

**Revista Argentina de
Terapia Ocupacional**

RA TO

Año 8 - Nº 2 - Diciembre 2022
ISSN 2469-1143



*Generando redes para la participación
y el crecimiento colectivo*

Revista Argentina de Terapia Ocupacional
Año 8 - Nro 2
Diciembre 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

Catalina Paiz

María Sol Aquila

Julieta Jeroncich

Revisión Técnica en Inglés

Susana Caillet-Bois

Verónica Williams

Agustina Da Pieve

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

Asesoramiento informático

Juan Daneri

jdaneri@lacuatro.com.ar

Diseño web

Julián Villalba

juliancai94@gmail.com

Asesores Internacionales

Cecilia Caillet-Bois

Alejandro Guajardo (Chile)

María Teresa Arista Rivera (Perú)

Simo Algado (España)

Fátima Oliver (Brasil)

Patricia Brogna (México)

Los sueños se cumplen

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 Terapeutas Ocupacionales

afalbino@hotmail.com

revistatoargentina@gmail.com

Seguir siguiendo al corazón y coquetear con la intuición
Seguir creciendo y esquivando las rutinas
Seguir soñando en un rincón, seguir creyendo que hay un Dios
Que me endereza de un tirón la puntería
Y es que siempre voy detrás de lo que siento
Cada tanto muero y aquí estoy.
(Afo Verde)

Hace apenas unos días una colega me escribía en la primera hoja de su libro “los sueños se cumplen” y así es, los sueños se cumplen siempre que trabajemos para que ello suceda y que tengamos la perseverancia, la comprensión que, aunque el camino se torne difícil, sinuoso y complejo vamos a poder cumplirlo, vamos a lograr lo que deseamos y vamos a llegar en algún momento a disfrutar lo recorrido especialmente cuando el grupo de trabajo permite compartir saberes, transitar los procesos en compañía y con los apoyos que cada quien necesita.

Esta estrofa de la canción que canta Soledad Pastorutti, me/nos pareció representativa de lo vivido este año, especialmente en el último tramo, que fue muy intenso para todas y todos.

Intenso en muchos sentidos. Para la AATO la celebración de los 60 años nos permitió no sólo recorrer todo lo que hemos vivido, trabajado, reconocer las luchas y los logros colectivos, sino que también nos permitió encontrarnos, y celebrar a quienes hicieron y hacemos que AATO sea posible y sostenida desde cada uno de los lugarcitos que ocupamos en ella.

Para las y los terapeutas ocupacionales no fue un año sencillo al igual que para la mayor parte de los argentinos. Las luchas por salarios dignos y el reconocimiento de nuestra profesión en los lugares donde la ejercemos fueron constantes durante todo el año, tanto en el ámbito público como en el privado y a lo largo y ancho de nuestro país.

Estamos transitando un tiempo de una gran sensibilidad, donde el calor de los afectos, de los que están cerquita, de los que queremos y nos quieren fueron el sostén para poder llegar a este momento del año.

Este equipo editorial no estuvo ajeno a ello. Este año hemos gestado, parido y hemos duelado, hemos sido nido, cobija, sostén y abrazo. Somos un grupo de mujeres, trabajadoras, madres, hijas, compañeras de vida, colegas, amigas que sostenemos este “sueño” que es la RATO, que la hacemos posible a pesar del cansancio y de la vida que muchas veces hace que seamos menos manos para la tarea, pero que asumimos el compromiso de sostener este sueño de muchas y muchos, del que AATO ha tomado la decisión política de asumir, acompañar y afianzar.

Hoy como en otras oportunidades, mientras brindamos por un nuevo año, estamos publicando este nuevo número de la revista que lleva meses gestándose. El tiempo del proceso es un tiempo que muchas veces parece infinito, inmensurable entre idas y venidas, entre sugerencias y correcciones. El diálogo que se genera entre las personas que intervienen en la autoría de los escritos, las revisiones y edición, que colaboran voluntariamente con dedicación y responsabilidad hacen que el producto final que llega a quien lee la revista se vea enriquecido.

Quienes participamos de este entramado aportamos los distintos matices que permiten que se pueda dimensionar las distintas posibilidades de hacer Terapia Ocupacional en nuestro país y en nuestra región.

La RATO nació como un sueño para que terapeutas ocupacionales de Argentina tengamos un espacio, un lugar propio donde poder dar a conocer lo que hacemos, donde circule el conocimiento, la experiencia y los resultados de nuestras investigaciones. Un lugar que aporte a nuestra identidad.

La RATO es posible porque algunas personas asumimos la responsabilidad con amorosidad y trabajamos día a día para que pueda sostenerse en el tiempo y acompañamos los procesos de quienes se suman al trabajo editorial. Cada número que se publicó en estos ocho años dan cuenta de ello.

En esta oportunidad María Agustina Ciampa escribe un artículo a partir de su tesis doctoral basada en la **inclusión laboral de usuarias/os de servicios de salud mental. ¿Qué dicen las propias personas al respecto?** en la que se aprecia una búsqueda por identificar aquellos factores que resultan beneficiosos o no beneficiosos para la inclusión laboral de personas usuarias de servicios de salud mental. La investigación atraviesa los diferentes niveles de funcionalidad y la cantidad de apoyos necesarios en el lugar de trabajo. Se suma la voz de las/los participantes a través de entrevistas realizadas como parte de la metodología propuesta por la autora.

En **Abordaje de los profesionales de la salud en las sexualidades de personas con discapacidad física adquirida**, Aldana Cicchini presenta una investigación con el objetivo de analizar los enfoques biologicistas, ético-morales y de género. Esta fue realizada con los profesionales del Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación "Dr. José María Jorge". En sus conclusiones destaca la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud en educación sexual integral (ESI) y diversidad funcional; y para permitir el acceso a las sexualidades como un derecho.

Se incluye en este número un Reporte de caso: **Abordaje de Terapia Ocupacional en politraumatismo durante el estado agudo** de Antonella Pezzino sobre el abordaje clínico de un paciente con diagnóstico de politraumatismo durante su internación en un hospital de agudos. Es un caso atípico en relación al tiempo de permanencia hospitalaria y se pudieron

llevar a cabo intervenciones desde Terapia Ocupacional que no suelen corresponderse con los tiempos del abordaje en la etapa aguda, lo cual puede verse reflejado en los avances respecto al desempeño ocupacional al momento de la alta clínica. La autora relata sobre el abordaje de Terapia Ocupacional el desempeño en actividades de la vida diaria, la preparación para el retorno al hogar y el futuro ingreso a un instituto de rehabilitación.

Laura Graciela Pedevilla describe en su escrito: **Efectos del confinamiento en el hogar por la pandemia Covid-19 sobre las rutinas diarias, el sueño y el estrés en familias del área metropolitana de Buenos Aires** la propuesta de identificar y describir los efectos de la situación de aislamiento en el hogar por la pandemia Covid-19 sobre los cambios en las rutinas diarias, los hábitos de sueño y el estrés percibido como efecto de tal circunstancia. Los resultados dan cuenta sobre los efectos negativos del aislamiento social, sobre cómo mantener todas las actividades dentro del hogar, los cambios en las rutinas y problemas en el sueño, que conlleva mayores niveles de estrés.

Contamos también con un relato de experiencia de Hernán Laglaive sobre **La accesibilidad en la vivienda, intervenciones posibles con damnificados crónicos del sistema de riesgos del trabajo**. Este trabajo se centra en las Actividades de la Vida Diaria Básicas del damnificado siniestrado de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo / Empresas Autoaseguradas (ART/EA) para promover su autonomía y el ejercicio de sus roles. El autor se propone iniciar al profesional interesado en la práctica de la prestación de análisis de barreras referida a la intervención en específico.

Mónica Saldaneri en **Habitando historias en tiempos de resistencia: Una experiencia de promoción de lecturas desde la perspectiva de Atención Primaria de la Salud** comparte la experiencia vivida en un dispositivo de promoción de lecturas destinado a niñeces, en el marco de una rotación programática de la Residencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), por el área de Atención Primaria de la Salud (APS) realizada en un Centro de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC) en el barrio de Villa Soldati durante el período comprendido entre junio 2018 y febrero 2019. Se resalta en el escrito la importancia de una Terapia Ocupacional implicada en las realidades cotidianas de las comunidades desde una perspectiva basada en los derechos humanos, la emancipación y el ejercicio de la ciudadanía.

Emmanuel Ibañez, Carla Cecilia Reta y Ailen Julieta Valenzuela Dip realizan la reseña del Libro **Prácticas Bambú, Repensando los procesos de la Terapia Ocupacional desde una mirada consciente, integral y colectiva** que consta de 13 capítulos y en ella destacan el desarrollo de diversas experiencias de la práctica de Terapia Ocupacional en distintas áreas y dimen-

siones de la ocupación. Enfatizan que en el transcurso de la lectura encuentran la posibilidad de repensar la ocupación, los roles, estilo ocupacional, la identidad ocupacional, contextos, justicia ocupacional entre otros temas.

Daniela Cerri, Sebastián Goncalves y Sol Becerra nos traen una **Entrevista a María Laura Armoa y María Inés Esteve. Referentes de la temática sexualidades en Terapia Ocupacional**. Desde la mirada sobre las construcciones colectivas con perspectiva de derechos que sustenta sus recorridos, los

entrevistadores comparten las palabras de dos Terapistas Ocupacionales con importante formación, militancia y experiencia en este recorrido a nivel nacional sobre Terapia Ocupacional y las sexualidades. Con preguntas abiertas, motivadoras al diálogo nos hacen conocer sus itinerarios y lineamientos teóricos con un debate interesante sobre el tema.

Esperamos que disfruten la lectura de los escritos de este número y brinden con nosotras por más sueños posibles que nos inviten a transitar y trazar distintos caminos con otras y otros. ●

Cómo citar esta editorial:

Albino A.F. (2022). Los sueños se cumplen . *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(2), 3-5.

Inclusión laboral de usuarias/os de servicios de salud mental. ¿Qué dicen las propias personas al respecto?

Work integration of mental health services users. What do they say about it?

María Agustina Ciampa

María Agustina Ciampa

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Especialista de Empleo, Universidad de Dartmouth, Estados Unidos. Doctora en Psicología, Universidad Maimónides. Docente de la Universidad de Buenos Aires, Universidad Abierta Interamericana y Universidad Juan Agustín Maza. Delegada Argentina ante la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). Referente del Área de Trabajo de Fundación Multipolar.

agostina.ciampa@gmail.com

Resumen

A menudo, las personas que viven con padecimientos mentales se encuentran desempleadas, aún teniendo interés por trabajar. De acuerdo con la literatura, la metodología de Empleo con Apoyo parece ser la más efectiva. Sin embargo, las tasas de inclusión laboral de esta población continúan siendo bajas en todas partes del mundo. La presente investigación pretende identificar aquellos factores que resultan beneficiosos o no beneficiosos para la inclusión laboral de personas usuarias de servicios de salud mental. Para ello, se llevó a cabo una metodología mixta secuencial (cuantitativa/cualitativa). Como resultados, se encuestó a un total de 145 personas para los datos cuantitativos, y se realizaron 20 entrevistas en profundidad seleccionadas de forma propositiva de la muestra total. Luego del análisis de resultados, se puede identificar que aquellos que trabajan presentaban mejores niveles en su funcionalidad que aquellos que no lo hacen. De una manera similar, se observó que aquellos que presentaban mayores niveles de dependencia funcional, hacían uso de una mayor cantidad de apoyos en el lugar de trabajo. No se identificaron diferencias significativas respecto a la inclusión laboral y la edad, nivel de educación, severidad de los síntomas y riesgo suicida. Las/los participantes identificaron que recibir adecuada asistencia profesional, el apoyo de supervisores, la naturaleza del puesto y la adecuación persona-puesto eran los factores más beneficiosos para poder conseguir y sostener un trabajo. Mientras que la dificultad para afrontar la sintomatología, la falta de apoyo de sus supervisores, y los desafíos para la búsqueda laboral resultaron ser factores no beneficiosos para poder conseguir y sostener un empleo.

Palabras clave: Empleo con apoyo, salud mental, nivel funcional, inclusión laboral.

Abstract

Often, people living with mental health problems are unemployed, even though they have an interest in working. According to the literature, the Supported Employment methodology seems to be the most effective. However, labor inclusion rates for this population continue to be low all over the world. This research aims to identify which factors are beneficial for the labor inclusion and which are not beneficial for their labor inclusion. For this, a sequential mixed methodology (quantitative - qualitative) was carried out. As a result, 145 people were surveyed for the quantitative data, and 20 in-depth interviews were conducted. After analyzing the results, it can be identified that those who work presented better levels of personal autonomy than those who do not work. Similarly, those with higher levels of functional dependency were found to use a greater number of supports in the workplace. No significant differences were identified regarding labor inclusion and age, level of education, severity of symptoms, type of treatment, and suicidal risk. The participants identified that receiving adequate professional assistance, the support of supervisors, the nature of the position and the person-position fit were the most beneficial factors in being able to obtain and maintain a job. While the difficulty in coping with the symptoms, the lack of support from their supervisors, and the challenges in job search turned out to be non-beneficial factors in being able to get and maintain a job.

Keywords: Employment, supported, mental health, functional status, work integration.

Introducción

El corriente trabajo de investigación forma parte de la tesis doctoral titulada “Desafíos en Inclusión Laboral: patrones y apoyos efectivos en usuarias/os de servicios de salud mental”, defendida en diciembre del año 2021 en la Universidad Mai-mónides. Se presentan aquí la mayoría de los resultados de dicha investigación.

Es ampliamente sabido que el trabajo es tanto un derecho humano universal (Organización de las Naciones Unidas, 1948), como un determinante social para la salud (CSDH, 2008; Kirsh *et al.*, 2009), siempre y cuando se trate de trabajo decente, de acuerdo a la definición de la Organización Internacional del Trabajo, que lo define como toda actividad laboral que promueve el desarrollo de las propias capacidades, que vela por los derechos laborales fundamentales, que permite un ingreso justo y proporcional a la tarea, y que no discrimine (Levaggi, 2004). Tal relevancia ha tomado el concepto del trabajo decente, que la Organización de las Naciones Unidas lo declaró como el octavo objetivo de desarrollo sostenible en la agenda 2030, el cual busca “promover un crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el pleno empleo productivo y el trabajo decente” (Organización de las Naciones Unidas, 2015).

Toda inclusión laboral formal provee ingresos económicos, lo que posibilita una vida autónoma y la manutención de la propia familia (Martínez Ortiz y Jaimes-Osma, 2012). Diversos autores describen las implicancias sociales y económicas que trae el trabajo para la persona, su familia y la comunidad en general (Kirsh *et al.*, 2005; Mueser y McGurk, 2014). Otras publicaciones demuestran que la posibilidad de conseguir y sostener un empleo reduce las hospitalizaciones y resulta fundamental en la recuperación de las personas que viven con padecimiento mental. Adicionalmente, la inclusión laboral mejora la autoestima, estructura la rutina de las personas y les da un sentido de pertenencia, un sentido de propósito y una mayor estabilidad, lo cual mejora la calidad de vida (Gold *et al.*, 2016; Peterson *et al.*, 2017). En contraposición, el desempleo favorece el aislamiento, produce una privación económica y consecuentemente una deprivación ocupacional, favorece la dependencia de las personas del Estado, al tener que depender económicamente de las distintas protecciones sociales para sustentarse, lo que perpetua o favorece una situación de pobreza. Por último, pero no por ello menos importante, cuanto más tiempo las personas permanecen desempleadas, menores son sus posibilidades de conseguir un trabajo (Estroff *et al.*, 2001; Rivas, 2004; Carlier *et al.*, 2013).

Al indagar acerca de programas de inclusión laboral, se encuentran dos corrientes filosóficas bien diferenciadas. La primera, entrenar y después colocar y la segunda, de colocar y después entrenar (Kirsh *et al.*, 2009). Esta última corriente filosófica es la que da lugar a los programas de empleo con apo-

yo, y la que presenta mayores tasas de efectividad a favor de la inclusión laboral de las personas con padecimiento mental (Suijkerbuijk *et al.*, 2017). Los programas de empleo con apoyo (en adelante, EcA) consisten en una práctica basada en la evidencia que ofrece soporte individualizado, brinda capacitación y acompañamiento buscando facilitar así la inclusión laboral y social de personas en situación de vulnerabilidad. El foco de EcA es que estas personas puedan conseguir puestos de trabajo abiertos en la comunidad, permanentes y con una remuneración económica acorde a las normativas vigentes (Verdugo y Jordán de Urríes, 2003). Dentro de la metodología de EcA, se encuentra la Colocación Individual y con Apoyos (IPS, por sus siglas en inglés), siendo ésta una de las más estudiadas y con más investigaciones a favor de su efectividad en el aumento de las tasas de inclusión laboral de personas con padecimiento mental. Para llevar adelante los programas de IPS es requisito poder cumplir con ocho principios de práctica: foco en el empleo competitivo, criterio de exclusión cero, búsqueda laboral rápida, atención a las preferencias de la persona, especialistas de empleo que desarrollan relaciones colaboradoras con empleadoras/es, los apoyos son personalizados e ilimitados en el tiempo, los servicios de IPS trabajan integrados con equipos de salud mental, y las personas reciben asesoramiento personalizado respecto a la protección social, obligaciones y derechos al momento de conseguir un empleo (Drake *et al.*, 1999; Drake *et al.*, 2012).

Los apoyos para la inclusión laboral pueden darse dentro del lugar del trabajo dirigidos a la persona que quiere trabajar, compañeras/os de trabajo, supervisoras/es y empleadoras/es. También pueden brindarse apoyos fuera del ámbito de trabajo, específicamente dirigidos a la persona que quiere trabajar (Kirsh *et al.*, 2009). Si las personas con padecimiento mental contaran con oportunidades de puestos de trabajo adecuados a sus capacidades y los apoyos necesarios, tendrían mayores posibilidades de obtener y mantener un empleo (Schultz y Rogers, 2011).

Al momento, no existen guías dónde encontrar información sobre cómo brindar estos apoyos para una exitosa inclusión laboral. Sin embargo, Marc Corbière y su equipo (2014) desarrollaron la Escala WANSS (Escala de Acomodaciones y Apoyos Naturales en el Trabajo) la cual fue validada para ser administrada con personas con padecimiento mental que se encuentran trabajando. Las publicaciones indican que aquellas acomodaciones más valoradas por las propias personas son contar con flexibilidad horaria, que se les brinde el tiempo necesario que requieren para asistir a un control médico, recibir orientación adecuada y un entrenamiento específico para el puesto. Lo más llamativo de uno de estos estudios es que, cuando preguntaron a los empleadores acerca de este tipo de apoyos, reportaron que no eran muy distintos a aquellos que les ofrecían al resto de sus empleados (Paluch *et al.*, 2012; Peterson *et al.*, 2017; McDowell y Fossey, 2014).

Otro tema sumamente relevante al investigar sobre los procesos de inclusión laboral es el estigma en los lugares de trabajo. Generalmente, la etiqueta de trastorno mental viene asociada con ideas negativas, conductas evitativas por parte de otras personas y diversas formas de discriminación, lo que retracts a las personas de revelar el diagnóstico en el lugar de trabajo (Phelan, 2005). Tanto el estigma como la discriminación constituyen grandes barreras para la empleabilidad de personas que viven con un padecimiento mental (Dunn *et al.*, 2010; Chatterji *et al.*, 2011).

Sin embargo, si las personas decidieran revelar su diagnóstico o sus desafíos en salud mental, les permitiría solicitar y negociar apoyos en su lugar de trabajo (Rüsch *et al.*, 2018). Un estudio reveló que algunas personas elegían revelar el diagnóstico en el lugar de trabajo ya que, según su perspectiva, les permitía ganar tiempo, dado que si los empleadores no iban a apoyar a una persona por tener una problemática mental, ésta persona prefería saberlo antes de empezar dicho trabajo (Peterson *et al.*, 2017).

Respecto a la prevalencia, se estima que una de cada cuatro personas experimenta un padecimiento mental a lo largo de su vida. La depresión es considerada la principal causa de discapacidad en el mundo, afectando a más de 264 millones de personas, más prevalente en mujeres que en hombres. El trastorno bipolar afecta alrededor de 45 millones de personas, y la esquizofrenia 21 millones de personas (OMS, 2019). Las estadísticas acerca de la inclusión laboral de esta población de distintas partes del mundo son inferiores al 30% (Arbesman y Logsdon, 2011; Villotti *et al.*, 2012; Morgan, 2013; Marwaha *et al.*, 2007; Salkever *et al.*, 2007; Mascayano *et al.*, 2013; INDEC, 2018).

Por todo lo antedicho, la presente investigación adopta una perspectiva centrada en usuarias/os de servicios de salud mental y pretende identificar tanto las diferencias entre personas usuarias que se encuentran trabajando y quienes no, así como aquellos factores que resultan beneficiosos para su inclusión laboral y cuáles no, desde su propia perspectiva.

