientas la observación participante en el día a día de los emprendimientos y la realización de entrevistas semiestructuradas a los participantes. Los dispositivos seleccionados fueron el Buffet El Entrevero de la ciudad de Paraná y el Vivero Cooperativa Sembrando Sueños de la ciudad de Santa Fe. El primero se trata de un proyecto intersectorial que se inició en 2015 en articulación de tres sectores: Facultad de Trabajo Social de UNER, Ministerio de Desarrollo Social y Hospital Escuela de Salud Mental. El equipo del buffet está integrado por estudiantes y usuarios de salud mental, que elaboran y comercializan alimentos y bebidas. Por otro lado, la Cooperativa Sembrando Sueños, es un

vivero que produce y comercializa plantas y brinda servicios de parquización. Se trata del primer emprendimiento de inclusión sociolaboral de la región que logró conformarse como cooperativa. Ambos procesos son acompañados por trabajadores del estado.

Una vez finalizada la observación participante y las entrevistas se realizó un análisis temático del material que permitió la construcción de seis temas, los cuales resultaron de poner en diálogo los sustentos teóricos que guiaron la investigación, la voz de los actores de estos espacios y el análisis de las diversas situaciones observadas.

Resultados

En primer lugar, se arriba al tema **Vínculos que cuidan y descuidan**, identificando en ambos espacios el cuidado desde el reconocimiento recíproco, la escucha y el deseo de bienestar del otro. Se observó que cuidado y descuido pueden presentarse juntos, estando las vivencias de descuido vinculadas a la exigencia en el cumplimiento de ciertas normas, que no contemplaría la singularidad de algunas situaciones. En relación al primer punto fue construido un segundo tema llamado **Tensiones en torno a lugares asumidos y construidos entre equipo de salud y emprendedores** a partir de identificar de qué modo las lógicas asistenciales instituidas se ponen en juego en el marco de los emprendimientos, reproduciendo jerarquías, por ejemplo, en torno a la toma de decisiones. De este modo se desprende como tercer tema **Toma de decisiones y comunicación** reconociendo su importancia en la producción de cuidado. En ambos dispositivos analizados se destaca el lugar de las asambleas como instancias privilegiadas para la toma de decisiones y también, la preocupación de los equipos por encontrar modos de favorecer la circulación de la palabra y la democratización de la información. Otro de los temas emergentes es la **Construcción simbólica de los dispositivos**, a partir de los sentidos que fueron apareciendo en los relatos, los emprendimientos son espacios de colaboración, intercambio, disfrute, y encuentro con el otro, más allá de lo estrictamente laboral. En esta controversia entre lo que es y lo que no es llamado trabajo se formula un nuevo tema: **Imaginario en torno a la idea de trabajo** y se identificó que la definición de qué es trabajo y qué no lo es al interior de los emprendimientos aún se encuentra en construcción. Además, se observa una tensión entre una concepción capitalista de trabajo y una concepción vinculada a la Economía Social y Solidaria. Por último, observando la complejidad de la que dan cuenta los espacios transitados, se construye el tema **Contex-**

to sociopolítico y económico, ubicando que en ambos espacios la situación socioeconómica del país produce preocupaciones constantes y genera diversos malestares que forman parte de los diálogos y a la vez impulsan al pensar juntos posibles soluciones en función de cada problemática emergente.

Discusión

El estudio permitió identificar cómo los dispositivos de inclusión sociolaboral promueven la construcción de vínculos de cuidado, en tanto permiten relaciones basadas en la confianza y el respeto, otorgan valor a las relaciones humanas más allá de los factores puramente económicos, sostienen espacios asamblearios que promueven la toma de decisiones colectivas, dando lugar a la palabra y la opinión de cada integrante. A su vez, se ha logrado comprender cómo las relaciones entre los diversos roles y la democratización de la información son parte fundamental en el sostenimiento de emprendimientos que operan bajo lógicas no hegemónicas. ■

[Recibido: 06/07/21 – Aprobado: 09/04/22]

Referencias

- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación (2018) “Dispositivos de Inclusión Sociolaboral. Recomendaciones para la red integrada de Salud Mental con base en la Comunidad”. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento221.pdf>
- Franco, T., Merhy, E. (2011) *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado*. *Salud Colectiva*, 7(1), 9-20. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/251/240>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013.
- Molinier, P., Legarreta, M. (2016) “*Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político*”. Papeles del CEIC, vol. 2016/1. CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva). Universidad del País Vasco. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.16084>
- Testa, D. (2010). “*Reflexiones sobre nuestras prácticas. Un acercamiento a la modalidad de intervención en dispositivos laborales de salud mental en el sector público de la ciudad de Buenos Aires*”. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (10), 35-43. <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/10558>

Cómo citar este artículo:

Yujnovsky, N., Bartoli, L., Baccon, M., Falico, S., Imoberdof, M., (2022). Los dispositivos de inclusión sociolaboral como ámbitos de producción de cuidado. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(1), 57-59.

Esenciales en debate. Las ciencias de la salud en clave histórica. Profesionalización, Estado, actores e intervenciones.

Adrián Cammarota y Daniela Testa, compiladores. Imago Mundi 2021, 238 páginas

Valeria Natividad Almirón

Valeria Natividad Almirón

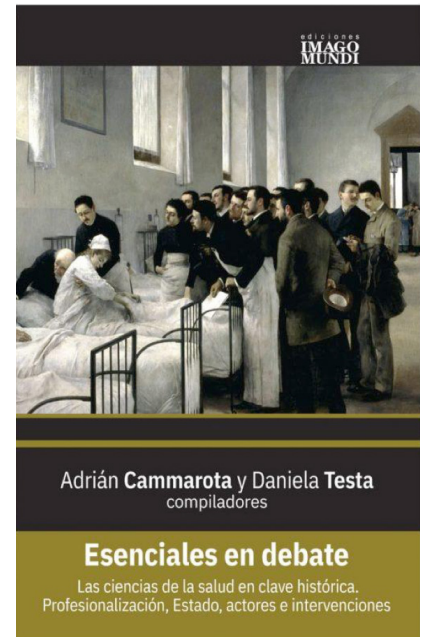
Becaria doctoral del Instituto de Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús. Licenciada en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Quilmes.

vnaalmiron@gmail.com

El libro *Esenciales en debate. Las ciencias de la salud en clave histórica. Profesionalización, Estado, actores e intervenciones*, compilado por Adrián Cammarota y Daniela Testa es una contribución novedosa al campo de la historia social de la salud y la enfermedad en Argentina por dos particularidades. La primera, el énfasis puesto en pensar la investigación social desde el lenguaje de la divulgación y, la segunda, el diálogo constante que realizan con el contexto que los atraviesa: la pandemia de Covid-19.

En términos generales, el juego entre lo científico y la divulgación se consigue por el lugar desde donde parten sus inquietudes que le da sentido a esta publicación: sus roles como docentes, como científicos y, en el caso de la compiladora, como trabajadora de los servicios de salud. El libro es un reflejo de esas trayectorias diversas que también presentan el resto de los autores, atravesadas por los intercambios de ideas con sus estudiantes de grado y posgrado, la relación con los concurrentes a los servicios sanitarios, la construcción de objetos de investigación en las ciencias sociales en salud/ de salud/ para la salud y cómo de manera individual-colectiva transitaron la pandemia de Coronavirus.

Además, es central el camino de los capítulos que permiten al lector desentrañar la idea del **Esencial**, colocado en el centro de la escena durante esta pandemia y difícil de poner en tensión mostrando sus luces y sombras. En este sentido, el libro muestra el **lado B** de maestras, profesionales socio-sanitarios y diversos actores.



En términos puntuales, es relevante detenerse en algunos ejes o dimensiones a partir de la lectura de los diez capítulos. Comienza con las paradojas que se pueden apreciar tanto en el capítulo de Cammarota, en el de Serdarevich y en el de Faccia. El primero, relata a las maestras en su misión de prevenir y erradicar las enfermedades que acarrearán los escolares y la gran preocupación del Estado puesta en ello. La paradoja se presenta en que son las docentes las más afectadas por esas mismas enfermedades debido a las condiciones de precarización, los sueldos miserables y la gran cantidad de horas dedicadas a su función. Por su parte Serdarevich y Faccia, se centran en diferentes interrogantes en torno a la enfermería donde también aparece la paradoja: como esta profesión socio-sanitaria fue (y es) una oportunidad laboral real para muchas

mujeres que permite su desarrollo en la esfera pública (las instituciones de salud), sin embargo, allí se reproducen las mismas jerarquías que en la esfera privada (el hogar) y se subordina su lugar con relación a sus pares varones, en especial, con relación al médico.