Método

Para el desarrollo de la presente investigación, se seleccionó una metodología mixta secuencial, es decir que en una primera fase se recabaron y se analizaron datos cuantitativos a partir de 145 personas encuestadas, haciendo un análisis descriptivo y correlacional por medio de análisis de frecuencias, tablas de contingencia, Chi cuadrado, *U* de Mann Whitney y el test de correlación de Pearson haciendo uso del programa estadístico SPSS. Luego, para la segunda fase, se utilizó un tipo de muestreo propositivo en el cual se invitó a 20 personas que ya habían sido encuestadas a participar de entrevistas semiestructuradas. Dichas entrevistas fueron examinadas por medio de un análisis cualitativo genérico que permitió obtener categorías,

temas y subtemas (Creswell *et al.*, 2003). Para el tratamiento de los datos cualitativos se utilizó el programa NVIVO.

El trabajo de investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética otorgada por el HSREB (Comité de Ética de Investigación en Ciencias de la Salud y Hospitales Universitarios Asociados) de la Universidad de Queen's, Ontario, Canadá. El reclutamiento se realizó a través del programa de alcance regional, especialidad en salud mental y la clínica de trastornos del estado del ánimo del Hospital Providence Care, ubicado en la ciudad de Kingston, Ontario, Canadá. Se incluyeron personas en edad económicamente activa, que tuvieran un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, trastorno de ansiedad. Los criterios de eliminación fueron contar con datos incompletos o que la persona haya expresado intenciones de abandonar el estudio.

Como materiales de recolección de datos cuantitativos se incluye el test breve para valorar el funcionamiento, FAST, por sus siglas en inglés (Rosa *et al.*, 2007). Se trata de un instrumento de 24 ítems que valora los problemas del funcionamiento experimentado por personas con padecimiento mental. Está organizado en 6 áreas: autonomía, funcionamiento ocupacional, funcionamiento cognitivo, gestión de finanzas, relaciones interpersonales y tiempo libre. Dicho test fue creado y validado para determinar el impacto funcional de personas adultas con problemas de salud mental.

A aquellas personas que se encontraban trabajando, se les solicitó que respondan la escala de acomodaciones y apoyos naturales en el trabajo, WANSS, por sus siglas en inglés (Corbière *et al.*, 2014). La WANSS es un cuestionario de 61 ítems que busca valorar los distintos tipos de acomodaciones y apoyos en el trabajo organizados en seis subescalas: apoyo de interesados, presencia del preparador laboral en el lugar de trabajo, apoyo por parte del supervisor y compañeros de trabajo, entrenamiento, flexibilidad horaria y modificaciones en el entorno de trabajo. Dicha herramienta fue diseñada y validada por el equipo de Corbière para identificar acomodaciones y apoyos naturales que personas que viven con padecimientos mentales pueden encontrar disponibles y de utilidad en empleos competitivos y empresas sociales.

También se indagó personalmente respecto a su historia laboral, formación educativa, el género, la edad, tipo de residencia/convivencia y se les solicitó permiso para recolectar información adicional de las historias clínicas vinculada con el diagnóstico, riesgo suicida y la severidad de los síntomas, la cual fue recogida posteriormente.

Luego de recolectar y analizar los datos cuantitativos, se seleccionó una muestra propositiva de 20 personas, incluyendo participantes que se encontraban trabajando con o sin apoyo, y a personas que estaban desempleadas, contando con apoyo para la una futura vinculación laboral como no. Para la estrate-

gia cualitativa, se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada mediante una guía de diez preguntas, con el fin de poder entender las experiencias de cada persona, los desafíos que atravesaron a lo largo de su historia laboral y su perspectiva acerca de los apoyos recibidos tanto dentro del lugar de trabajo como aquellos brindados por los servicios de salud mental.

Resultados

En la presente sección se expone el análisis de los datos realizados. En la Tabla 1 se pueden observar los datos demográficos, el riesgo suicida, el diagnóstico y el nivel funcional de las y los participantes. Conformaron esta fase un total de 145 respuestas.

Tabla 1. Resultados cuantitativos.

	TOTAL %	TRABAJA %	NO TRABAJA %
Masculino	31.7	11	20.7
Femenino	68.3	24.1	44.1
Grupos por edades			
Menor de 30 años	9	5.5	3.4
Entre 31 y 40 años	20.7	9	11.7
Entre 41 y 50 años	29	12.4	16.5
Entre 51 y 65 años	36.6	7.6	29
Entre 66 y 70 años	4.8	0.7	4.1
Nivel educativo			
Primaria completa	4.8	0.7	4.1
Secundaria completa	22.1	8.3	13.8
Terciario completo	38.6	11	27.5
Universitario completo	22.1	8.3	13.8
Posgrado completo	12.4	6.9	5.5
Con riesgo suicida	40	16.5	23.4
Sin riesgo suicida	60	18.6	41.3
Diagnóstico			
Estado del ánimo	91.7		
Ansiedad	2.8		
Esquizofrenia	2.1		
Trastorno de personalidad	3.4		
Nivel Funcional		49.36 (M)	85.82 (M)

En relación a la Situación de Convivencia, un 33.8% (N=49) vivía con su pareja, un 29% (N=42) vivía solo, un 23.4%(N=34)

vivía con sus hijos/as, un 9% (N=13) convivía con otros/as, un 4.8% (N=7) en un hogar. Al cruzar estos datos con la situación laboral, no se encontró asociación entre variables ($p=.295$).

Por otra parte, se identificó que aquellos que trabajan obtienen valores más bajos en pruebas de funcionalidad que aquellos que no trabajan ($U = 1191.5; p < .01$).

No se encontró asociación entre las variables de nivel de educación y situación laboral ($X^2 (3, N=145) = 4.385, p = .223$). En relación con la severidad de los síntomas, no impacta en la inclusión laboral el tiempo en que se contactó con un profesional de la salud mental ($U = 2154.50; p = .36$). El riesgo suicida, aunque es ligeramente mayor en personas que no trabajan, no muestra una relación clara con el hecho de tener o no un trabajo ($X^2 (1, N = 145) = 1.633, p = .201$).

Por otro lado, se obtuvo una asociación lineal estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional entre la escala de funcionalidad ($M = 30,75$) y los apoyos en el lugar de trabajo ($M = 31,57$). Lo que implica que aquellos que presentan un desempeño que requiere de mayor asistencia en su funcionalidad, utilizan mayor cantidad de apoyos en su lugar de trabajo ($r_p = -.450, p = .02$).

Al indagar acerca de qué acomodaciones y apoyos en el trabajo resultaron beneficiosos para poder sostener un empleo, se encontró en primer lugar la 'Flexibilidad' entendida como la posibilidad de realizar ajustes en su horario laboral (25.4%). En segundo lugar, la categoría de 'Apoyo de los interesados' (19.7%). Seguida por el 'apoyo del supervisor y compañeros y compañeras' en el lugar de trabajo (18.4%), a continuación, la posibilidad recibir un 'entrenamiento' en el puesto de trabajo (15.4%), seguido por la posibilidad de realizar modificaciones en el 'entorno de trabajo' (15.3%). Mientras que la categoría que menor porcentaje obtuvo fue la de 'Entrenador laboral' (5.9%).

Luego de recabar y analizar los datos cuantitativos, se seleccionaron 20 personas de las cuales un cuarto trabajaba recibiendo apoyos, otro cuarto trabajaba y no recibía apoyos, otro cuarto no trabajaba pero recibía apoyos para hacerlo en un futuro, y el último cuarto no trabajaba y no recibía apoyos para ello tampoco. Se identificaron dos grandes categorías abarcando aquellos factores que resultaban beneficiosos y no beneficiosos para poder conseguir y sostener un empleo. Entre paréntesis figura el número de referencias codificadas, es decir, la cantidad de veces que ese tema fue mencionado durante las entrevistas, acompañado por su descripción y citas que corresponden a cada factor.

A continuación, se ordenan jerárquicamente los temas dentro de los **factores que los/las participantes consideraron beneficiosos para obtener y mantener un empleo**. El orden jerárquico está relacionado con la frecuencia con la que fue mencionado ese tema en las entrevistas.

En primer lugar, se encuentra la **naturaleza del puesto** (21), es decir las características y tareas que forman parte del puesto de trabajo que resultan significativas para la persona. Por ejemplo, uno de ellos dijo:

“creo que si encuentro un trabajo que probablemente me daría suficiente satisfacción como para realmente energizarme más, tener ese propósito, tener esa satisfacción. Porque siempre me satisfacía, como él me decía ‘cada vez que hablas sobre el trabajo, sobre tu trabajo, inmediatamente sonríes o tu cara se ilumina’; y creo que eso es”.

En segundo lugar, se ubican las **estrategias de afrontamiento** (19) para poder disminuir el impacto que los síntomas pueden tener sobre su desempeño laboral. A modo de ejemplo, uno de los participantes explicó:

“tenían un programa de dos a tres meses basado en la Teoría Cognitiva, dirigido a personas que buscaban regresar al mercado laboral y eso fue realmente útil (...) así que fue como aprender a desafiar mis pensamientos y mirar lo que me motivaba de ciertas maneras, pero también estaba dirigido al lugar de trabajo, por lo que fue un poco pasando por posibles escenarios y ‘ok, este tipo de cosas van a suceder pero todavía no es el fin del mundo’. Eso fue realmente útil”.

Con la misma cantidad de referencias se encuentra **recibir medicación y diagnóstico acertado** (19). Al respecto uno de los participantes, mencionó:

“En realidad, fue mi padre quien me llevó al hospital, porque estaba con ideas suicidas, y no sabía cómo salir de la sensación que sentía. Me re-diagnosticaron depresión y ansiedad. Así que comencé un nuevo medicamento para la ansiedad, y duplicaron mi dosis del antidepresivo, así que estaba tomando, todavía estoy tomando ambos. Y me siento increíble, lo siento, siento que puedo tomar decisiones ahora”.

Seguidamente, se encontró la **adecuación persona-puesto** (18), entendida como el entrecruzamiento entre las tareas, demandas del puesto de trabajo y las competencias, motivaciones y fortalezas de la persona. Un participante que había trabajado como camarero, dijo:

“tengo una oportunidad única con cada invitado para mejorar el mundo, tal vez solo un poco, pero si como resultado de la interacción conmigo, su mundo es mejor que antes, o solo un poco, eso me hace sentir bien. El hecho de que me paguen muy bien y me divierta al mismo tiempo, es la frutilla del postre”.

Recibir asistencia por parte de un **profesional para sostener** el puesto de trabajo (13). Una participante que recibió apoyos para tal fin, compartió:

“fue asombroso. Como, creo que eso fue lo que me mantuvo en la fuerza laboral tanto tiempo. Porque si lo hiciera sola, no creo que lo hubiera hecho bien”.

Con igual cantidad de referencias (13), participantes mencionaron que participar de terapias donde puedan **establecer objetivos, paso a paso** para lograrlos les resultaban útiles para conseguir y mantener un empleo. Al respecto, una de ellos manifestó:

“necesitaba que ella comenzara conmigo gentilmente, y le dije ‘realmente quiero’, y ella fue la que dijo ‘así que tal vez, ¿sabes? solo piensa en actualizar tu CV’ y cosas así, como poner las cosas en orden, ¿sabes? Y eso me hace sentir como ‘ok, tengo que hacerlo, tengo que hacerlo’. Porque me toma un poco comenzar, y sé que una vez que me pongo en marcha, voy andando”.

Luego, se identificó el apoyo de una **agencia o profesional** (12) para seleccionar qué tipo de trabajo sería indicado para esa persona, en ese momento. A modo de ejemplo, una participante dijo:

“hubieron oportunidades de trabajar uno a uno con un preparador laboral, así que una vez que pude, una vez que estuve en condiciones de buscar trabajo, pude conseguir ayuda especializada y pudieron decir ‘ok, aquí están tus intereses, estas son algunas oportunidades que están ahí afuera’ ”.

Sentirse apoyado (11), en términos de considerar que el/la profesional le apoya y empatiza, como lo ejemplifica:

“Supongo que, en parte, no siempre soy buena para reconocer mis logros, así que es bueno poder tener un lugar seguro donde esté bien decir ‘mira, hice algo realmente increíble’ o que alguien más diga ‘bueno, es realmente genial que hayas podido hacer esto’. Y también tener a alguien que me empuje porque la mayoría de las veces es... tengo problemas para motivarme a mí misma y digo ‘sabes, realmente no tengo que hacer eso’, pero cuando sé que tengo que responder ante otra persona, entonces lo hago mucho mejor”.

También se mencionaron las **acomodaciones** (9), dirigidas a las modificaciones del entorno, las tareas o el horario del puesto de trabajo. Una participante que había estado de licencia, manifestó:

“y cuando volví a trabajar, volví a tiempo parcial. Hice un tiempo parcial durante dos semanas, solo para asegurarme de que podía manejarlo. Y estuvo bien”.

A continuación, se encuentran los **factores que los participantes consideraron no beneficiosos para obtener y mantener un empleo**.

En primer lugar, la **dificultad para afrontar síntomas** asociados a su diagnóstico (46), identificando que es su impacto a las resultado conseguir y o mantener un empleo. Al respecto, una entrevistada reportó:

“durante meses, estuve... estaba enferma, tenía migrañas, estaba exhausta, no podía levantarme de la cama, estaba ... los días que me podía levantar para ir a trabajar era como una vic-

toria, y luego, cuando llegaba a casa del trabajo, me iba a la cama de inmediato. Y entonces mi esposo tenía que cuidar a los niños y cosas por el estilo, y luego hacía lo que podía para seguir trabajando”

Seguidamente, se encuentra la frustración durante la **búsqueda laboral** (24), como uno de ellos declaró:

“todavía busco trabajo, a veces es frustrante porque parece que no hay mucho en mi campo, y a veces es frustrante solo porque parece que estás enviando muchos currículums y no estás obteniendo cualquier tipo de respuesta y eso puede ser ... como si fuera difícil motivarse a sí mismo, especialmente si han habido algunos fracasos y entonces es como por qué me estoy molestando. Sí, así me sentí en el pasado”

A su vez, se identificó que los y las participantes encontraban que las **situaciones estresantes en el trabajo** (24) empeoraban su salud mental impactando en su rendimiento laboral. Uno de ellos, y que trabajaba en un hogar de personas con discapacidad, comentó:

“estaba trabajando directamente con familias que estaban en crisis, por lo que había personas que buscaban una colocación a largo plazo para su hijo o que tal vez sufrían una enfermedad importante y buscaban apoyo financiero, por lo que siempre estaba viendo personas en crisis que estaban en los peores momentos de sus vidas, así que eso lo tomó todo. (...) Creo que es la naturaleza del trabajo, es un poco agotador emocionalmente, (...) es emocional y físicamente agotador. Sí”

Las actitudes por parte de **supervisores** (24) fue otro de los temas identificados. Un participante refirió:

“llegué al punto en que siempre fui un buen empleado y siempre fui muy respetado, pero tuvimos una nueva gerente los últimos años que estuve allí, ella venía de una ciudad diferente y, fue en el momento en que empecé a enfermarme y tener ese tipo de síntomas, y luego ella me envió esta carta diciendo que sabes, ‘necesitas hacer esto o tú’... una carta bastante amenazante”

En 19 oportunidades se hizo referencia a **no sentirse preparado/o** para sostener un empleo. Una participante que llevaba más de un año sin trabajar, refirió:

“ha pasado un tiempo, siento que necesito comenzar un trabajo a medio tiempo porque siento que mi resistencia social, es limitada y si estoy agotada todos los días, me va a agotar física y mentalmente todo el tiempo, y eso no me va a dar nada bueno, así que necesito disminuir un poco la cantidad de horas”

Seguidamente, entrevistadas/os mencionaron el **estigma en el trabajo** como una preocupación para obtener o mantener un empleo (17). Una de ellas comentó:

“no lo he revelado la mayor parte del tiempo solo porque... Supongo que sé que a las personas no se les permite tomar decisiones basadas en eso, pero todavía estoy un poco preocupada

por el estigma que pueda haber. Y realmente no llega a hmmm como si no fuera algo que pasa en las tres horas cuando estoy en el trabajo, ¿verdad? Así que creo que si se tratara de algo que estuviera interfiriendo, lo haría, sería más fácil. Pero como no lo es, como no es algo que interfiere con que yo haga un buen trabajo, creo que no tiene sentido arriesgarse por ningún estigma ni nada”

Otro tema identificado fue **desconocer apoyos existentes** (16), dado que participantes hicieron mención a no saber qué tipo de apoyos estaban disponibles para conseguir o mantener un trabajo. Una de ellas, comentó:

“fue muy confuso para mí cuando estaba fuera, porque al principio todavía estaba planeando volver al trabajo y esas cosas, y no sé si debería haber sido recursos humanos o qué, pero no tenía idea de cuándo solicitas eso, y también... ¿mi trabajo seguía ahí? Porque nadie me habló de eso, ¿verdad? Entonces yo estaba como en la oscuridad, ¿puedo volver a trabajar? ¿No está ahí? Me sentía demasiado avergonzada para llamar, ¿por cuánto tiempo está allí? ¿Volveré si lo acomodan? ¿Cómo lo voy a hacer? No sabía nada. Nada de nada”

Por otro lado, se identificó el tema de **sentirse incomprendido** (10) por parte de un profesional de la salud mental, lo cual no resulta beneficioso para ir al tratamiento y consecuentemente trabajar en pos de su inclusión laboral. Al respecto, un participante manifestó:

“sabes cuando alguien dice, y le he dicho a otra persona, es decir, a otro médico, que tuve pensamientos suicidas, que tengo esta fantasía repetida en mi cabeza y dije ‘¿es eso normal?’ Y su respuesta fue simplemente ‘No sé qué es normal, ¿qué es normal? lo que es normal para ti no es lo que es normal para otra persona’. Y solo pensé que no puede ser normal tomar medicamentos”

Con la misma cantidad de referencias se encuentra la **falta de apoyo de compañeros y compañeras** del lugar de trabajo (10). Un participante refirió:

“Lo que lo hace un buen ambiente. Algunos miembros del personal fueron increíbles. Pero algunos no lo fueron, y me hicieron la vida muy difícil allí. (...) Yo diría que la actitud, ellos simplemente, eran como, casi como si me atacaran. Porque desafortunadamente se filtró de la gerencia que tenía bipolaridad, y lo tomaron por... me corrieron con eso”

Conclusiones y discusión

La población que accede a los servicios de salud mental representa una amplia gama de la población adulta. Los factores que favorecen la inclusión laboral de dicho grupo no resultan claros en la literatura, algunos autores hacen referencia al nivel de funcionalidad, años de educación, la motivación por trabajar, la edad, los síntomas y el hecho de vivir solo/a. En el

presente estudio, se observó una diferencia significativa con el nivel de funcionalidad, pero no con las otras variables. Si bien no se estudió específicamente la motivación por trabajar, quienes participaron del estudio manifestaron interés por trabajar en el momento presente o en el futuro.

Pareciera que no hay dudas acerca de qué metodologías están validadas para favorecer la inclusión laboral de personas con padecimientos mentales, siendo la de IPS la más robusta. Sin embargo, fueron escasas las participantes del presente estudio que conocían esta metodología y recibieron dichos servicios. Podría preguntarse entonces ¿cuán accesibles se encuentran los servicios de IPS para todos los sectores de la población? En su lugar, continúa primando el tratamiento clásico de psiquiatría con prevalencia de consultas con un especialista psiquiatra en primer lugar.

En relación con los apoyos naturales y acomodaciones en el lugar de trabajo, la literatura habla de los beneficios encontrados en cuanto a la flexibilidad horaria, orientación y entrenamiento específico en el puesto de trabajo. En el presente estudio, se reportaron beneficios coincidentes sobre la flexibilidad horaria en primer lugar, apoyo de las partes interesadas en segundo lugar y de compañeros/as y supervisores/as en el tercero. Es por ello que sería interesante ofrecer políticas que promuevan una mayor capacitación y formación sobre los problemas de salud mental en el lugar de trabajo.

Las propias personas identificaron que la naturaleza del puesto y la adecuación persona-puesto resultaban beneficiosas para poder sostener el empleo, lo que refuerza la necesidad de colaboración de Terapia Ocupacional en dichos procesos. En cuanto a las terapias, priorizaron sentirse apoyados/as, conocer el objetivo y establecer un paso a paso de lo que debían realizar para conseguir el mismo. Pareciera entonces que las Terapias Ocupacionales centradas en las personas, con un abordaje colaborativo que contemplan el desafío justo, es lo que las propias personas elegirían. Estrictamente en el campo laboral, se requieren de apoyos para la confección del currículum, preparación para entrevistas y la búsqueda laboral propiamente dicha a fin de prevenir frustraciones. Otro aspecto a considerar, es cuánto saben las propias personas acerca de qué servicios pueden y debieran recibir. Entonces, sería interesante un abordaje desde una perspectiva de derechos que informe y empodere acerca del acceso a la salud y el derecho a un trabajo libremente elegido, sin discriminación, ni acoso de ningún tipo.

El presente estudio presenta algunas limitaciones, entre las que se encuentra la escasa cantidad de respuestas de la escala WANSS, posiblemente debido a la longitud de la misma. Por otra parte, se encuentra la escasa variabilidad diagnóstica, siendo la mayoría trastorno del estado del ánimo. Sería interesante realizar futuros estudios que contemplan mayor

cantidad de participantes y con un reclutamiento de datos de población argentina, en pos de contribuir al desarrollo del conocimiento local y regional. En cuanto a las perspectivas futuras, se recomienda realizar programas de capacitación a equipos de trabajo vinculados con temáticas de salud mental y evaluar su disponibilidad y provisión de apoyos naturales al momento de trabajar con personas con alguna problemática mental.

La inclusión laboral es un proceso complejo que implica diversas aristas, sociales, personales, contextuales y socioeconómicas, por lo que es de suma importancia comprender la perspectiva de usuarias/os, incluyendo la misma dentro del campo de las ciencias y como evidencia para trabajos futuros. ■

[Recibido: 13/05/22 - Aprobado: 09/11/22]

Referencias

- Arbesman, M., & Logsdon, D.W. (2011). Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy* 65(6): 238–246.
- Carlier, B.E., Schuring, M., Lötters, F.J., Bakker, B., Borgers, N., & Burdorf, A. (2013). The influence of re-employment on quality of life and self-rated health, a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands. *BMC Public Health*;13(1):503.
- Chatterji, P., Alegria, M., & Takeuchi, D. (2011). Psychiatric disorders and labor market outcomes: evidence from the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of health economics*, 30(5), 858–868. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.06.006>
- Corbière, M., Villotti, P., Lecomte, T., Bond, G., Lesage, A., & Goldner, E. (2014). Work accommodations and natural supports for maintaining employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 90-98.
- Creswell, J.W., Plano Clark, V.L., Gutmann, M.L., Hanson, W.E. (2003). Advanced mixed methods research designs. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in the social and behavioral research*. (pp. 209e240). Thousand Oaks: Sage Publications.
- CSDH. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. World Health Organization.
- Drake, R.E., Becker, D.R., Clark, R.E., & Mueser, K.T. (1999). Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*;70(4):289–301.
- Drake, R.E., Bond, G.R., & Becker, D.R. (2012). *Individual placement and support: an evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press.
- Dunn, E.C., Wewiorski, N.J., & Rogers, E.S. (2010). A qualitative investigation of individual and contextual factors associated with vocational recovery among people with serious mental illness. *The American journal of orthopsychiatry*, 80(2), 185–194.
- Estroff, S.E., Patrick, D.L., Zimmer, C.R., Lachicotte, W.S. (2001). Pathways to disability income among persons with severe, persistent psychiatric disorders. *Milbank Quarterly*, 75: 495-532.

- Gold, P. B., Macias, C., & Rodican, C. F. (2016). Does Competitive Work Improve Quality of Life for Adults with Severe Mental Illness? Evidence from a Randomized Trial of Supported Employment. *The Journal of behavioral health services & research*, 43(2), 155–171. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9392-0>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC. (2018) Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad: resultados definitivos 2018. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-950-896-532-5
- Kirsh, B., Cockburn, L., & Gewurtz, R. (2005) Best practice in occupational therapy: Program characteristics that influence vocational outcomes for people with serious mental illnesses. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(5), 265-279.
- Kirsh, B., Stergiou-Kita, M., Gewurtz, R., Dawson, D., Krupa, T., Lysaght, R., & Shaw, L. E. (2009). From margins to mainstream: What do we know about work integration for persons with brain injury, mental illness and intellectual disability? *Work* 32 391–405
- Levaggi, V. (2004) ¿Qué es el trabajo decente? Publicación de la Organización Internacional del Trabajo. Extraído de: https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang-es/index.htm
- Martínez Ortiz, E., y Jaimes-Osma, J.E. (2012). Validación de la prueba “Sentido del Trabajo” en población colombiana. *Psicología desde el Caribe*, vol. 29, núm. 1, pp. 64-86.
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M. C., & Brugha, T. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry*; 191:30–7.
- Mascayano, F., Lips, W. & Moreno, J. (2013). Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Salud Mental*, 36, 159-165.
- McDowell, C., & Fossey, E. (2014). *Workplace Accommodations for People with Mental Illness: A Scoping Review*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 197–206. doi:10.1007/s10926-014-9512-y
- Morgan, V. A. (2013). Strategies for improving employment outcomes for people with psychosis. Commentary on: Severe mental illness and work-what can we do to maximise employment opportunities for individuals with psychosis?. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 47(5), 486–487. <https://doi.org/10.1177/0004867413482494>
- Mueser, K., & McGurk, S. (2014). Supported employment for persons with serious mental illness: Current status and future directions. *L'Encephale*, 40, 45-56.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948. Resolución 217 A (III).
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Resolución A/RES/70/1 Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 25 de noviembre de 2015. Extraído de: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Trastornos Mentales. Extraído de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Paluch, T., Fossey, E., & Harvey, C. (2012). Social firms: building cross-sectoral partnerships to create employment opportunity and supportive workplaces for people with mental illness. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 43, 63-75.
- Peterson, D., Gordon, S., & Neale, J. (2017). It can work: Open employment for people with experience of mental illness. *Work (Reading, Mass.)*, 56(3), 443–454. <https://doi.org/10.3233/WOR-172510>
- Phelan J. C. (2005). Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: the case of mental illness. *Journal of health and social behavior*, 46(4), 307–322. <https://doi.org/10.1177/002214650504600401>
- Rivas, A. (2004). Del trabajo como valor de inscripción social al trabajo como factor de desestructuración social: el caso de los trabajadores y trabajadoras desplazados por la deslocalización industrial dentro del estado español. *Cuadernos de relaciones laborales*, 22 (2), 63-82.
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salame-ro, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Ayuso-Mateos, J. L., Kapczynski, F., & Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 7;3:5.
- Rüsch, N., Corrigan, P., Waldmann, M. A., Staiger, T., Bahemann, A., Oexle, N., Wigand, M., & Becker, T. (2018). Attitudes Toward Disclosing a Mental Health Problem and Reemployment. A Longitudinal Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 206 (5): 383-385.
- Salkever, D. S., Karakus, M. C., Slade, E. P., Harding, C. M., Hough, R. L., & Rosenheck, R. A. (2007). Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatric Services*; 58(3):315–24.
- Schultz, I. Z., & Rogers, E. S. (2011). Work accommodation and retention in mental health. NY Springer Science + Business Media.
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 9.
- Verdugo, M. A., & Jordán de Urríes, F. B. (2003). Empleo con apoyo y salud mental. En M. A. Verdugo, D. López, A. Gómez, y M. Rodríguez (Coordinadores), Atención comunitaria, rehabilitación y empleo; pp. 153- 164. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.
- Villotti, P., Corbière, M., Zaniboni, S., & Fraccaroli, F. (2012). Individual and environmental factors related to job satisfaction in people with severe mental illness employed in social enterprises. *Work*;43:33-41

Agradecimientos

La autora de este texto quiere agradecer especialmente a la Dra. T.O. Rosemary Lysaght, por su apoyo, supervisión y acompañamiento constantes en el desarrollo de la tesis doctoral.

A la Dra. María Roca, por su apoyo incondicional desde el inicio hasta la finalización de la tesis doctoral. A profesionales de salud mental y usuarios y usuarias del servicio de salud mental del Providence Care Hospital por su apertura y disponibilidad para colaborar con la presente investigación.

El trabajo de campo para la presente investigación ha sido financiado por *Global Affairs Canadá* (Relaciones Internacionales de Canadá) por medio de la beca *Emerging Leaders From the Americas Program* (ELAP, Programa de Líderes Emergentes de las Américas, en español).

Cómo citar este artículo:

Ciampa, M.A. (2022). Inclusión laboral de usuarias/os de servicios de salud mental. ¿Qué dicen las propias personas al respecto?. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8 (2), 6-14.

Abordaje de los profesionales de la salud en las sexualidades de personas con discapacidad física adquirida

Approach of health professionals in the sexualities of people with acquired physical disabilities

Aldana Cicchini

Aldana Cicchini

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Residente de la Provincia de Buenos Aires, Hospital Dr José María Jorge. Diplomada en Educación Sexual Integral. Universidad Nacional de Córdoba - Facultad de Psicología. Institución de pertenencia: Hospital sub-zonal especializado en rehabilitación "Dr. José María Jorge".

lic.cicchinialdana@gmail.com

Resumen

Se realiza una investigación con un enfoque mixto, con el objetivo de analizar el abordaje de los profesionales de la salud en las sexualidades de personas con discapacidad física adquirida, según los enfoques biologicistas, ético-morales y de género. Para esto se llevó a cabo un cuestionario anónimo a los profesionales que fue respondido por el 51,68% de los mismos, y una planilla de recolección de datos retrospectiva de 61 historias clínicas (HC). Como resultados se destaca que la mayoría de los profesionales consideran que las sexualidades son de suma importancia y que éstas son actividades de la vida diaria, cotidianas y significativas, sin embargo el 93.29% no registran intervenciones sobre las sexualidades en las HC. A su vez, se destacan como resultados las disyuntivas sobre quien o quienes deberían abordar la temática, la escasa formación en el área y el abordaje desde un enfoque biologicista. Se concluye que a partir del análisis de los datos, se puede reflexionar sobre la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud en Educación Sexual Integral (ESI) y diversidad funcional, para permitir el acceso a las sexualidades como un derecho. Se podría considerar que los escasos abordajes en el área tienen correlación con el preconceito que posee cada profesional acerca de las sexualidades, y con un presunto tabú social de doble impacto: las sexualidades y la discapacidad.

Palabras clave: Sexualidad, personas con discapacidad, personal de salud.

Abstract

A mixed-method research, focusing on biology, ethics and gender, has been carried out to analyze health professionals' approach regarding sexuality in people with acquired physical disabilities, according to the biological, ethical-moral and gender approaches. An anonymous survey was conducted, which was answered by 51.68% professionals, and data was collected from 61 medical charts. Results show that most professionals consider sexuality to be of the utmost importance as daily significant activities. However, 93.29% do not register interventions regarding sexuality in medical charts. Furthermore, there is an emphasis on the quandary as regards who should address the topic, lack of information concerning the area, and the fact that sexuality is usually tackled from a biological perspective. As a conclusion, it can be considered that health professionals need training in Comprehensive Sexual Education and functional diversity to ensure people's rights. In addition to this, the lack of approach in the area could be correlated to each professional's bias with reference to sexuality and social taboo: sexuality and disability.

Keywords: Sexuality, disabled persons, health personnel.

Introducción

Esta investigación es un recorte de un proyecto mayor denominado “Vivencia de las sexualidades en personas con una disfunción física adquirida y el abordaje de la temática por los profesionales de la salud: Experiencia del Hospital Dr. José María Jorge”. El estudio se encuentra registrado en la Comisión Conjunta de Investigación en Salud N° de nota Ref. /Exp.2919-2326/2020. La misma, tiene como objetivos conocer la vivencia subjetiva de las sexualidades en las personas con una disfunción física adquirida y analizar formas de abordaje de las sexualidades en personas con disfunción física adquirida desde los profesionales de la salud del Hospital Subzonal Especializado En Rehabilitación “Dr. José María Jorge” (Hospital “Dr. José María Jorge”). Dicho proyecto aún no ha sido publicado en ningún sitio.

El recorte que se presenta en esta revista, tomará solo uno de los objetivos del trabajo mayor, y este será el de analizar el abordaje de los profesionales de la salud en las sexualidades de personas con discapacidad física adquirida, según los enfoques biologicistas, ético-morales y de género.

En el Hospital “Dr. José María Jorge”, la población de usuarios internados, según la estadística brindada por la administración de gestión de pacientes 2022, tiene como condición de salud disfunciones físicas adquiridas por secuelas de accidentes cardiovasculares (ACV), lesiones medulares (LM), y traumatismos encefalocraneales (TEC). Acorde a Pedretti & Early (2017), las personas con este tipo de disfunciones, suelen tener un impacto en sus sexualidades.

Como profesionales de la salud, Mouratian (2015), explica que es necesario abarcar las sexualidades, desde los derechos sexuales y (no) reproductivos, ya que forman parte del abordaje integral de los Derechos Humanos. Es por esto, que el autor expone que las intervenciones de los profesionales de la salud, deben ser desde la reflexión y el análisis en pos del ejercicio libre, pleno y sin discriminación de la sexualidad.

Los terapeutas ocupacionales (T.O.), incluyen dentro de su Marco de Trabajo a la actividad sexual como una actividad de la vida diaria. Según dicho marco, es necesario abordar la esfera sexual de la persona por parte del T.O, para promover la participación plena y satisfactoria de la persona favoreciendo la justicia ocupacional de los usuarios (AOTA, 2020).

Sin embargo, a pesar de lo expuesto, en el registro cotidiano de las historias clínicas (HC) de los usuarios internados del Hospital Dr. José María Jorge, se observaron escasos datos formales, evaluaciones e intervenciones instauradas sobre las sexualidades. Es por esto que surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Se abordan las sexualidades dentro de la rehabilitación del usuario por parte de los profesionales de la salud del Hospital Dr. José María Jorge?, en caso de abordarlas ¿Cómo lo realizan?, y si no lo abordan ¿Por qué no lo hacen?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS, 2006)¹

Los conceptos de las sexualidades, y las formas de abordar las mismas, fueron mutando a lo largo del tiempo. Morgade (2006), expone cuáles son y cuáles fueron esos modelos o enfoques de sexualidades: Los modelos/enfoques biomédicos/biologicistas, moralizantes y los modelos de género y diversidad. Según esta autora, el modelo o enfoque biologicista, toma a la sexualidad como sinónimo de reproducción y de anatomía/fisiología. No se tienen en cuenta los sentimientos, el placer, el deseo, o todo contenido vinculado a las relaciones humanas y personales. Para este modelo la sexualidad es la genitalidad, por lo cual los abordajes son desde una perspectiva médica y biológica en la cual se entiende que algunos profesionales específicos son los únicos referentes del saber. Por otro lado, el modelo o enfoque moralizante, está atravesado por cuestiones ético-morales que retoman los sistemas normativos (el deber ser). Comparte con el anterior el supuesto de que la sexualidad se expresa centralmente en la genitalidad. En este modelo se asimila a la sexualidad con el amor romántico. Finalmente, el enfoque de género, es un enfoque integral que toma como base los cinco pilares fundamentales de la Educación Sexual Integral (ESI) (Derechos, género, diversidad, afectividad cuerpo y promoción de la salud), este enfoque entiende que el cuerpo humano está inscripto en una red de relaciones sociales que le da sentido y que su uso, disfrute y cuidado, están fuertemente condicionadas por el sector socioeconómico y educativo de pertenencia, las costumbres y valores del grupo social que se integra, las relaciones de género hegemónicas, entre otros aspectos. Tiene en cuenta prácticas sexuales saludables, la exploración de los modos personales o compartidos de conocer y disfrutar del cuerpo sexuado. Este enfoque entiende a las sexualidades como una dimensión de la construcción de la subjetividad que está presente toda la vida, y es acorde al marco jurídico de la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral.

1 World Health Organization (2006) Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Ginebra: WHO; [Acceso: 08 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.

Las personas con discapacidad adquirida, pueden presentar afectaciones en sus sexualidades, es por esto que España, G. (2011), afirma que los profesionales de la salud, deben formarse en estos conocimientos previamente desarrollados, para que el abordaje del área pueda contemplarse desde las diferentes disciplinas que trabajan con las personas con discapacidad con el fin de poder abarcar todas sus singularidades, y que éstas puedan disfrutar de sus sexualidades plenamente. Rivas Asenjo, M (2019) afirma que debemos considerar las sexualidades como un tema de debate público e invita a los profesionales que trabajan junto a las personas con discapacidad a adquirir el conocimiento necesario para apoyar y acompañar en el acceso a esta área.

Método

Se realiza una investigación con un enfoque mixto, a nivel cualitativo y cuantitativo. Dicha investigación es de índole exploratoria y descriptiva, con un diseño no experimental, que cuenta con una temporalidad transversal e incluye datos retrospectivos. Se presentó el proyecto al comité de ética del Hospital de Alta Complejidad El Cruce Néstor Kirchner. Se toma la declaración de Helsinki como principios éticos para la investigación y consentimiento informado. Se cumplió con la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales.

La muestra de la investigación son todos los profesionales de la salud que trabajen en el área de internación de rehabilitación motora en el Hospital Dr José María Jorge.

Criterios de inclusión: Profesionales de la salud que desempeñen sus actividades laborales en el área de internación de rehabilitación motora del Hospital Dr José María Jorge.

Criterios de exclusión: Profesionales de la salud que desempeñen sus actividades laborales en el área de consultorio externo de rehabilitación motora del Hospital Dr José María Jorge.

Se utiliza la técnica de encuesta, mediante el instrumento básico del cuestionario, y la recolección de datos de las historias clínicas por medio de una planilla.

Resultados

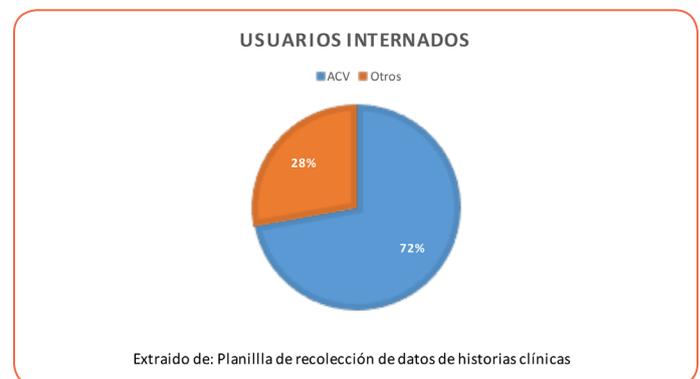
Planilla de recolección de datos de Historias clínicas (HC):

Se recolectaron datos de 61 HC de los usuarios internados en el año 2019, se observa que el 72% de los usuarios cursan con secuelas de ACV (Ver gráfico 1).

En las HC existe una evaluación estandarizada, de un servicio del Hospital, que está conformada por varios apartados, en uno de ellos toma en cuenta las sexualidades del usuario mediante tres preguntas: ¿Toma anticonceptivos?, ¿Considera que la enfermedad interfirió en su sexualidad?, ¿Quiere recibir información? A pesar de ser el único servicio que toma

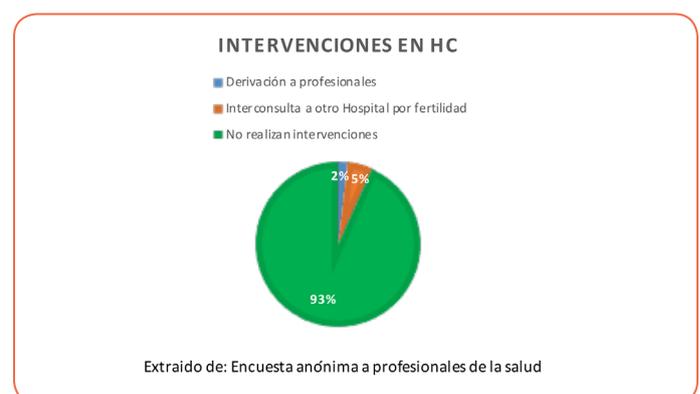
en cuenta dentro de las documentaciones de las HC a las sexualidades, en la mayoría de los casos, este apartado de la entrevista fue omitido, y en los casos que sí indagaron y se evidenciaron dificultades en el área, no hubo ningún registro de intervención o derivación en las HC.

Gráfico 1: Usuarios internados



Las intervenciones que se observan en las HC son, en un 1.8% derivaciones a otros profesionales (médico clínico y urólogo), y en un 4,91% interconsultas a otro hospital para orientación y tratamiento en las áreas de sexualidad y fertilidad por disfunción sexual secundaria a la lesión medular, planificaciones familiares y riesgos por enfermedad de base e interconsultas con ginecología obstétrica (test de embarazo). El 93.29% de los profesionales restantes no registran intervenciones sobre las sexualidades en las HC (Ver gráfico 2).

Gráfico 2: Intervenciones en HC



En el 100% de las HC, las intervenciones sobre las sexualidades sucedieron una sola vez (Ver gráfico 3). Por lo tanto, no se evidencia que los profesionales hayan retomado la temática.

Resultados sobre encuesta anónima:

Participaron de la investigación el 51,68% de los profesionales de la salud del Hospital Dr. José María Jorge (46 de 89 profesionales) (Ver gráfico 4). La composición profesional fue formada por 28,26% enfermeros (13 personas), 26,73%

terapeutas ocupacionales (10 personas), 17,39 % kinesiólogos (8 personas), 8,69% médicos clínicos (4 personas), 6,52% fonoaudiólogos (3 personas), 6,52% trabajadores sociales (3 personas), 4,34% psicólogos (2 personas), 2,17% psiquiatras (1 persona), 2,17% fisiatras (1 persona), 2,17% neurólogos (1 persona) (Ver gráfico 5).