En segundo lugar, son interesantes algunas perspectivas metodológicas como por ejemplo, el juego de escalas. Spampinato hace un recorrido de la historia de la salud mental en Argentina para entender la legislación específica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y cómo, con sus particularidades, no podría entenderse sin su contexto y la perspectiva de los funcionarios y otros actores locales. Este juego de escalas también se puede observar en el capítulo de Gavrila sobre la visitadora de higiene Beba, cómo su trayectoria de vida (más aún su deseo: proyectaba ser médica pero por recomendación de su padre elige ser visitadora) se encuentra permeada por esa historia más general de la carrera que termina estudiando y las tareas y profesiones feminizadas asociadas a los roles de cuidado (puericultora, enfermera, entre otras).

La tercera cuestión que es muy interesante en el libro son los procesos de profesionalización y el monopolio de la práctica. Por ejemplo, en el artículo de Portaro se puede apreciar la puja por el reconocimiento de la kinesiología y los recursos académicos que desplegaron en pos de eso. En este sentido, en los caminos de la profesionalización en salud sabemos acerca de las carreras que logran la legitimación y el reconocimiento pero poco conocemos de aquellas que quedaron en el camino y sería interesante preguntarse cuáles fueron y por qué no lograron imponerse frente a otras.

De la mano con el planteo anterior, resulta imprescindible recalcar algunos aspectos relevantes de la compilación. En el capítulo de Karina Faccia la incorporación de varones en la enfermería, como remarca la autora, interpela el lugar de la masculinidad, entonces es fundamental pensar los privilegios y sanciones dentro del campo de la salud y, en especial, sería

significativo pensar si no son obstaculizadores en la atención diaria en los servicios de salud.

Asimismo, en el artículo de Fortini es muy interesante la indagación que realiza sobre la medicina intensiva infantil, que da cuenta de lo que aún falta investigar sobre especialidades y subespecialidades y su relación directa con brotes epidémicos y problemáticas alarmantes en la salud pública.

También, Testa en su capítulo hace un cruce interesante entre historias clínicas y los relatos de adultos que vivieron “entre terapias” durante los últimos brotes de poliomielitis. Es destacable como la autora muestra el lugar central que debe prestarse a este tipo de fuentes documentales, que un lector que desconoce de la temática podría imaginar que su uso es común, sin embargo, no es a menudo un material de análisis.

Por último, los trabajos de Librandi, por un lado, y Rayez, por otro, el primero sobre las políticas de salud de la Conade y el segundo sobre la producción intelectual de los médicos de salud pública a través de las revistas científicas, son una pieza fundamental debido a la vacancia de investigaciones en el campo de la historia de la salud y la enfermedad en el período 1960-1970. Lo llamativo es que Susana Belmartino, quien fue y es una de las mayores referentes en la temática, analizó las grandes estructuras de los servicios sanitarios para esas décadas. El desafío es seguir los pasos de Belmartino y dialogar con sus trabajos, cosa que logran de manera contundente Juan y Federico.

Recapitulando, los compiladores de esta obra desde los primeros párrafos plantean que este libro representa el camino inverso que pretende(mos) muchos investigadores a la hora de publicar, en vez ser un trabajo científico que se transforme o aspire a convertirse en una obra de divulgación, que este trabajo desde la divulgación tiene pretensiones académicas, y sin duda la publicación logra ese cometido en un juego de lenguajes y formas de narrar las historias. ●

Como citar esta reseña:

Almirón, V. N. (2022) Reseña: Esenciales en debate. Las ciencias de la salud en clave histórica. Profesionalización, Estado, actores e intervenciones. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8 (1), 60-61.