Gráfico 3: Frecuencia de intervención

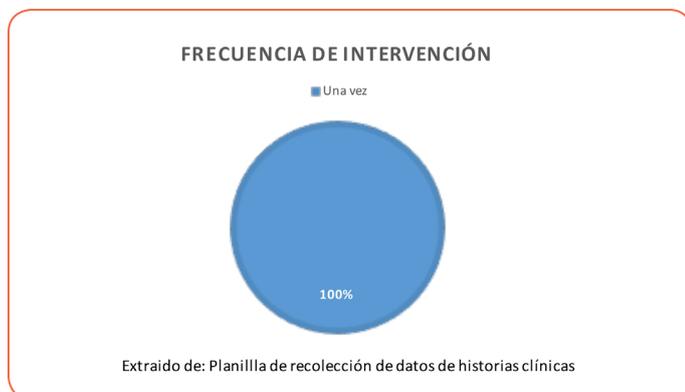
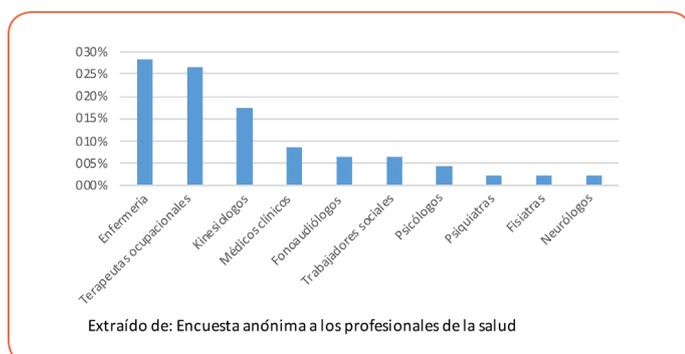


Gráfico 4: Profesionales participantes

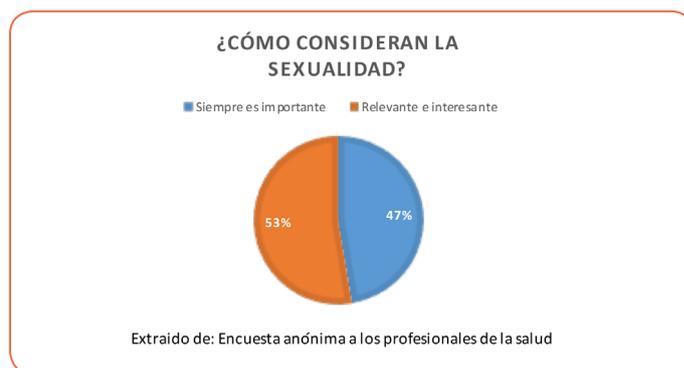


Gráfico 5: Composición profesional



De estos profesionales, el 53% considera que las sexualidades siempre son importantes, el 47% está totalmente de acuerdo en que las sexualidades son un tema relevante e interesante (Ver gráfico 6).

Gráfico 6: ¿Cómo consideran la sexualidad?



En las preguntas abiertas, la mayoría de los profesionales de la salud pudieron definir a las sexualidades como actividades de la vida diaria, cotidianas y significativas que forman parte de la construcción sobre quiénes somos, innatas en cualquier persona. Exponen que las sexualidades son una forma de autoconocimiento y de comunicación, que estas no son solamente la genitalidad, sino que también abarca la identidad, los roles de género, las interacciones interpersonales, la intimidad, el placer, la calidad de vida, el cuidado del propio cuerpo, la personalidad, entre otros. A su vez, los profesionales consideran que todos tenemos sexualidades, con distintas formas de expresión y significados.

Estos afirman que es una necesidad abordar las sexualidades desde los diversos profesionales de la salud, pero sostienen que esto no siempre sucede.

En contraposición a estas definiciones, otros profesionales consideran que la sexualidad es una necesidad fisiológica y coital muy importante cuando una persona se encuentra en pareja. Por otro lado, estos profesionales no la perciben como una actividad de la vida diaria, ya que no siempre está presente, y no es indispensable debido a que dependerá del interés y la situación vital de cada persona.

Con respecto al conocimiento del área (cursos, congresos, especialidades, entre otros) el 50% de los profesionales de la salud, consideran tener regular conocimiento sobre las sexualidades y las disfunciones físicas, el 28,3% refiere tener buen conocimiento, el 13% afirma tener mal conocimiento, el 6,5% muy mal nivel de conocimiento, y el 2,2 % muy buen nivel de conocimiento (Ver gráfico 7). El 69,6% de los profesionales no realizó ningún curso o especialización sobre el área. (Ver gráfico 8).

A su vez, el 80,4% considera necesaria e importante la intervención de los profesionales de la salud en el abordaje de las sexualidades (Ver gráfico 9). Con respecto a estos abordajes, solo 23,9% refieren que siempre derivan a los usuarios a otros profesionales para que consulten sobre sus sexualidades (Ver gráfico 10). La derivación es en un 22% al área médica, 41% al área de salud mental, el 20% al área de urología, el 13% al área de sexología, y el 4% a otras áreas (Ver gráfico 11).

Gráfico 7: Conocimiento del área

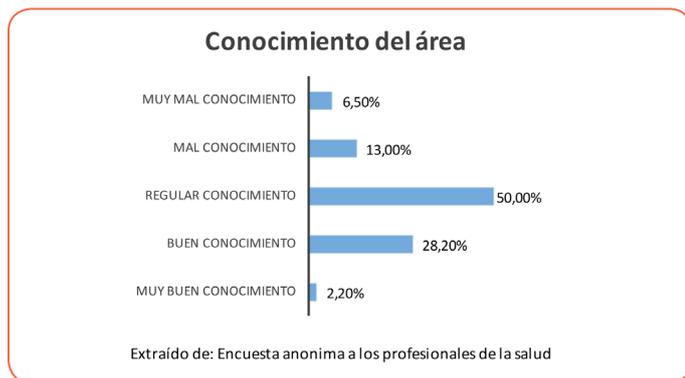


Gráfico 8: Formación en el área



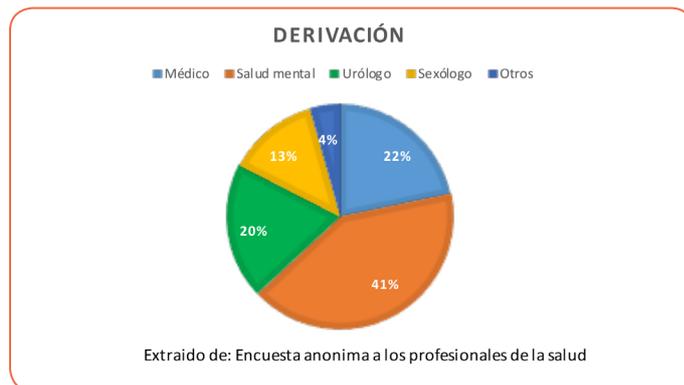
Gráfico 9: Importancia de la intervención de los profesionales



Gráfico 10: Refieren que derivan

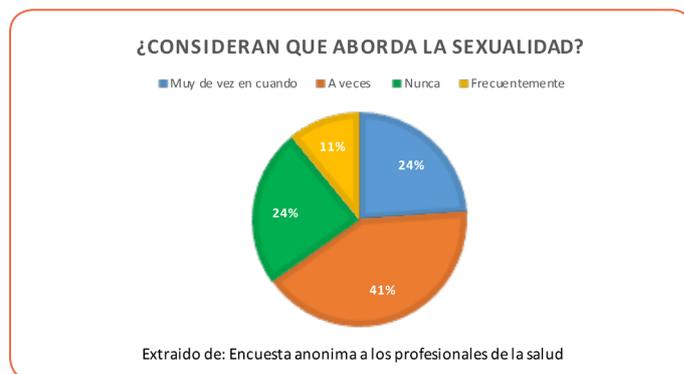


Gráfico 11: Derivación



El 41% de los profesionales de la salud afirma que a veces abordan las sexualidades en la rehabilitación de los usuarios, el 24% nunca lo abordan, el otro 24% lo realiza muy de vez en cuando y el 11% lo aborda frecuentemente (Ver gráfico 12).

Gráfico 12: ¿Consideran que aborda la sexualidad?



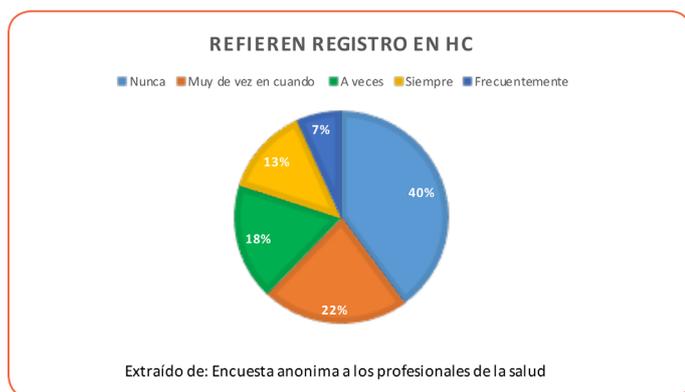
Algunos profesionales comentan que ellos indagan sobre las sexualidades identificando el interés por el tema, o realizando entrevistas logrando una buena comunicación y empatía con el usuario para poder destacar la importancia de una sexualidad libre y sin limitaciones, y sostiene que en caso de considerar pertinente abordar las sexualidades, lo realizan solo si el usuario manifiesta la necesidad, siempre con prudencia y respeto, teniendo en cuenta el consentimiento y las necesidades de la persona.

Otros profesionales afirman que nunca abordan la temática, ya que consideran que no están capacitados para abordar las sexualidades, y en algunos casos no consideran que sea una incumbencia de su área, dado que solo deben abordar esta área los médicos clínicos, urólogos, sexólogos o el área de salud mental. Las personas que afirman que no realizan abordajes refieren no realizarlo por evasión inconsciente del tema, por pudor, por falta de empatía, confianza e intimidad con el usuario, o por priorizar otros temas. Incluso, algunos profesionales manifestaron que abordar la sexualidad en la rehabilitación del paciente, podría llegar a ser nocivas para

su recuperación. En contraposición, otros profesionales de las mismas áreas, consideran que sí deberían abordar las sexualidades y que es una parte fundamental de las intervenciones holísticas con enfoque biopsicosocial hacia el usuario.

Todas estas intervenciones según el 40% de los profesionales, nunca son registradas en las HC, el 22,2% refiere que lo hacen muy de vez en cuando, el 17,8 % lo hace a veces, el 13,3 % lo hace siempre y el 6,7% lo hace frecuentemente (Ver gráfico 13).

Gráfico 13: Refieren registro en HC



Limitaciones

Debido al contexto de la pandemia producida por el SARS CO-VID-19, el cronograma ha sufrido diversas modificaciones por dificultad en la recolección de datos. El acceso cotidiano a los profesionales de la salud fue escaso, por lo que completar la encuesta dependió exclusivamente de la buena predisposición de los mismos.

Conclusiones

Esta investigación buscó responder las siguientes preguntas: ¿Se abordan las sexualidades dentro de la rehabilitación del usuario por parte de los profesionales de la salud del Hospital Dr. José María Jorge?, en caso de abordarlas ¿Cómo lo realizan?, y si no lo abordan ¿Por qué no lo hacen?, y tuvo como objetivo analizar el abordaje de los profesionales de la salud en las sexualidades de personas con discapacidad física adquirida, según los enfoques biologicistas, ético-morales y de género.

A partir de las respuestas del cuestionario anónimo a los profesionales y la recolección de datos de las HC, se logró realizar un análisis y llegar a las siguientes reflexiones: La mayoría de los profesionales de la salud consideran que las sexualidades son de suma importancia y que son actividades de la vida diaria, cotidianas y significativas, sin embargo se observa disyuntivas sobre quien o quienes deberían abordar la temática, esto se correlaciona con la escasa formación en el área, lo cual atrae diversos abordajes en la temática, ponderando un abordaje biologicista y con una lógica médico hegemóni-

ca y farmacológica de las sexualidades. A su vez, se evidenció escasa indagación sobre las sexualidades, por lo tanto escaso seguimiento y registro de las mismas.

En el análisis de los datos, se pudieron observar discrepancias entre el registro de las intervenciones de los profesionales de la salud sobre sexualidades en las HC y las encuestas anónimas que realizaron los mismos profesionales.

Dicha encuesta fue resuelta por 51,68% de los profesionales de la salud del Hospital Dr José María Jorge, por lo que podría pensarse que el tema ha generado una cierta tensión o resistencia cultural que no logró un mayor número de respuestas.

De las respuestas podemos destacar que: La mayoría de los profesionales de la salud consideran que las sexualidades siempre son importantes, y que debe ser abordada por los diversos profesionales, coincidiendo con Mouratian, P. (2015) que ve necesario el abordaje integral de la persona, teniendo en cuenta todos los aspectos de su vida, en donde las sexualidades forman parte constitutiva de la misma. Sin embargo, al momento de intervenir, un alto porcentaje de los profesionales no registran abordajes sobre las sexualidades del usuario en las HC, a pesar de referir que la mayoría de las veces lo realizan.

Otro punto que se analizó, es que las intervenciones son escasas, y en el 100% de los casos se realizaron una sola vez. A su vez, estas intervenciones parecieran responder a un enfoque biologicista y farmacológico, ya que las mismas dan respuesta a inquietudes sobre la reproducción y la genitalidad. Los abordajes no tuvieron registros de seguimiento. A su vez, se evidenció en la revisión de las HC que se ha omitido en múltiples oportunidades las preguntas de las sexualidades que se encuentran en una entrevista estandarizada que se hace al ingreso del hospital. Pareciera que las sexualidades pueden delegarse para después, atendiendo previamente otras necesidades, pero ¿De dónde surgen las lógicas de importancia? Podría observarse una tendencia en establecer un valor de importancia en relación a las diversas cuestiones que atraviesan a la personas, y pareciera que las sexualidades quedan relegadas.

Se evidencia que en caso de poder realizar un abordaje con respecto a las sexualidades, es necesario que se establezcan ciertas condiciones para que suceda la misma, tales como un espacio individual, privado, donde pueda mantenerse el sigilo. Además, para que esto suceda, consideran necesario el consentimiento del usuario y que la demanda siempre provenga de ellos. Estas precondiciones para abordar estas actividades de la vida diaria, no se evidencian en relación a otras actividades, pareciera que esta área en particular debe tener alguna especie de privacidad específica, como un ritual alrededor de la misma para poder abordarla. Pareciera que dicha temática no podría pensarse de manera colectiva como otras,

limitando la posibilidad de reflexionar acerca de sexualidades compartidas, con uno mismo y con un otro, que se construye y vivencia socialmente y que no depende exclusivamente de la persona.

Se puede entrever que por los motivos que fueren, los abordajes de las sexualidades son nulos o muy limitados. Por lo que, al no incluirse dentro de las prácticas profesionales, ésta daría la impresión de no ser percibida ni entendida como un derecho. Pareciera que, las sexualidades siguen siendo un tabú social, hasta aparenta tener mayor énfasis, por ser: sexualidades y sexualidades en personas con discapacidad.

En suma, se ha observado que la mayoría de los profesionales de la salud, consideran las sexualidades desde una mirada holística e integral, con un enfoque de género y diversidad, al momento de tener que definir conceptualmente a la misma. Sin embargo, en las intervenciones, o en relación al preconcepto de las limitaciones de las sexualidades en personas con discapacidades adquiridas, surge una mirada biologicista asumiendo que las sexualidades es sinónimo de una única sexualidad, siendo esta entendida como coito y genitalidad. Y se observa una tendencia desde los profesionales en considerar que el abordaje de las sexualidades debe atenderse por ciertas profesiones específicas, las más destacadas fueron salud mental y medicina. Una posible explicación, a estas diferentes percepciones y abordajes de las sexualidades, podría ser porque los profesionales de la salud, están atravesados por preconceptos de la temática. Algunos tienen una mirada guiada por modelos o enfoques biomédicos/biologicistas, que limita la posibilidad de visualizar a la misma más allá de la genitalidad y la reproducción, por lo que las intervenciones deben estar centradas en personal especializado en órganos reproductivos. Pero, en contraposición a esta percepción, se visualiza que otros profesionales, disienten con estas miradas y coinciden con España (2011), en donde viven y perciben las sexualidades a través de un enfoque holístico, y biopsicosocial, en un modelo de género, derechos, diversidades, que abarcan todas las singularidades de la persona.

Por lo que, esta discrepancia en el concepto de sexualidad/sexualidades, basada en el propio preconcepto, atrae a diversas intervenciones que pueden limitar el acceso a las sexualidades como un derecho, obstruyendo sexualidades libres, dignas y seguras de los usuarios.

En concordancia con Martínez (2018), esta investigación permitió destacar que los profesionales de la salud no poseen los conocimientos necesarios, tanto de grado como de posgrado, para abordar las sexualidades de las personas con discapacidad y emplean diversos modelos según el preconcepto de cada uno; por lo que se ve inminente la necesidad de capacitar a los profesionales en el área, para

que los abordajes puedan ser desde un marco jurídico bajo la ley 26.150 de Educación Sexual Integral, que categoriza los modelos contemporáneos en los cuales debemos basarnos y las políticas públicas correspondientes para esta área tan importante para el ser humano. Es necesario que los profesionales puedan evacuar dudas, brindar información, tener una escucha activa, y puedan promover y permitir(se) sexualidades dignas y seguras.

Perspectivas futuras

Luego de desarrollar esta investigación se desprenden algunos aportes para enriquecer el desempeño profesional en el área de las sexualidades y promover sexualidades libres y plenas en personas con discapacidad física adquirida.

- Capacitar al personal de salud sobre el abordaje de las sexualidades en personas con discapacidad física adquirida.
- Generar espacios de reflexión entre los profesionales de la salud sobre las sexualidades y el Tabú social de abordarlo y/o charlarlo.
- Instaurar evaluaciones y/o entrevistas específicas sobre las sexualidades del usuario.
- Abordar la temática en las reuniones de equipo y realizar seguimiento de la misma.
- Generar espacios de ateneos bibliográficos interdisciplinarios sobre la temática.
- Generar espacios de formación y difusión de Educación Sexual Integral.

Esta investigación logró responder a las preguntas y objetivos planteados, pero se desprendieron nuevos interrogantes.

¿Cómo evolucionar a nivel social y profesional de la teoría a la práctica en el abordaje de las sexualidades desde un enfoque de ESI y género? ■

[Recibido: 16/09/2022- Aprobado: 23/12/2022]

Referencias:

- American Occupational Therapy Association. (2020) Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.) American Journal of Occupational Therapy, 74(Suppl. 2).
- Martínez, Y. S., Cuello, J. J. C., Aguilar, D. S., & Pérez, Y. G. (2018). Sexualidad en personas con discapacidad: capacitación de los profesionales de la salud. *Revista Sexología y Sociedad*, 24(2).
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2011) Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid, España. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/saludSexualReproduccion/enssr.htm>
- Mouratian, P. (2015) Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo – INADI: Sexualidad sin barreras: derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad. - 1a ed. - Ciudad

Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo – INADI.

Pedretti, L. W., & Early, M. B. (Eds.) (2017). Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction (pp. 3-12). London: Mosby.

World Health Organization (2006) Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Ginebra: WHO; [Acceso: 08 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.

Cómo citar este artículo:

Cicchini, A. (2022). Abordaje de los profesionales de la salud en las sexualidades de personas con discapacidad física adquirida. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8 (2), 15-22.

Abordaje de Terapia Ocupacional en politraumatismo durante el estadio agudo

Approach to Occupational Therapy in polytrauma during the acute stage

Antonella Pezzino

Antonella Pezzino

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Mar del Plata. Ex residente de Terapia Ocupacional del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. O. E. Alende.

anpezzino@gmail.com

Resumen

El politraumatismo es un tipo complejo de lesión que suele implicar diferentes regiones anatómicas. Esto puede significar un desafío para quienes son profesionales de rehabilitación, ya que dichas personas pueden presentar secuelas que restrinjan la capacidad de movimiento y asociado a la incumbencia de Terapia Ocupacional (TO), manifestar algún grado de dificultad en el desempeño ocupacional. Se presenta un reporte de caso clínico de un paciente con diagnóstico de politraumatismo durante su internación en un hospital de agudos. El mismo presenta múltiples fracturas, entre las cuales se encuentra la fractura de L1, que conlleva como consecuencia una lesión medular. Se desarrolla el abordaje desde del área de TO hasta el momento del alta clínica, demostrando el avance en relación al desempeño en actividades de la vida diaria, la preparación para el retorno al hogar y el futuro ingreso a un instituto de rehabilitación. El caso es atípico en relación al tiempo de permanencia hospitalaria, por lo cual se pudieron llevar a cabo intervenciones desde TO que no suelen corresponderse con los tiempos del abordaje en la etapa aguda. Esto se ve reflejado en los avances respecto al desempeño ocupacional al momento del alta clínica. El avance logrado durante el estadio agudo puede implicar un beneficio para continuar su proceso de rehabilitación en un tercer nivel de atención.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, politraumatismo, lesión medular, hospitalización.

Abstract

Introduction: Polytrauma is a complex type of injury that usually involves different anatomical regions. This can be a challenge for those who are rehabilitation professionals, since these people can present sequelae that restrict the ability to move, and, associated with the concern of Occupational Therapy (OT), present some degree of difficulty in occupational performance. A clinical case report of a patient diagnosed with polytrauma during his stay in an acute care hospital is presented. It presents multiple fractures, among which is the L1 fracture, which leads to a spinal cord injury. The approach is developed from the OT area until the time of clinical discharge, making progress in relation to performance in activities of daily living, preparation for returning home and future admission to a rehabilitation institute. The case is atypical in relation to the length of hospital stay, which is why it was possible to carry out interventions from OT that do not usually correspond to the times of the approach in the acute stage. This is reflected in the advances regarding occupational performance at the time of clinical discharge. The progress achieved during the acute stage may imply a benefit to continue the rehabilitation process at a third level of care.

Keywords: Occupational Therapy, polytrauma, spinal cord injury, hospitalization.

Introducción

El politraumatismo se caracteriza por ser un tipo complejo de lesión que suele implicar diferentes regiones anatómicas. Es una de las causas de mortalidad y morbilidad en la población adulta joven del mundo (Padovani, Silva & Tanaka, 2017). Esto puede significar un desafío para quienes son profesionales de rehabilitación, ya que dichas personas pueden presentar secuelas de traumatismos, fracturas, tracciones, yesos, fijaciones externas, requerimiento de injertos, lesión de órganos, entre otras, que pueden restringir la capacidad de movimiento, y en consecuencia de ello, presentar algún grado de dificultad en el desempeño ocupacional.

En relación al caso a exponer, es relevante hacer mención al concepto de lesión medular, definido como:

Proceso patológico de etiología variable que resulta de la alteración temporal o permanente de la función motora, sensitiva y/o autonómica, producto de un daño que sufre la médula espinal, que conlleva déficit neurológico. Todas estas alteraciones habitualmente se presentan por debajo del nivel de la lesión. (ASPAYM, 2013, p.17)

Según el nivel y tipo de lesión se puede esperar cierto grado de independencia funcional (ver cuadro 1 en anexo 1). Si bien es difícil, en un primer momento, realizar un pronóstico preciso acerca de la función motora, se puede utilizar como referencia el conocimiento acerca de las posibilidades de función que podría alcanzar una persona con una lesión completa en dicho nivel (Harvey, 2010), para comenzar a planificar objetivos realistas y modificar el abordaje en función de las circunstancias individuales.

Dicho caso se presenta como novedoso, ya que no se halla dentro de la búsqueda de antecedentes de la temática, publicaciones que demuestren las intervenciones que se realizan específicamente desde el área de TO en personas con diagnóstico de politraumatismo durante el período agudo. Principalmente en relación a publicaciones tanto a nivel nacional como latinoamericano, donde la realidad de la salud pública dentro de los ambientes hospitalarios suele ser similar. Sin embargo, sí se hallaron estudios enfocados desde otras disciplinas, como el de los fisioterapeutas Padovani, Silva & Tanaka (2017) titulado “Fisioterapia en pacientes politraumatizados graves: un modelo de atención terapéutica”; o artículos asociados al abordaje desde TO en un único trauma aislado (Por ejemplo, lesión medular). Por otro lado, también es importante destacar la escasez de material que dé cuenta del abordaje durante el estadio agudo, siendo una etapa fundamental para el proceso de rehabilitación, el cual implica la prevención de complicaciones y el mantenimiento o restauración de la función (Stucki et al., 2005), puntos clave para el desempeño ocupacional de la persona durante el período de internación y luego del alta de la misma.

Método

Presentación del caso

M de 36 años de edad, empleado informal de empresa de conexión de internet, en pareja, padre de dos hijos; ingresa al Hospital Interzonal General de Agudos Dr. O. E. Alende de Mar del Plata el 8 de octubre del 2020 con diagnóstico de politraumatismo por caída de altura de aproximadamente 8/10 metros en contexto de accidente laboral. Permanece cinco días en la Unidad de Terapia Intensiva en monitoreo de signos vitales, y por presentar cuadro clínico favorable, se efectúa el pase a la Unidad de Terapia Intermedia (UTIM).

A su ingreso, M presentaba múltiples fracturas producto de la caída, comprometiendo en sus miembros inferiores (MMII) el platillo tibial izquierdo y el calcáneo derecho, y en su miembro superior el radio distal derecho. Sin embargo, la mayor complicación estuvo dada por la fractura de la vértebra a nivel de L1 con invasión del canal medular. Por este motivo, de urgencia, se le realizó una laminectomía con liberación de la médula espinal a nivel de D12-L1.

Ante una primera evaluación médica de los profesionales de la Unidad de Patología Espinal (UPE), se determina que M presenta una lesión medular, de tipo incompleta con un nivel Frankel C/ Asia C¹. Por lo cual indican la permanencia en decúbito obligado a 180 grados, permitiendo las rotaciones en bloque. Esto último debido a la presencia de inestabilidad en la columna vertebral, que, ante cualquier movimiento de cizallamiento en la misma, podría implicar un riesgo de complicación del cuadro neurológico.

El 16 de octubre se realiza la derivación al área de TO en la UTIM. En consonancia con el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020), en la evaluación inicial se evidencia:

- Funciones mentales globales: Vigil, orientado, colaborador
- Funciones neuromusculoesqueléticas: Miembros superiores (MMSS): Miembro superior derecho (MSD) inmovilizado con valva de yeso antebraquiometacarpiana. Resto sin particularidades. MMII: bota de yeso en miembro inferior derecho (MID) y valva de yeso inmovilizadora de rodilla izquierda. Paraplejía. Presenta espasmos musculares y clonus. Con tendencia a la rotación externa de caderas y pie izquierdo en equino.
- Funciones de la piel: Úlcera por presión (UPP) grado 2 en talón izquierdo.

1 La escala de Frankel se encuentra en desuso, ya que a partir de la misma se confeccionó la escala AIS (ASIA Impairment Scale), que clasifica las lesiones medulares en completa (ASIA A) e incompletas (ASIA B, C, D o E), basándose en valoración de la función motora y sensitiva.

- Sensibilidad: Conservada en MMSS, MMII y tronco. Disminuida/ausente (según referencia del paciente) en región del periné.

En relación al desempeño ocupacional en actividades de la vida diaria básicas (AVDB) inicialmente presentaba:

- Movilidad funcional: dependiente para realizar cambio de decúbito en bloque. Realiza ajustes posturales de tronco superior.
- Alimentación: independiente con alcance de elementos.
- Aseo personal: dependiente.
- Vestido: no lo realiza.
- Higiene (bañarse): asistencia máxima de personal de enfermería.
- Uso del baño y aseo: sonda vesical y pañal (incontinencia).

Como actividad instrumental utilizaba su teléfono celular para escuchar música y comunicarse con su familia.

Se administra evaluación FIM (*Functional Independence Measure*), obteniendo un puntaje de 53/126. Este número reflejaba valores altos en áreas de comunicación y conexión social, sin embargo presentaba dependencia en actividades de cuidado propio, control de esfínteres, movilidad/transferencias y locomoción. También se aplica el SCIM (*Spinal Cord Independence Measure*), escala equivalente al FIM para personas con lesión medular, del cual obtiene 16/100. Dicha escala evalúa tres grandes áreas, autocuidado, respiración/manejo esfinteriano y movilidad. En el caso de M, sólo obtiene puntaje en alimentación, respiración y movilidad en cama. Es decir, que en relación a su desempeño ocupacional M era dependiente en casi todas las áreas. En un inicio esto fue como consecuencia de la presencia de yesos de inmovilización de las fracturas, la indicación médica de decúbito obligado y el cuadro neurológico producto de la lesión medular en sí.

Objetivos e intervenciones

Debido a que al momento del ingreso al área de TO, M presentaba una columna vertebral inestable que requería de intervención quirúrgica de fijación, y de cumplir estrictas indicaciones médicas previas, se plantean los objetivos e intervenciones en relación a la etapa pre y postquirúrgica.

Etapa pre-quirúrgica

En dicho momento, el abordaje estuvo destinado a cumplir con los siguientes objetivos:

- Prevenir úlceras por presión (UPP).
- Prevenir sobre elongaciones de tejido blando (principalmente en caderas y pies).

- Mantener fuerza muscular de estructuras indemnes.
- Disminuir rigidez articular.
- Mantener rangos de movimiento de articulaciones indemnes.
- Propiciar el diálogo entre profesionales médicos y de TO.

Para el logro de los mismos se fomentaron los cambios de decúbito, mediante el rolado en bloque, y el correcto posicionamiento en cama que favoreciera la alineación biomecánica de estructuras (haciendo hincapié en MMII). Se brindaron indicaciones de cuidados de la piel y pautas de prevención de UPP. También se implementó un plan de ejercicios activos de MMSS y movilizaciones pasivas de articulaciones libres de MMII.

Desde un inicio se buscó sostener el diálogo con los médicos de la UPE y su médica clínica, para ir teniendo en cuenta las posibles indicaciones y contraindicaciones en el avance del tratamiento de M.

Por otro lado, también se fomentó la posibilidad de mantener la independencia en la realización de AVDB, principalmente la actividad de alimentación, y el uso del teléfono celular, mediante la organización del espacio de alcance inmediato².

Etapa post-quirúrgica

El 29 de octubre se le realiza una artrodesis de columna lumbar desde T11 a L3, con el objetivo de estabilizar la columna vertebral y prevenir mayor compromiso medular. Es por este motivo que a los objetivos previamente planteados se agrega:

- Potenciar musculatura de MMII y tronco.
- Favorecer sedestación gradual.
- Aumentar independencia en AVDB.
- Plantear actividades de ocio e interés para realizar en sedestación.

En el inicio de esta etapa se comenzó a observar mayor activación muscular en flexores y abductores de cadera, gradualmente se fueron sumando aductores y extensores de cadera, y musculatura de flexoextensión de rodilla. Si bien se fue buscando la potenciación de dichos grupos musculares, se indicaron ejercicios de tipo isométrico, debido a que las valvas inmovilizadoras de los MMII no fueron retiradas hasta el 18 y 25 de noviembre. Luego de trabajar en pos de mejorar la amplitud articular, limitada por el tiempo de inmovilización, se implementaron ejercicios activos isotónicos de ambos MMII. No se observó activación de dorsiflexión de tobillos durante el tiempo de internación.

Por indicación médica, luego de la estabilización de columna vertebral, se habilitó la posibilidad de la sedestación. Se

² Dicha área, en las salas de internación suele estar conformado por la cama y una mesa elevable donde se colocan los objetos de uso cotidiano.

comenzó gradualmente aumentando el respaldo de la cama, hasta lograr una postura sedente en borde de cama, sin hipotensión ni dolor. Para realizar la transición decúbito supino – sedente, se fue retirando la asistencia externa a medida que la activación de la musculatura postural le permitió lograr todo el recorrido de forma independiente. Si bien M presentaba control de tronco en sedente, se indicaron ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del *core stability*.

En relación al desempeño ocupacional, al tener mayor movilidad en cama y luego lograr la independencia en la transición de supino – sedente y viceversa, M logró realizar sin asistencia actividades de aseo personal, vestido de tren superior e inferior y alimentación sentado en el borde de la cama. El 27 de noviembre se le retiró el yeso del MSD, por lo cual le permitió comenzar a cortar con cuchillo y tenedor los alimentos. Si bien el foco de fractura del radio distal aún requería de resolución quirúrgica, desde el área de traumatología permitieron iniciar un plan de movilidad activa suave de muñeca y antebrazo, y el uso de ese miembro superior para actividades de bajo impacto. Luego de dicha intervención quirúrgica, el 21 de enero del 2021, se focalizaron las intervenciones en aumentar la amplitud articular de muñeca y antebrazo, fortalecimiento de cierre de puño y tratamiento de la cicatriz.

Debido al tiempo prolongado de internación, y sumado a la disminución de las visitas en el contexto de la pandemia por Covid-19, se planteó la realización de actividades de ocio en sala. Se le otorgó un cuadernillo de actividades lúdico – cognitivas confeccionado por la Residencia de TO, para que lo administre en su tiempo libre.

Si bien el área motora mejoró considerablemente desde el momento del ingreso, la mayor preocupación de M comenzó a darse en la imposibilidad de controlar esfínteres y la falta de sensibilidad en la zona perineal respecto a su sexualidad. Es por esto que se comenzó a trabajar con ejercicios de Kegel para fortalecer musculatura del piso pélvico, y se brindó información acerca de futuras posibilidades sexuales y genitourinarias (erección refleja, cateterismo intermitente) aclarando la necesidad de una evaluación por especialistas en vejiga neurogénica. También se sugirió la interconsulta con psicología.

Finalmente, el 9 de febrero, M tuvo el alta clínica, por lo cual se dieron indicaciones para el hogar en relación a plan de ejercitación global y se sugirieron posibles modificaciones ambientales para eliminar barreras arquitectónicas y facilitar el desempeño ocupacional. Luego de unas semanas en su hogar, ingresó al Instituto Nacional Psicofísico del Sur (INaRePS) para continuar su proceso de rehabilitación.

Resultados

En el transcurso de la internación, M tuvo diversas complicaciones que interfirieron su cuadro clínico y aumentaron

el tiempo de estadía hospitalaria. Entre las intercurencias presentó Covid-19, fistula de líquido cefalorraquídeo, insuficiencia renal aguda, múltiples infecciones del tracto urinario y lesiones uretrales. Sin embargo, se continuaron formulando objetivos de intervención en conjunto con M, por lo cual el abordaje desde el área de TO no fue interrumpido. Por este motivo en la evaluación final se evidencian cambios en relación a:

- Funciones neuromusculoesqueléticas: MMSS: MSD presenta limitación de en los últimos grados del rango de movimiento tanto activo como pasivo de muñeca, en comparación con el otro MS. MMII: parálisis de músculos dorsiflexores de tobillo.
- Sensibilidad: Continúa con anestesia en región del periné³.
- Movilidad funcional: Independiente para realizar sedestación al borde de cama. Bipedestación con asistencia moderada.
- Aseo personal: independiente.
- Vestido: independiente.
- Higiene (bañarse): asistencia moderada de personal de enfermería.
- Uso del baño y aseo: sonda vesical y pañal (incontinencia).

Se reevalúa escala FIM, en la cual obtiene un puntaje de 74/126, demostrando mayor independencia funcional en AVDB. Y en relación al SCIM presenta un 26/100, con valores altos en el área de autocuidado.

Conclusión

El caso de M, es atípico en relación al tiempo de permanencia hospitalaria, siendo que en la UTIM del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. O. E. Alende el promedio estimado de duración de la internación en el año 2020 fue de 40 días (según registro interno de la Residencia de Terapia Ocupacional), y M permaneció 124 días internado. Es por este motivo, que se pudieron llevar a cabo intervenciones desde TO que no suelen corresponderse con los tiempos del abordaje en la etapa aguda, lo cual puede verse reflejado en los avances respecto al desempeño ocupacional al momento del alta clínica.

Si bien, en un inicio, la prioridad médica estuvo orientada al estado de la columna vertebral, luego se le fue dando importancia al tratamiento del resto de las fracturas. Por este motivo, los objetivos de rehabilitación fueron variando en relación a las posibilidades funcionales de M, y acordes a su situación de salud-enfermedad, independientemente de la lesión medular.

³ Se debería revisar la clasificación como ASIA C, ya que la sintomatología refiere una lesión completa ASIA A.

Por otro lado, se puede identificar como limitación del reporte de caso, que las evaluaciones estandarizadas seleccionadas no son específicas del área aguda. Es por ello que los resultados cuantificables pueden no ser abarcativos de los avances funcionales, principalmente respecto al SCIM, del cual gran parte del puntaje está destinado por ejemplo a la movilidad en silla de ruedas (ítem no posible de evaluación en dicha etapa). Una sugerencia a futuro podría ser incorporar la FSS ICU (*Functional Status Score Intensive Care Unit*), que califica la movilidad funcional de la persona que permanece en cama durante la internación aguda.

Por último, cabe destacar, que respecto al pronóstico funcional que propone Harvey (ver cuadro 1 del anexo 1), se podría esperar que M a futuro realice una marcha con ayuda de producto de apoyo o uso de ortesis. Por lo cual el avance logrado durante el estadio agudo puede implicar un beneficio para continuar su proceso de rehabilitación en un tercer nivel de atención. ■

[Recibido: 21/11/21 - Aprobado: 15/10/22]

Referencias

- Asociación de Paraplégicos y Personas con Gran Discapacidad Física de la Comunidad de Madrid (ASPAYM). (2013). Guía para el manejo integral del paciente con lesión medular crónica. <https://www.aspaymmadrid.org/wp-content/uploads/2018/05/guia-manejo-integral-2013.pdf>
- Harvey, L. (2010). *Tratamiento de la lesión medular: Guía para fisioterapeutas*. Elsevier
- Functional Independence Measure*. (6 de octubre del 2015). Abilitylab. Recuperado el 4 de octubre del 2022 de <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/functional-independence-measure>
- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. (2020). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Supplement_2), 7412410010p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Padovani, C., Silva, J., & Tanaka, C. (2017). Physiotherapy in severe polytrauma patients: A therapeutic care model. *Acta Fisiátrica*, 24. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20170007>
- Stucki, G., Stier-Jarmer, M., Grill, E., & Melvin, J. (2005). Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disability and Rehabilitation*, 27(7-8), 353-359. <https://doi.org/10.1080/09638280400014105>
- Spinal Cord Independence Measure*. (17 de enero del 2013). Abilitylab. Recuperado el 4 de octubre del 2022 de <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/spinal-cord-independence-measure>

Anexo 1

Cuadro 1. Niveles característicos de independencia alcanzados por pacientes con lesión completa ASIA de la médula espinal.

	C1-C3 Tetraplejía	C4 Tetraplejía	C5 Tetraplejía	C6 Tetraplejía	C7-C8 Tetraplejía	Paraplejía Dorsal	Paraplejía lumbar y sacra
Ventilación no asistida	no	si	si	si	si	si	si
Empujar una silla de ruedas manual	no	no	limitada	limitada	si	si	si
Actividades mano a boca	no	no	si	si	si	si	si
Alimentación	no	no	limitada	si	si	si	si
Función de la mano	no	no	no	limitada (tenodesis)	limitada (tenodesis)	si	si
Conducir	no	no	no	si	si	si	si
Girarse	no	no	limitada	si	si	si	si
Transferencias horizontales	no	no	limitada	si	si	si	si
De tumbado a sentado	no	no	limitada	si	si	si	si
Del suelo a la silla de ruedas	no	no	no	limitada	limitada	si	si
De pie en las paralelas con ortesis	no	no	no	no	limitada	si	si
Caminar con ayudas y ortesis	no	no	no	no	no	limitada	si

Fuente: Harvey, L. (2010)

Cómo citar este artículo:

Pezzino, A. (2022). Abordaje de Terapia Ocupacional en politraumatismo durante el estadio agudo. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8 (2), 23-27.

Efectos del confinamiento en el hogar por la pandemia COVID-19 sobre las rutinas diarias, el sueño y el estrés en familias del área metropolitana de Buenos Aires

Effects of home confinement due to the COVID-19 pandemic on daily routines, sleep and stress in families in the Buenos Aires metropolitan area

Laura Graciela Pedevilla

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Especialista en Patologías y Terapéuticas de la Niñez, Universidad de Buenos Aires. Profesora Titular en Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Docente colaboradora en carrera de especialización en terapia ocupacional: Patologías y Terapéuticas de la Niñez, Universidad de Buenos Aires.

lgpedevilla@gmail.com

Laura Graciela Pedevilla

Resumen

El presente trabajo se propuso identificar y describir los efectos de la situación de aislamiento en el hogar por la pandemia Covid-19 sobre los cambios en las rutinas diarias, los hábitos de sueño y el estrés percibido como efecto del confinamiento en las familias del Área Metropolitana de Buenos Aires. También se intentó dilucidar la posible relación entre el confinamiento de las familias, las rutinas diarias, el sueño y el estrés.

Se realizó un trabajo exploratorio, descriptivo y transversal. Los datos relevados se indagaron mediante una encuesta. Se realizaron preguntas relacionadas a los cambios en las rutinas y actividades cotidianas, los hábitos de sueño antes y durante el período de aislamiento y la percepción de estrés durante el aislamiento. Todas las variables fueron consignadas en un mismo formulario por los padres o jefe/a de hogares según su percepción.

Del análisis de 112 encuestas, alrededor de la mitad de los casos presentó cambios en las rutinas diarias, problemas en el sueño y percibió estrés durante el aislamiento.

Estos resultados dan cuenta sobre los efectos negativos del aislamiento social frente al confinamiento por la pandemia en sí, como mantener todas las actividades dentro del hogar, que implican cambios en las rutinas y problemas en el sueño, lo que lleva a mayores niveles de estrés. Por lo tanto, podría esperarse que tras el confinamiento las familias se verán afectadas en las rutinas diarias, el sueño y el estrés.

Palabras clave: Covid-19 (enfermedad por coronavirus 2019), rutina, sueño, estrés, familia.

Abstract

The present work aimed to identify and describe the effects of the isolation situation at home due to the Covid-19 pandemic on changes in daily routines, sleep habits and perceived stress as an effect of confinement in families in the Metropolitan Area of Buenos Aires. An attempt was also made to elucidate the possible relationship between family confinement, daily routines, sleep and stress.

An exploratory, descriptive and cross-sectional study was carried out. A survey was used to collect the data. Questions related to changes in daily routines and activities, sleep habits before and during the isolation period and the perception of stress during isolation were asked. All variables were recorded on the same form by the parents or head of household according to their perception.

From the analysis of 112 surveys, about half of the cases presented changes in daily routines, sleep problems and perceived stress during isolation.

These results show the negative effects of social isolation derivative from confinement due to the pandemic itself as well as keeping all activities within the home that involve changes in routines and sleep problems, leading to higher levels of stress. Therefore, it could be expected that after confinement families will be affected in daily routines, sleep and stress.

Keywords: Covid-19 (coronavirus disease 2019), routine, sleep, stress, family.

Introducción

A raíz de la pandemia global Covid-19 (OMS, 2020) declarada el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a fin de mitigar el impacto en el sistema de salud, el día 20 del mismo mes, se decretó en Argentina la cuarentena con aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) en todo el territorio nacional.

El ASPO implicó grandes cambios en los roles de las personas, incluyendo los hábitos y rutinas que se sumaron a múltiples factores de estrés como el miedo propio de la pandemia al contagio, al contacto con objetos y materiales potencialmente infectados, a la propagación de la infección, a la sensación de amenaza ante la información ininterrumpida con la cifra de contagios y muertes y el estado de incertidumbre ante la disminución o pérdida de los ingresos (Taylor *et al.*, 2020a).

La pandemia y el confinamiento se han convertido en un complejo fenómeno psicosocial que afecta a la familia en su conjunto, particularmente aquellas de vulnerabilidad económica, habiendo más casos de depresión y ansiedad en los adultos que a su vez son factores de posibles adversidades para los niños y adolescentes convivientes (Palacio-Ortiz *et al.*, 2020).

Una persona que modifica sus rutinas de forma desproporcionada puede alterar su equilibrio y afectar negativamente su salud. El desempeño ocupacional siempre debe ser considerado en la transacción dinámica entre la persona, sus contextos y la ocupación. En el proceso de participación ocupacional las personas se organizan a través de roles, rutinas y hábitos. Los hábitos son formas que el individuo adquiere a través de la experiencia repetida. Cada individuo tiene patrones de desempeño propios de hacer las actividades y ocupaciones y tiende a desempeñarse de forma automática frente a situaciones que le resultan familiares (Kielhofner, 2006). Asume diferentes roles con rutinas que le proporcionan una estructura en su vida y hábitos de comportamientos específicos que forman parte de sus valores y creencias, y le proveen identidad. Dichas actuaciones ocupacionales ayudan a la persona a establecer un estilo de vida y proporción entre las ocupaciones productivas, restaurativas y de ocio, y estas a su vez pueden promover o dañar su salud (Polonio, 2016). El término diario se refiere a una cualidad de las rutinas. Nos permite distinguirlas de otro tipo de actividades porque se realizan todos los días y están orientadas al mantenimiento y cuidado del propio cuerpo como comer, higienizarse o descansar y se caracterizan por repetirse cotidianamente (Miralles y Ayuso, 2006).

Como es en el caso del confinamiento por la pandemia COVID-19, al darse todas las actividades reducidas a un único contexto, **el hogar**, este puede afectar al acceso y calidad de las actividades y satisfacción en el desempeño (OMS, 2008 citado por American Occupational Therapy Association, *et al.*, 2020).

En esta situación en particular, los factores externos pueden obstaculizar la capacidad de la persona para participar de manera equilibrada en sus actividades diarias lo que hace que se encuentren en riesgo de tener problemas en su salud (AOTA, 2017b; McElroy *et al.*, 2012 citado por American Occupational Therapy Association, *et al.*, 2020).

Además, el estrés y los efectos del estrés en las personas confinadas por la pandemia COVID-19 en principio son perjudiciales. Producto del confinamiento por la pandemia, el estrés generado por la sobrecarga laboral combinada con las rutinas diarias en un espacio común al resto de la familia, el uso imperativo de la virtualidad a nivel laboral, educativo, social y en ocasiones terapéutico es una situación que no es exclusiva de los adultos. En el caso de los niños y adolescentes se han reportado cambios en sus hábitos y rutinas en las dimensiones educativas, alimentarias, de salud física y mental, de ocio y recreación, entre otras. A su vez perciben la preocupación de sus padres y pueden sentirse estresados (Altena, 2020, Albino *et al.*, 2020, OPS, 2020, UNICEF, 2020, Palacio-Ortiz *et al.*, 2020).

Desde una perspectiva psicológica, Galán Cuevas y Camacho Gutiérrez (2012) relacionan el estrés con la forma en que una persona interactúa con el ambiente en situaciones de la vida cotidiana. Es el resultado de esa relación en la que el sujeto evalúa al entorno o parte de él como amenazante, aumentando la predisposición a experimentar angustia, lo que pone en peligro su bienestar.

El estrés es un fenómeno que ante la exposición de situaciones potencialmente estresantes puede ocasionar cambios estructurales y neuroquímicos que en gran medida son reversibles. Sin embargo, cuando el estrés es crónico pueden ocasionar un daño permanente con consecuencias en la función biológica de los sistemas neuroendocrino, cardiovascular e inmune (Dresel, 2019; De Rivera, 2010).

A esto se suma, que los primeros estudios sobre los efectos de la cuarentena de 10 a 14 días por COVID-19 informan que, si bien la medida es recomendable y necesaria, el confinamiento prolongado en el hogar puede tener efectos negativos en la salud física y mental de las personas debido a que es una situación estresante con cambios en las rutinas diarias y laborales. A la vez el cuidado infantil y la educación en el hogar con limitaciones para el ejercicio y la interacción social pueden alterar el sueño y el funcionamiento emocional.

El interés del presente trabajo en el sueño es debido a que se trata de una actividad fundamental que permite la supervivencia y el bienestar de las personas. El comportamiento en el sueño resulta ser un aspecto dinámico y es dependiente del contexto y las características propias del sujeto. Asimismo, los niveles de actividad demasiado altos como el estrés y la vigilia prolongada así como también los niveles bajos de actividad son una influencia negativa para alcanzar el sueño y

como consecuencia trae un mal funcionamiento de las actividades, impactando de un modo negativo en las actividades que realizan las personas así como en el contexto familiar y social (Benavides-Endara y Ramos-Galarza, 2019).

En esta situación de confinamiento, los cambios en las rutinas, el estrés y el sueño pueden tener consecuencias directas en la regulación de las emociones y el desempeño de las actividades diarias. En el caso de los infantes, la evidencia sugiere que cuando los niños no van a la escuela, no interactúan con amigos o tienen actividades al aire libre, son físicamente menos activos, están más tiempo frente a la pantalla, tienen una alimentación menos favorable y patrones de sueño irregulares (Brooks *et al.*, 2020 citado por Altena *et al.*, 2020).

Desde un enfoque ocupacional, tanto la actividad de descanso como la de sueño se refieren a aquellas actividades que incluyen prepararse para obtener el sueño, dormir y obtener un descanso que restaure la energía y apoye la participación activa en otras áreas de la ocupación (Roley *et al.*, 2008). En consecuencia, el sueño adecuado y reparador desempeña una función muy importante para un rendimiento óptimo. La falta de sueño o el sueño insuficiente es un problema de salud que se asocia a la disminución en la calidad de vida.

Al momento de realizar el presente trabajo, en Argentina, el ASPO se ha extendido en más de 100 días. Estas circunstancias dan razones para preocuparse debido a que se cree que los cambios en las rutinas habituales en el contexto familiar pueden ser estresantes y de gran impacto en el desempeño diario incluyendo el sueño nocturno. En consecuencia, los efectos de la pandemia serían multidimensionales. Por tal razón, se pretende conocer el vínculo entre el confinamiento de las familias, el estrés y las rutinas diarias. A su vez este trabajo se focalizó en las siguientes **preguntas de investigación**: ¿Cuáles son los efectos del ASPO por pandemia COVID-19 en las rutinas diarias, el sueño y el estrés en las familias que viven en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y permanecen en cuarentena? y ¿Qué relación tiene el confinamiento de las familias con los cambios en las rutinas, el sueño y el estrés?

Por tal razón, es objetivo de este trabajo identificar y describir los efectos de la situación de aislamiento en el hogar sobre los posibles cambios en las rutinas diarias, hábitos de sueño y signos de estrés de los miembros de la familia. Además, se pretende observar y describir las posibles relaciones entre el confinamiento de las familias, las rutinas, el sueño y el estrés.

Método

El tipo de datos recogidos para llevar a cabo este estudio se encuadra dentro de la categoría diseño de campo porque se basa en información obtenida directamente de la realidad. Se utiliza un diseño descriptivo debido a que la preocupación primordial radica en describir algunas características funda-

mentales de conjuntos homogéneos de fenómenos (Sabino, 1992). También es un estudio transversal, ya que se realiza con los datos obtenidos en un momento puntual. Asimismo, es observacional porque el investigador identifica sujetos que tienen variables explicativas, se limita a observar sus respuestas y describir la realidad.

Para la obtención de los datos se administró una encuesta dirigida a los padres diseñada en base a las variables definidas para detectar los efectos de la situación de aislamiento por la pandemia Covid-19 sobre la percepción de estrés y cambios en las rutinas cotidianas y el sueño en la familia. Al completarla se confirma el Consentimiento Informado aceptando participar en este estudio de investigación en forma anónima y sin recibir ningún beneficio. La participación es voluntaria y los resultados de la encuesta son guardados bajo estricta confidencialidad acorde a la Ley N° 3301/2009.

Todas las variables fueron consignadas en un mismo formulario por los padres o jefe/a de hogares según su percepción para identificar y describir los efectos de la situación de aislamiento por la pandemia COVID-19 en cada uno de los miembros de familia sobre los cambios en las rutinas diarias, los hábitos de sueño antes y durante el confinamiento y posibles signos de estrés como efecto del aislamiento y para conocer la relación entre el confinamiento de las familias, el estrés, las rutinas y el sueño.

En primer lugar, se realizaron preguntas relacionadas a datos sociodemográficos, incluyéndose lugar de residencia, tipo de vivienda y datos familiares, tales como cantidad de integrantes convivientes durante el aislamiento, edad, género, nivel de educación y ocupación. En segundo lugar, se hicieron preguntas referidas a la presencia de posibles problemas de sueño antes de la pandemia COVID-19 y hábitos de sueño durante el período de ASPO. Apoyados en los trastornos del sueño- vigilia de la 5ta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014) y el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2014) se adaptaron e incluyeron preguntas frente a la dificultad para conciliar el sueño y para despertar en el momento deseado o necesario en comparación con la hora de dormir habitual; irregularidad en el ritmo del sueño y el despertar; y si estos problemas se encuentran asociados a somnolencia diurna excesiva durante el día o suelen acompañarse de algunos trastornos como cansancio, depresión, irritabilidad, malestar general y deterioro cognitivo. También se incluyeron preguntas relacionadas con la percepción de estrés. Basados en la Escala de Estrés de Covid (Taylor, 2020b) y la Escala de Estrés Percibido (Cohen, 1994) se adaptaron los indicadores y se solicitó que se indique la frecuencia con la que se percibió estrés durante el confinamiento por la pandemia COVID-19 frente a: la posibilidad de contagio COVID-19; el contacto con materiales infectados; los costos socioeconómicos; la propagación del virus; el

aislamiento; los cambios en las rutinas; la convivencia; si pudo hacer frente con todas las cosas que tenía que hacer; si se ha enojado por cosas que estaban fuera de su control; si sintió que se acumulaban dificultades que no podría superar; si tuvo pesadillas o pensamientos intrusivos. Para detectar cambios en las rutinas cotidianas como efecto del aislamiento se pidió que se indique los cambios percibidos en la: alimentación, higiene y arreglo personal, establecimiento y gestión del hogar, trabajo, ocio y tiempo libre, participación social, educación, juego y descanso y sueño en una escala de valores entre nada, un poco, bastante y totalmente. Por último, se incluyeron preguntas relacionadas a la creencia de asociación de los problemas de sueño con estrés o ansiedad al COVID-19 y/o los cambios en la rutina de la vida diaria.

La población que se incluye para esta investigación está conformada por grupos familiares constituidos por padres o jefe/a de hogar de familias nucleares, extensas o compuestas que puede tener a otros integrantes que no son parientes del jefe o jefa de hogar. También se incluyen aquellas familias monoparentales, homoparentales y reconstituidas que viven en AMBA y permanecen en cuarentena.

El tipo de muestra es no probabilístico. La encuesta se realizó utilizando el método de bola de nieve o en cadena para identificar las primeras unidades de análisis potenciales en la población, a través de grupos de profesionales de la salud y del marco docente universitario que proporcionaron acceso a ciertos individuos que se ajustaban a las características del estudio. Luego se pidió a esos sujetos que recluten a otros participantes potenciales hasta que se alcanzó el tamaño necesario de la muestra.

Una vez respondidas todas las encuestas, se recopilaron los datos de manera automática mediante la aplicación Google Forms, siendo una herramienta práctica y accesible para analizar la información que se presenta por medio de gráficos y datos estadísticos de las respuestas en tiempo real. Luego, el investigador llevó una carpeta donde se registraron los datos obtenidos. Todas las encuestas fueron asignadas con un número. En ningún caso se asociaron con un nombre u otro tipo de identificación.

Además, el trabajo se complementó con un análisis cualitativo de los datos personales de las familias, los datos socio demográficos y las variables dependientes. Este estudio intenta explicar los efectos de la situación de aislamiento por la pandemia Covid-19 en los cambios en las rutinas diarias, hábitos de sueño de cada uno de los miembros de una familia, así como la percepción de estrés y la posible relación entre sí.

Resultados

Se realizó una encuesta destinada a hogares constituidos por familias y/u otros miembros no familiares que por la situación

de aislamiento social, preventivo y obligatorio permanecieron en sus hogares desde que se estableció la medida (Decreto 297/20). El análisis de la encuesta brindó las primeras pautas para conocer cuáles son los obstáculos que enfrentan las familias en los cambios en las rutinas diarias, hábitos de sueño, así como la percepción de estrés de cada uno de los miembros de una familia y la posible relación entre sí en los hogares de la zona del AMBA como efecto del aislamiento por la pandemia COVID-19.

Se relevó la totalidad de las encuestas completadas mediante Google Forms en el período comprendido entre el mes de agosto y septiembre del año 2020. Sobre un total de 54 encuestas, en más del 80% fue completada por familias que residían en CABA al momento de completar el cuestionario, correspondiendo cerca del 20% a familias residentes del Conurbano Bonaerense.

Por otro lado, el número de miembros encuestados en el hogar varió entre 1 miembro a 5 miembros convivientes en el hogar registrándose cinco hogares con un miembro, doce con dos miembros, diecisiete con tres, trece con cuatro y cuatro hogares con cinco miembros. En el caso de dos familias se sumó un miembro más durante el aislamiento respecto del período previo a la pandemia. De un total de 156 miembros, 112 fueron las encuestas que se completaron en su totalidad, motivo por el cual el resto de las unidades no se incluyó en el análisis.

La composición de los hogares en cuanto a relación de parentesco estuvo integrada en el 10% de los miembros por jefe/a de hogar, siendo cónyuges el 28 %, padre o madre el 25%, hijo/a 33%, otro pariente 2% y persona no emparentada 1%.

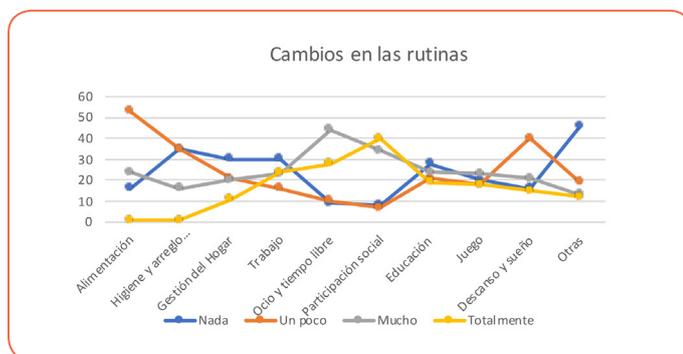
Por otro lado, al momento de realizar este estudio un tercio de los miembros asiste a la educación formal correspondiendo el 10% a nivel inicial, el 3% a nivel primario, un 8% a nivel secundario, 11% a nivel superior (no universitario y universitario) y un 1% a nivel post universitario. De los miembros que no asisten a la educación formal durante dicho período el mayor nivel de educación alcanzado en el caso de nivel primario incompleto corresponde un 1%, para primario completo como para secundario incompleto un 4% en cada nivel, el 8% tiene completo el secundario, un 10% alcanza el nivel superior incompleto y el 20% el nivel superior completo. Un 2% nunca asistió a ningún nivel correspondiendo a miembros menores de 1 año.

Con respecto al nivel de ocupación de los miembros encuestados, el 65% estaban ocupados al momento de realizar la encuesta considerando para este valor a aquellas personas que trabajan, un 30% se encontraban inactivos alcanzando a aquellas personas que no trabajan o buscan trabajo. En tanto que un poco más del 4% se encontraba desocupada, refiriéndose a aquellas personas que en ese período buscaban trabajar.

Por otra parte, alrededor del 70% de las familias viven en departamento y el 30% en casas. En relación a la cantidad de ambientes en el hogar, cerca del 15% fueron hogares con dos ambientes, el 43% de las viviendas eran de tres ambientes, el 22% de cuatro ambientes, el 13% de cinco ambientes y el 7% de los hogares tenían más de 5 ambientes.

Del análisis de los resultados de los cambios en las rutinas diarias respecto de las rutinas previas al aislamiento cerca del 15% no cambió en nada sus rutinas, el 60% un poco y alrededor del 25% mucho. Observándose estos cambios mayormente en las áreas de participación social y ocio, así como en el trabajo, la educación, el juego y el descanso y sueño, y en menor medida en la alimentación y la higiene. Para una mayor visualización se presentan los datos en las diferentes actividades consultadas (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Cambios en las rutinas diarias



De la composición de los cambios referidos surge que la actividad social se restringió considerablemente. Frente al aislamiento, los miembros encuestados mencionan encontrarse encerrados con relaciones sociales casi nulas. En tanto que otros, siguen participando mediante encuentros virtuales con sus amistades y familiares.

Respecto al trabajo, en su mayoría realizó el trabajo de forma virtual con extensión de la jornada laboral, sin horario fijo. Teniendo que reinventar el trabajo en la virtualidad y combinarlo con las tareas del hogar, el cuidado de los niños y la educación. Los horarios y el acompañamiento escolar se superpuso con el trabajo haciéndolo “imposible”, alterando la rutina diaria y conformando una nueva realidad de convivencia entre lo personal y laboral durante todo el día.

Del análisis de los datos, también es necesario mencionar que otros casos, aunque en menor medida, expresan que el trabajo mermó o se perdió con una disminución considerable de los ingresos. Y en algunas situaciones, se cambió el trabajo o mejoraron las condiciones.

En términos generales, el personal que fue declarado esencial disminuyó la frecuencia de concurrencia, combinó el trabajo

presencial con virtual y tuvo dificultades para trasladarse en transporte público.

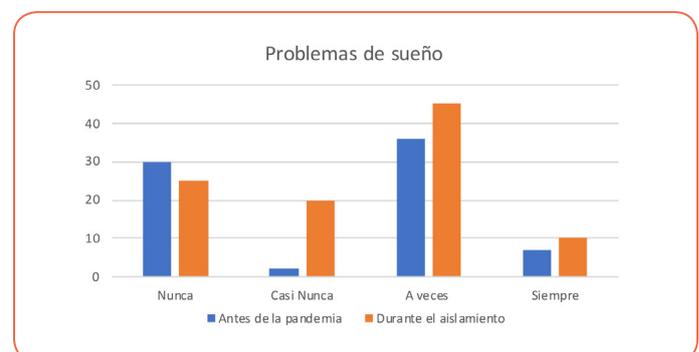
Para los niños y adolescentes, debido a que no asistieron a la escuela, también su rutina habitual se vio abruptamente interrumpida. La educación paso a ser 100% virtual desde el hogar, resultando difícil acostumbrarse a la enseñanza virtual. Asimismo, los juegos se realizaron a través de encuentros virtuales al igual que las actividades físicas.

En relación al descanso, los comentarios que hacen referencia a la presencia de cambios en las horas de sueño son dispares. En algún caso, los cambios resultaron beneficiosos pudiendo dormir más mientras que en otros implicaron noches sin dormir por estrés o por razones laborales.

Por otro lado, el proceso de evaluación del sueño antes y durante la pandemia Covid-19 y del estrés durante el aislamiento tiene cuatro respuestas de frecuencia posibles por parte de los encuestados: 1) Nunca, 2) Casi nunca, 3) A veces o 4) Siempre.

El análisis específico de los problemas de sueño antes de la pandemia COVID-19 indicó que el 30% de los casos nunca presento problemas de sueño, el 25% casi nunca, a veces el 36% y 7% siempre. En tanto que durante el aislamiento 45% de los casos a veces presento problemas de sueño, alrededor del 10% siempre, casi nunca el 20% y nunca un 25% (ver gráfico 2). Los mismos son concordantes con la literatura que afirma que alrededor de un tercio de las personas en aislamiento social presentan alteraciones en el sueño (Ramirez Ortiz *et al.* 2020). En nuestro estudio, los problemas de sueño se presentaron en mayor medida relacionados a despertares nocturnos asociados al estrés, seguido de somnolencia, cansancio y malestar general.

Gráfico 2. Problemas de sueño, antes de la pandemia y durante el aislamiento



De los datos relevados de estrés cerca del 20% de los casos nunca percibió estrés, el 30% casi nunca, a veces un 35% y alrededor del 15% siempre señaló estrés (ver gráfico 3). Aquellos que señalaron que siempre percibieron haberse sentido estresada/o durante el confinamiento por la pandemia COVID-19

indicaron en primer lugar mayor frecuencia frente a la propagación del virus. A diferencia de lo relevado por Taylor (2020a), nuestros datos sugieren que en segundo término nuestra población percibió estrés ante los cambios en las rutinas seguido por el aislamiento y luego ante los costos socioeconómicos. En nuestro estudio, los problemas asociados al estrés mayormente referidos se deben a una combinación entre las tareas excesivas y la imposibilidad de ver a seres queridos. El contacto con otras personas externas al grupo familiar ha sido mínimo e indispensable para las compras de alimentos y otros elementos necesarios. Por otro lado, si bien se considera que las medidas de aislamiento han contribuido al cuidado y la salud, el hecho de haberse extendido se manifiesta en un franco agotamiento emocional, de incertidumbre y miedo al contagio y riesgo de vida. Asimismo, se señaló la necesidad de sociabilizar, la incapacidad de disfrute y un claro deseo de que las medidas finalicen a la brevedad.

Gráfico 3. Estrés



En aquellos casos en que se presentaron problemas de sueño durante el aislamiento, en un primer análisis sobre la creencia de asociación a los problemas de sueño, este se atribuyó al estrés y la ansiedad por la economía, los cambios de horarios y en la rutina tanto por exceso como por ausencia, y el miedo al contagio como aquellos factores principales. Luego, la inactividad e incertidumbre. Asimismo, se indicó que los problemas de sueño de un integrante del hogar han impactado en otros miembros de la familia de forma diversa. En algunos hogares se ha mantenido sin impacto y en otros de forma ligera. Sin embargo, en algunos hogares se han visto afectados tanto en niños como adultos en la calidad y horas de sueño cuando la dificultad estuvo presente en el niño tanto para conciliar el sueño como en múltiples despertares y dificultad para volver a dormir.

Conclusiones

El objetivo de este trabajo fue identificar y describir los efectos de la situación de aislamiento en el hogar respecto de los posibles cambios en las rutinas diarias, alteraciones en el sueño así como posibles signos de estrés de los miembros de la familia

como efecto del aislamiento por la pandemia COVID-19. El estudio se abocó primero a describir y después a observar y relacionar que sucede en términos generales entre el confinamiento de las familias, las rutinas, el sueño y el estrés.

En primer lugar, cuando se analizan las rutinas diarias es necesario considerarlas como aquellos comportamientos regulares y repetitivos que proporcionan estructura en la vida de las personas. Durante el aislamiento, se detectó que el 60% de los encuestados cambió un poco su rutina en tanto que alrededor del 25% la cambió mucho.

Podemos afirmar que durante el aislamiento cerca de la mitad de los casos a veces presentó problemas de sueño mientras que el 10% los presentó siempre. Estos datos son concordantes con la literatura que afirma que alrededor de un tercio de las personas en aislamiento social presentan alteraciones en el sueño (Ramirez Ortiz *et al.*, 2020).

Además, efectivamente el presente estudio ha identificado que alrededor del 50% ha percibido estrés durante el aislamiento frente a la propagación del virus en primer lugar y ante los cambios en las rutinas en segundo lugar. Correspondiendo para la frecuencia **siempre** un 15% de los miembros y un 35% para **a veces**, lo que dicho de otro modo, el 50% de los encuestados ha percibido estrés.

Por último, se halla un vínculo entre los problemas de sueño cuando fueron adjudicados al estrés percibido y los cambios de horarios en la rutina. Estos resultados, dan cuenta sobre los efectos negativos del confinamiento por la pandemia COVID-19 y son semejantes a los de la literatura. Altena (2020) puntualiza que las personas experimentan cambios en las rutinas, con interrupción de las actividades laborales y escolares fuera de la casa. A la vez que deben mantener dichas actividades desde la casa en interacción con las rutinas propias del hogar y alerta en que dichos ajustes implican un deterioro de las asociaciones positivas entre el hogar, el ocio y el sueño, lo que lleva a mayores niveles de estrés.

Discusión y Perspectivas futuras

Ochoa-Fuentes *et al.*, (2022) encuentra una alta prevalencia entre los problemas asociados con el confinamiento y el estrés percibido en niños y adolescentes que puede llevar a cambios en el sueño y el comportamiento e incluso a violencia intrafamiliar y riesgos para la adaptación social a futuro. Por otra parte, Orellana (2021) asocia los síntomas de estrés con alteraciones en las rutinas de manera diferencial en las compras compulsivas u otros comportamientos por acumulación como formas de afrontamiento con el trasfondo de la incertidumbre y el miedo por la pandemia. Por lo tanto, luego de todo lo expuesto y analizado, parecería que existen muchas más relaciones entre el confinamiento de las familias, el estrés, las rutinas y el sueño de las que alcanza este estudio.

Los cambios producidos como efectos del aislamiento en las rutinas así como en los hábitos de sueño y la presencia de signos de estrés de todos los miembros de la familia, nos desafía como terapeutas ocupacionales a proponer nuevas relaciones y brindar soluciones desde ámbitos interdisciplinarios comprometidos con la sociedad de la cual formamos parte.

Si bien el hecho particular de aislamiento por la pandemia COVID-19 estaría superado, este estudio da un nuevo sentido a la intervención de la familia en las ocupaciones diarias en el ámbito del hogar y resignifica el valor de las **co-ocupaciones** entre los diferentes miembros de manera interactiva (American Occupational Therapy Association, et al., 2020). Este aspecto nos invita a reflexionar de manera crítica en las intervenciones que realizamos y considerar los problemas ocupacionales de las personas, aun cuando la demanda no sea explícita, desde las dinámicas familiares que contribuyan al bienestar del conjunto de los miembros de la familia.

Limitaciones

En el análisis de los posibles problemas de sueño no se utilizan instrumentos de medición estandarizados.

Los resultados de este estudio pueden tener una generalización limitada debido al tamaño de la muestra (n = 112). Sin embargo, el presente trabajo representaría un valioso estudio para orientar futuras investigaciones.

El presente artículo no refleja la complejidad de todos los efectos de la situación de aislamiento en el hogar como fenómeno psicosocial que permita comprender las dimensiones de todos los problemas que afecta a la familia en su conjunto como puede ser las relaciones entre las variables principales y las variables socioeconómicas de las familias. ■

[Recibido: 15/10/2021 - Aprobado: 26/12/2022]

Referencias

- Albino A.F., Acuña C.Y., Carroli B., Ciampa M.A., Olarte M.F., Andrade M. (2020). *Desafíos en tiempos de pandemia*. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 3-5.
- Altena, E., Baglioni, C., & Espie, C. A. (2020). *Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy*. *Journal of Sleep Research*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.13052>
- American Occupational Therapy Association, et al. (2020). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain Et Process*. 2020.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5th ed.). (361-422). Ed. Medica Panamericana
- Benavides-Endara, P., & Ramos-Galarza, C. (2019). Fundamentos Neurobiológicos Del Sueño. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 28(3), 73-80.
- Cohen, S. (1994). *Perceived Stress Scale* [Archivo PDF]. https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Cohen%2C+S.+%281994%29.+Perceived+Stress+Scale+&btnG=
- Decreto 297/2020 DECNU-2020-297-APN-PTE. Disposiciones. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Boletín Oficial de la República Argentina N° 34.334
- Organización Panamericana de la Salud <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>
- Dresel, W. (2019). *El impacto del estrés: Estrategias para detener al enemigo moderno*. Grijalbo.
- De Rivera, L. (2010). *Los síndromes de estrés*. Editorial Síntesis.
- Galán Cuevas, S., Camacho Gutiérrez, E. (2012) Estrés y salud: investigación básica y aplicada (3-16). México: Editorial El Manual Moderno
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Ed. Médica Panamericana
- Miralles, P. M., & Ayuso, D. M. R. (2006). *Actividades de la vida diaria*. Masson.
- Ochoa-Fuentes, D., Gutiérrez-Chablé, L., Méndez-Martínez, S., García-Flores, M. & Ayón-Aguilar, J. (2022). Confinamiento y distanciamiento social: estrés, ansiedad, depresión en niños y adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 60(3), 338-44.
- Orellana, C., Orellana, L. (2021) Síntomas emocionales y compras por pánico durante la pandemia de COVID-19: Un análisis de trayectoria. *Psicogente*, 24(45), 146-164
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Julio 2020). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (29 de julio 2020). *Discapacidad y rehabilitación*. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. P. (2020). *Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. October-December; 49(4): 279-288.
- DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.rcp.2020.05.006>
- Polonio, B. (2016). *Terapia ocupacional en disfunciones físicas: teoría y práctica*. (11-62). Buenos Aires, Argentina: Ed. Medica Panamericana
- Ramírez-Ortiz, J., Fontecha-Hernández, J., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Efectos del aislamiento social en el sueño durante la pandemia COVID-19 [Archivo PDF]. https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=RamírezOrtiz%2C+J.%2C+Fontecha-Hernández%2C+J.%2C+%26+Escobar-Córdoba%2C+F.+%282020%29.+Efectos+del+aislamiento+social+en+el+sueño+durante+la+pandemia+COVID-19.&btnG=
- Roley, S., DeLany, J. V., Barrows, C., Honaker, D., Sava, D., & Talley, V. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *The American Occupational Therapy Association*, 62(6), 625-83.

Sabino, C. (1992). *El conocimiento científico. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN*.

Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M.M., Fergus, T. A., McKay, D. y Asmundson, G. J. (2020a). *Síndrome de estrés COVID: Concepto, estructura y correlatos. Depresión y ansiedad, 37(8), 706-714.*

Taylor, S., Landry, C.A., Paluszek, M.M., Fergus, T.A., McKay, D., Asmundson, G. J. (2020b). *Development and initial validation of the*

COVID Stress Scales [Archivo PDF]. https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Development+and+initial+validation+of+the+COVID+Stress+Scales+Steven+Taylor&btnG=

Unicef Argentina (27 de julio 2020) *El impacto de la pandemia Covid-19 en las familias con niñas, niños y adolescentes*. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2020-06/EncuestaCOVID_GENERAL.pdf

Cómo citar este artículo:

Pedevilla, L. G. (2022). Efectos del confinamiento en el hogar por la pandemia COVID-19 sobre las rutinas diarias, el sueño y el estrés en familias del área metropolitana de Buenos Aires. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 8 (2), 28-35.*

La accesibilidad en la vivienda, intervenciones posibles con damnificados crónicos del sistema de riesgos del trabajo

Accessibility in housing, possible interventions with chronic victims of the occupational hazard system

Hernán Laglaive

Hernán Laglaive

Licenciado en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Especialista en Ergonomía, Universidad Tecnológica Nacional. Cargo actual e institución de pertenencia: TO recalificador en consultoras prestadoras de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.

laglaive.hernan@gmail.com

Resumen

El objetivo de este relato de experiencia es introducir las consideraciones de la intervención de Terapia Ocupacional encuadradas en la Resolución S.R.T. N° 180/2015. Las mismas se centran en las Actividades de la Vida Diaria Básicas del damnificado siniestrado de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo / Empresas Autoaseguradas (ART/EA) para promover su autonomía y el ejercicio de sus roles. A su vez se busca realizar aportes desde distintas miradas que benefician al damnificado; el diseño universal y la antropometría. Se incluye una descripción del proceso habitual del profesional, con la presentación de casos. En síntesis, se propone iniciar al profesional interesado en la práctica de la prestación de análisis de barreras dada la acotada producción escrita referida a la intervención en específico.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, vivienda, accesibilidad arquitectónica, Actividades de la Vida Diaria.

Abstract

The objective of this study is to introduce the considerations of the Occupational Therapy intervention framed in Resolution S.R.T. N ° 180/2015. They focus on the Basic Activities of Daily Living of the affected victim of the ART / AE to promote their autonomy and the exercise of their roles. At the same time, it intends to make contributions from different perspectives that benefit the victim; universal design and anthropometry. It includes what is considered a description of the usual process of the professional with the presentation of cases. In summary, it is proposed to initiate the professional interested in the practice of providing analysis of barriers given the limited written production referring to the specific intervention.

Key words: Occupational Therapy, housing, architectural accessibility, Activities of Daily Living.

Introducción

El campo del sistema de riesgos del trabajo presenta un espacio de desarrollo profesional y de la disciplina a lo largo del país, sea ésta en el sector productivo o de servicios a través de las recalificaciones profesionales, entre otras. A su vez, desde la Resolución S.R.T. 180/2015 (Superintendencia de Riesgos del Trabajo-SRT) se plantea la posibilidad de intervención en el terreno, ya no desde la empresa sino desde el espacio personal del damnificado que constituye en su domicilio. Es en el terreno de su vida personal, donde en la vivienda continúa con la secuela de la enfermedad profesional, accidente de trabajo o in itinere. Con una mirada centrada la habilitación de su entorno, es necesaria la intervención profesional para generar accesibilidad.

El sistema de riesgos del trabajo.

La Ley Nacional N° 24.557/1995 es la ley marco del cual derivan en parte otras y distintos instrumentos jurídicos que regulan el sistema de riesgos del trabajo. Se destaca que en el artículo 1 apartado 2, inciso b tiene como objetivo “Reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado”.

Sobre las prestaciones en especie que deben otorgarse a los trabajadores que se incluyen en la ley, manifiesta en el artículo 20 apartado 1 las distintas prestaciones como ser; Asistencia médica y farmacéutica; Prótesis y ortopedia; Rehabilitación; Recalificación profesional y Servicio funerario. Al respecto de las intervenciones que realizan los y las terapeutas ocupacionales que trabajan en el sistema de riesgos del trabajo se incluyen en las prestaciones en especie las relacionadas a la rehabilitación y a su vez la recalificación profesional como se destaca particularmente en la Resolución SRT 216/2003, como distinguen otros autores (Sbriller, 2016, Cosentino *et al.*; 2010, Sbriller, 2021). La Resolución SRT 216/2003 define pautas mínimas en el proceso de Recalificación Profesional que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) y Empresas Autoaseguradas (AE) tienen a cargo. En su artículo 2 define que el Responsable de Recalificación Profesional podrá ser profesional de “Terapia Ocupacional, Recursos Humanos, Fisiatría, Medicina del Trabajo, Kinesiología, Psiquiatría, Psicología, Ingeniería con especialización en Higiene y Seguridad en el Trabajo, Asistencia Social”. Actualmente los y las terapeutas ocupacionales desarrollan las intervenciones de recalificación en distintas regiones del territorio nacional centradas en el proceso por esta norma descrita como ser; evaluación funcional, análisis ocupacional, colocación, seguimiento, adecuación del medio laboral, orientación laboral y capacitación. Ahora bien, en 2015 la Superintendencia de Riesgos del Trabajo emite su resolución específica para damnificados del sistema que por sus secuelas requieren un seguimiento mínimo como ca-

sos crónicos por parte de la ART/EA, teniendo entre algunas de sus obligaciones que realizar la evaluación de accesibilidad en el hogar, el desempeño en sus Actividades Básicas de la Vida Diaria y su relación a la vivienda.

Resolución SRT 180/2015.

La terapia ocupacional tiene un campo de desarrollo en el sistema de riesgos del trabajo, para el caso en la atención de los pacientes crónicos de las ART/EA. En los términos de la Resolución SRT 180/2015, son los terapeutas ocupacionales quienes deben desarrollar la práctica de visita domiciliaria para evaluación de los damnificados. A lo largo de esta publicación se utilizarán ejemplos que permitan una comprensión del trabajo en el área. Si bien los casos no son exhaustivos de la realidad y diversidad de sus particularidades, aproximan a lo cotidiano con los que nos encontramos en la práctica. Nos encontramos entre necesidades del damnificado o trabajador, las ART/EA y el plano de lo posible dadas las condiciones de realización.

Como consideración primera es necesario destacar que los casos crónicos son aquellos que:

como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional y/o complicaciones de las lesiones o su evolución— resulten secuelas físicas, psíquicas, viscerales o sensoriales permanentes que requieran del otorgamiento de prestaciones en especie de mantenimiento en forma vitalicia. Ello, luego de la atención en agudo del paciente ya sea durante o al momento de finalización del proceso de rehabilitación. (art. 1, Resolución SRT 180/2015)

Se puede encontrar que existe el planteamiento de inconstitucionalidad de la Resolución SRT 180/2015 (Mezio, 2015) por no contemplarse la Ley Nacional N° 26.529/2009 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” y la Ley Nacional 24.901/1997 que establece el “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”. Pese a ello, cabe destacar que la regulación de la resolución de acuerdo a Guyet (2016) se incluye en el artículo 10 del Convenio N° 17 de la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) que es adoptado por nuestro país mediante la Ley Nacional N° 13.560 que “dispone que las víctimas de accidentes de trabajo tendrán derecho al suministro y a la renovación normal de los aparatos de prótesis y de ortopedia cuyo uso se considere necesario”. (p. 12, 2016)

A los fines del presente artículo se realizará la descripción de la prestación en especie que deben brindar las ART/EA a través de los terapeutas ocupacionales que realizan las visitas domiciliarias para evaluación de Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB) y barreras arquitectónicas como se establece en el Art. 9 de la Resolución:

Cuando el damnificado presente secuelas motoras que lo limiten en el desempeño de sus Actividades de la Vida Diaria Básicas (A.V.D.B.) en su lugar de residencia, la A.R.T./E.A. deberá arbitrar los medios para que el hábitat sea evaluado en relación con el desempeño funcional del damnificado por un Terapeuta Ocupacional y posteriormente adaptado para poder recibirlo en su nueva condición. Las adecuaciones también se podrán llevar a cabo en viviendas alquiladas o facilitadas por un tercero, mediando solamente el consentimiento del propietario.

Si bien en el Anexo “Casos crónicos - Listado de secuelas con seguimiento mínimo” encontramos 21 condiciones listadas, los casos que recibimos pueden ser diversos. Nos podemos encontrar muchos más en la práctica; amputados: de un solo miembro, bilateral, por ejemplo; amputaciones de mano, brazo/s, miembros inferiores; enfermedades respiratorias crónicas: asma ocupacional, Enfermedad Pulmonar Obstruc-tiva Crónica (EPOC); sensoriales: ceguera, disminución visual; esplenectomía; osteomielitis crónica.

Cabe destacar que estos damnificados, en pocos casos aún son trabajadores porque han podido ser recalificados con éxito, presentan estas secuelas por accidentes de trabajo, in itinere, enfermedades profesionales o complicaciones derivadas de estas. Como se ha descrito en la definición de casos crónicos pueden estar aquellos que no presenten en primera instancia una secuela que los clasifique como tales. Por ejemplo, el trabajador que tuvo un accidente in itinere con fractura expuesta y luego genera una osteomielitis. O el caso de una persona con una amputación unilateral de MMII que con el paso de los años presenta complicaciones asociadas.

En muchos casos podemos encontrarnos en situaciones en las que con el envejecimiento normal se acentúa más la limitación funcional. Por ejemplo, un caso de damnificado con amputación media de pierna izquierda con ocurrencia en el año 1996 y a la fecha, producto de su pérdida de masa muscular y equilibrio, la ART/AE le haya provisto de una silla de ruedas. Excepcionalmente pueden darse modificaciones, pero no es lo común ya que no se brindan por condiciones del envejecimiento normal o enfermedades preexistentes. En consecuencia, la evaluación domiciliaria será otra y será a demanda de lo solicitado por la ART en el encuadre de la excepcionalidad. Por ejemplo, por requerimiento de la S.R.T.

Se debe agregar en este punto que la Resolución SRT 180/2015 ordena los casos crónicos y a partir de la fecha se ha extendido esta prestación con un mayor control de la Superintendencia de Riesgo del Trabajo.

Para el análisis domiciliario se puede incorporar el concepto de Diseño Universal (DU) creado por el arquitecto Ron Mace que consisten en; igualdad de uso, uso flexible, uso simple y funcional, información comprensible, tolerancia al error,

bajo esfuerzo físico y dimensiones apropiadas. Siguiendo a Benardelli (2016) y a The Center for Universal Design (1997) podemos definir a los principios o parámetros del DU que pueden ser apropiados teniendo en cuenta el concepto de variabilidad humana intraindividual. Es decir, el DU puede ser aplicable no solo a las diferencias interindividuales entre las personas sino también las intraindividuales, que son las que interesan a las ART hacia el damnificado. De acuerdo a Danie-lou *et al.*, (2010):

A esta diversidad de las personas se suman las variaciones de estado de cada uno. Estas variaciones se manifiestan al mismo tiempo a escala de la jornada (efectos de los ritmos biológicos, fatiga relacionada con los acontecimientos del día), de la semana o del trimestre (acumulación de cansancio entre dos periodos de vacaciones), y de varios años (efectos del envejecimiento). (p. 86)

Las mismas pueden incluir variaciones a corto plazo que incluyen ritmos biológicos, uno de ellos es el ritmo circadiano, y variaciones relacionadas con la edad, envejecimiento y su relación socioambiental.

Retomando la importancia sobre el DU y los parámetros utilizables por terapeutas ocupacionales, sobre el 1er principio, **Uso equiparable**, se basa la idea de intervenir en función de poder equiparar el uso valorizando la ocupación de la persona. El 2do principio, **Uso flexible**, implica que se pueda adaptar a las preferencias y capacidad individuales (incluye la variación intraindividual). El 3er principio, **Simple e intuitivo**, debe apuntar a eliminar la complejidad innecesaria de acuerdo a los intereses y ocupaciones de las personas, por ejemplo, al realizar las actividades de cocina. El 4to principio, **Información perceptible**, para el usuario/damnificado independientemente o a pesar de las condiciones socioambientales y, nuevamente, su capacidad individual. El 5to principio, **Tolerancia al error**, que disminuya los riesgos asociados a su uso. Por ejemplo, que incluya elementos para minimizar errores y/o riesgos facilitando su uso. El 6to principio, **Que exija bajo esfuerzo físico** apunta a poder permitirle al usuario una posición en sus zonas confortables, sin la utilización de fuerzas innecesarias. El 7mo principio, **Tamaño para el acceso y uso**, las dimensiones apropiadas refieren a la posibilidad de uso de acuerdo a las características del alcance, agarre, introducción del cuerpo, entre otras. Ejemplos de ello serán dados y profundizados en el estudio de casos.

A su vez puede ser conveniente el conocimiento de la antropometría cuando se requiere de mediciones ajustadas al usuario, por ejemplo, en relación a sus alcances. Panero y Zelnik (1996) definen a la antropometría como el estudio de las dimensiones del cuerpo humano que tiene aplicabilidad al proceso de diseño sobre la adaptación física, entre el cuerpo humano y el espacio interior. Agrego que también puede ser

útil en relación al rediseño en base a la lesión adquirida. Estas mediciones, a su vez, pueden ser aproximadas en relación a la función:

Las dimensiones del cuerpo humano que influyen en el diseño de espacios interiores son de dos tipos esenciales: estructurales y funcionales. Las dimensiones estructurales, denominadas estadísticas, son las de la cabeza, tronco y extremidades en posiciones estándar. Las dimensiones funcionales, llamadas a veces dinámicas, tal como sugiere el término, incluyen medidas tomadas en posiciones de trabajo o durante el movimiento que se asocia a ciertas actividades. (Panero y Zelnik 1996, p. 27)

La estructura y función del damnificado ocupa un lugar primordial en el sistema hombre-objeto-entorno. Por ello se destaca que es de utilidad a la hora de analizar la necesidad del damnificado. Por ejemplo, con algún alcance para transferencia en ducha o la profundidad de una mesada o lavatorio. Si bien el análisis de la Resolución 180/2015 no incluye un análisis antropométrico que debe ser llevado a cabo bajo ciertas exigencias, el conocimiento de las referencias de medidas nos es de utilidad para poder comprender el desarrollo de las actividades y cómo podemos aportar una medición que impacte en el desempeño confortable de la persona. Por ejemplo, la altura del apoyo de nalga y altura del asiento del inodoro, el radio de giro de silla de ruedas y el espacio para transferencia a silla higiénica (ambas de forma conjunta en baño), toma de medidas para cotejar con silla existente y espacio disponible. Cabe destacar que no sería conveniente el uso exclusivo de las tablas antropométricas y que se requiere una mirada centrada en la individualidad del sujeto como se ha mencionado. Este material en combinación con la Norma IRAM 3731:1997, "Listado básico de medidas antropométricas", nos permite apoyarnos en las mediciones correspondientes al caso. Por ejemplo, si quisiéramos evaluar un alcance máximo del damnificado. La Norma IRAM 3731:1997 brinda lineamientos para las dimensiones humanas estáticas de medición directa manual.

Estas informaciones deben ser cotejadas con los Rangos de movimiento y en sus Zonas Neutras, en el confort físico y sensorial del damnificado, es decir como se ha dicho, las mediciones funcionales.

Al respecto de personas usuarias de sillas de ruedas, Panero y Zelnik (1996) plantean que "al dimensionar la extensión, holgura y demás parámetros es preciso englobar el conjunto individuo-silla de ruedas, planteamiento que exige conocimientos acerca de las peculiaridades de esta última (...)" (p. 50). Como veremos, la intersección de la persona y su espacio interior, por ejemplo, la puerta es fundamental para su autonomía como así otras relacionadas a sus alcances.

Figura 1. Antropometrías de personas en silla de ruedas. Fuente: Panero y Zelnik, pág. 52, 1996).

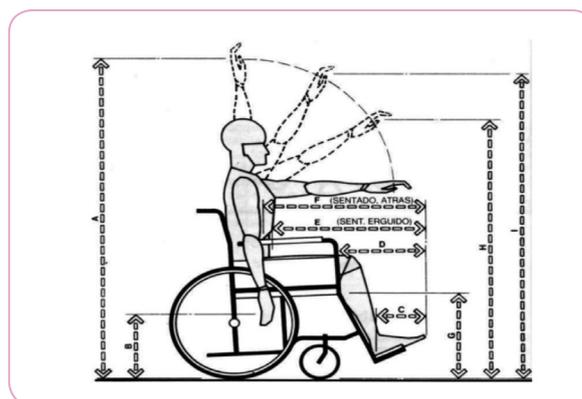
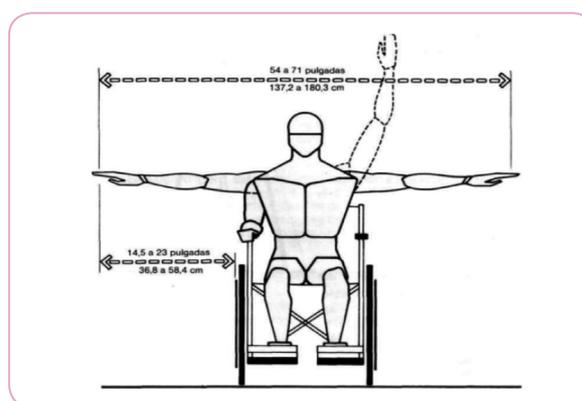


Figura 2. Antropometrías de personas en silla de ruedas. Fuente: Panero y Zelnik, pág. 52, 1996)



Podemos encontrarnos que las barreras de acceso a la participación pueden ser diversas y van desde un suelo de tierra que no permite un desplazamiento seguro, el ancho de puerta que no permita el paso a la cocina, el acceso al lavatorio en el sanitario, el desnivel entre ambientes o una transferencia segura a la ducha o bañera, entre muchas otras. A su vez, pueden incluirse otras de seguridad como la falta de una baranda en escaleras fijas, la iluminación inadecuada o una instalación eléctrica deficiente. Es decir, estas condiciones del itinerario del hogar son pasibles de ser evaluadas por un terapeuta ocupacional en función de la lesión del damnificado para poder sugerir mejoras para su desempeño. Ahora bien, las adaptaciones o eliminación de barreras permiten la accesibilidad pero el análisis se acompaña de la estimación de productos de apoyo que acompañen un mejor desempeño del damnificado.

Productos de apoyo

De acuerdo a la Norma Internacional ISO 9999:2007 se definen a los productos de apoyo "cualquier producto (...) fabricado especialmente o disponible en mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación."

Estos a su vez y en relación a las prestaciones de la resolución se suman al equipamiento de prótesis y/o ortesis que requiera el damnificado.

En el caso de los damnificados, las sugerencias de productos de apoyo tienden a favorecer el desempeño en distintos niveles de la participación en las áreas ocupacionales de su rutina. Entonces, a la vez que intervenimos en relación a las barreras del entorno, evaluamos la posibilidad de que el uso de Ayudas Técnicas promueve la independencia del damnificado. Pese a ello, es necesario destacar que no es la finalidad de la intervención brindar cualquier producto de apoyo que a priori pueda pensarse en función de la lesión. Es decir, la sugerencia de provisión de un producto de apoyo debe indicarse de acuerdo a la comprensión profesional de la rutina del damnificado y su familia, su historia ocupacional e intereses. Para la comprensión de ello realizaremos una mejor descripción, la premisa es no “sobreadaptar”.

Los objetivos de la visita

De acuerdo al conocimiento disponible y lo que indica la Resolución, las partes del proceso incluyen distintas etapas que revisten características esenciales para su cumplimiento.

a) Contacto inicial

A través de un llamado telefónico se realiza un contacto inicial que tiene como finalidad poder darse a conocer por el damnificado y su familia. Poder clarificar la función de la visita para la persona y la ART/AE., que es relevar cómo realiza las Actividades de la Vida Diaria Básicas (alimentación, higiene, movilidad) y otras como Descanso y Sueño. Es necesario poder corroborar el domicilio de residencia actual. El objetivo principal de la comunicación es poder establecer una alianza inicial que permita poder realizar el caso con eficacia en una fecha y hora de conveniencia.

b) Entrevista

Al realizarse en domicilio y considerando la movilidad del profesional se deben llevar las planillas e instrumentos posibles de evaluación. Se requiere de las planillas de la ART/AE o consultora (que presta servicios a estas), hojas para anotaciones, cinta métrica y celular o dispositivo para registro fotográfico.

La evaluación se centra en la persona y su entorno ambiental. Con lo cual se requerirá en su proceso:

- Haber establecido el contacto inicial.
- Realizar evaluación funcional con métodos específicos.
- Observación del domicilio (incluyendo su acceso).
- Medición de dimensiones.

Al entrar a la vivienda no solo ingresamos a un lugar sino al espacio de pertenencia de la persona y su familia o convivientes. De acuerdo al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010, las variables para tipo de vivienda individual pueden ser: (1) casa, (2) rancho, (3) casilla, (4) departamento, (5) pieza o inquilinato, (6) pieza en hotel familiar o pensión, (7) local no construido para habitación y (8) vivienda móvil personas viviendo en la calle. En el ingreso a la vivienda hay aspectos del desarrollo de las AVD que puede vincularse directamente a la situación de vulnerabilidad en la que el damnificado vive.

Es necesario que cuando se realice el ingreso el profesional se pueda posicionar en un lugar neutral, el damnificado puede suponer que se releva el ambiente por conflicto legal con la aseguradora, para perjudicar de algún modo u otro motivo. Es necesario poder situarse comprensivamente en su realidad, sin emitir juicios de valor y sin asegurar la efectiva modificación o provisión de elementos por la aseguradora.

Junto al damnificado es necesario poder constatar;

- datos formales o personales (número de siniestro, C.U.I.L., estado civil, entre otros, teléfonos, mail). Es fundamental conocer en la entrevista o en la recorrida/observación de vivienda los integrantes del hogar y sus rutinas. Se verá en estudio de casos la importancia de ello.
- de vivienda (vivienda propia, alquilada u otra, servicios). Por ejemplo, debemos indagar los servicios que posee y su relación con las ocupaciones: acceso al agua, gas, electricidad, conectividad telefónica y de internet.

c) Evaluación con métodos específicos

De acuerdo a la lesión de la persona informada en la derivación junto a su historia clínica el profesional debe aplicar el criterio de los instrumentos a utilizar en caso que se requiera. El instrumento común final es la valoración de la Functional Independence Measure. (Keith *et al.*, 1987)

d) Evaluación de accesibilidad en la vivienda.

Se requiere indefectiblemente poder observar y registrar todos los ambientes del damnificado. En especial de aquellos que por su lesión y secuelas demandan una observación y análisis exhaustivo. La observación y entrevista es un proceso continuo durante toda la visita. El profesional requiere poder contemplar todas las posibilidades de modificación que mejoren el desempeño de la persona como así también la viabilidad de la misma sin generar expectativas de la realización. Por ejemplo, si el dormitorio del damnificado se encuentra en planta alta y es posible cambiar la misma a planta baja.

Medición de dimensiones y distancias. Las mismas pueden ser diversas y alcanzar aberturas, mobiliario, recorridos. Siempre

dependiendo de la lesión del damnificado y centrándonos en su autonomía.

Estudio de casos

Autonomía y autodeterminación.

Para esta prestación en especie del sistema de riesgos del trabajo la persona no requiere la obtención de Certificado Único de Discapacidad en los términos de las Leyes Nacionales N° 22.431/1981 “Sistema de protección integral de los discapacitados” y N° 26.378/2008 “Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. Incluso en el texto de la norma de la Resolución SRT 180/2015 solo se hace una mención a la palabra “discapacidad” en el artículo 5 para el registro de los casos identificados como crónicos, su gestión, documentación, frecuencia de evaluaciones médico asistenciales para el “otorgamiento íntegro y oportuno de las prestaciones en especie de mantenimiento vitalicias, de acuerdo con las particularidades de la deficiencia o de la discapacidad que presente cada damnificado (...)”.

Es oportuno poder tomar los conceptos de autonomía y autodeterminación utilizados comúnmente en el campo de la discapacidad ya que se requiere su diferenciación para poder centrarse en la persona y su familia con sus hábitos y rutinas.

La Terapia Ocupacional tiene una larga trayectoria vinculada al sistema de cuidados y especialmente a la discapacidad. Quienes trabajamos realizando evaluaciones ambientales domiciliarias también nos encontramos, en muchos casos, en otras prestaciones del sistema de riesgos del trabajo o el ámbito laboral. Cabe destacar esto ya que nuestra intervención como se dijo está determinada por las necesidades del damnificado o trabajador, lo posible dadas las condiciones de vivienda y rutinas, y las ART/AE.

Siempre en este campo nos encontramos desarrollando nuestra capacidad analítica para poder resolver lo que observamos, lo que el damnificado nos informa y el costo que tiene para la ART/EA.

Caso 1. Damnificado con amputación supracondilea de miembro superior izquierdo, ex operario de empresa textil, posee prótesis mioeléctrica, mecánica y estética. El Sr. no cocina, a excepción de preparar asado a la parrilla y manifiesta que quiere electrodomésticos de cocina para preparar alimentos. Historizando esta actividad se obtiene información que nunca lo ha hecho y se confirma que en la rutina familiar es su esposa o suegra las que se encargan de esta actividad, él puede colaborar ocasionalmente. Indagando un poco más se obtiene la información que el pedido es solamente para equipar la cocina, en consecuencia se desestima y se continúa evaluando autocuidado/higiene mayor y menor.

Caso 2. Trabajadora con amputación traumática de mano izquierda y que fue reubicada del puesto cocinera a auxiliar de

cocina en un restaurante, posee prótesis mecánica y estética. Para esta damnificada tiene una gran importancia la autonomía en la cocina, es parte de su historia ocupacional y de gran valor afectivo para su nieto con el que convive, junto a su hija y yerno. Si bien para las actividades de preparación de alimentos participan en la casa los tres adultos, para esta señora es indispensable tener sus elementos adaptados y electrodomésticos. Se destaca nuevamente la actividad profesional por la cual fue recalificada. En consecuencia, se le provee de adaptaciones y electrodomésticos como tabla con clavos, batidora y abrelatas, entre otros.

Como se ha realizado mención, hay casos derivados en los que se puede combinar el envejecimiento normal con las secuelas de los damnificados y su relación con la vivienda.

Caso 3. Damnificado con amputación de miembro inferior (MI) izquierdo, usuario de sillas de ruedas producto de amputación por complicaciones de diabetes en su MI derecho, fue preciso analizar el ancho de silla y holgura para ejercer fuerza de MS en desplazamiento y cotejar con ancho de puertas para sugerir el reemplazo de algunas de ellas. También se sugirió la posibilidad de ajustes sobre la propia silla o su reemplazo. Todo ello bajo la excepcionalidad del caso dado que no se brindan frecuentemente modificaciones o productos por causas del envejecimiento o enfermedades preexistentes.

Caso 4. Damnificado lesionado medular, usuario de silla de ruedas. Las sugerencias de modificaciones respecto a la accesibilidad para garantizar las AVD de forma independiente en baño se topan con las condiciones estructurales de la vivienda (falta de espacio y tipo de construcción de la vivienda). Presenta otras necesidades de accesibilidad. En consecuencia, se brindan tras distintas visitas sugerencias que se encuentran en el límite de la responsabilidad de la ART (consensuadas para su escrito en informe) con la negativa del damnificado de cambio de ingreso a baño (acceso directo a ducha desde dormitorio) bajo el criterio de análisis de personal calificado (prestador de obra de la ART).

Como se ha mencionado, estos casos intentan aproximar a la diversidad de situaciones que son objeto de nuestro análisis y requieren de una mirada en continuo entrenamiento desde lo técnico-profesional y el marco normativo.

Discusión

Desde la Terapia Ocupacional podemos nutrirnos de los conocimientos de la ergonomía en relación a las actividades sobre el levantamiento y manipulación de cargas orientadas a la vivienda tal como se describe en Figueroa (2004) y Ferreira (2019). Se puede pensar las áreas de alcance, mobiliario relacionadas a las normas de referencia para diseño básico de Panero y Seltnik (1996).

Dadas las condiciones del paciente de acuerdo a su ingreso a casos crónicos (como se ha visto existen 21 condiciones listadas en la resolución), la situación de vivienda, las rutinas personales y la familiar; se ha abordado el tipo de prestación de acuerdo características generales que pueden verse beneficiadas con aportes de otras disciplinas vinculadas al diseño, la arquitectura y la ergonomía. Si bien estás pueden profundizarse de acuerdo a la especificidad del caso, se ha realizado una aproximación que se espera pueda ser de utilidad en la triangulación de sus actores e intereses que requiere el análisis de barreras domiciliarias; ART/AE, damnificado y terapeuta ocupacional. Otro factor influyente y transversal lo constituye la condición de vulnerabilidad social en la que puede encontrarse el damnificado. Las sugerencias que se brindan desde nuestra disciplina tienen la finalidad especial de favorecer su desempeño, pero con las limitaciones de las condiciones estructurales del tejido social que no pueden superarse de manera parcial. ●

[Recibido: 27/04/21- Aprobado: 20/12/22]

Referencias

- Benardelli, C., (2016), La accesibilidad universal y su conocimiento. Principales herramientas. En Pantano, L. (comp), Hacia nuevos perfiles profesionales en discapacidad. De los dichos a los hechos (pp.113-136). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad Católica Argentina.
- Censo Nacional 2010. Glosario. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/glosario_censo2010.pdf
- Cosentino, P., Salvarredi P. y Villegas F. (2010). Recalificación Profesional. Asociart Actualización. *Revista Medicina del Trabajo*, 5 (19), 1 - 12. http://www2.asociart.com.ar/archivos/cid/Cuadernillo_19.pdf
- Daniellou, F., Duraffourg, J., Guérin, F., Kerguelen, A., Laville, A. (2010). Bases para una práctica en Comprender el trabajo para transformarlo. 1° Edición digital. Modus Laborandi.
- Ferreira Resende, F. (2019). La vivienda como una máquina para vivir: Relación usuario - vivienda. *Ergonomía, Investigación Y Desarrollo*, 1(1), 119 - 130. https://revistas.udec.cl/index.php/Ergonomia_Investigacion/article/view/1285/1934
- Figuroa, M.E. (2004). Ergonomía Aplicada a las tareas del hogar. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. (4). Disponible en: http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to_completa/0,1371,SCID=14192%26SID=498,00.html#
- Guyet, L. M. (2016). Orden público de las prestaciones en especie del sistema de riesgos del trabajo (Disertación doctoral, Universidad Argentina de la Empresa). <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/5752/GUYET%20LUIS%20MARCELO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances in clinical rehabilitation*, 1, 6-18.
- Mezio, E. (2015). Dos resoluciones inconstitucionales de la SRT y la "industria del juicio". [Documento pdf] <http://www.pensamientocivil.com.ar/system/files/2015/08/Doctrina1647.pdf>
- Norma IRAM 3731 (1997). Ergonomía: Listado básico de medidas antropométricas.
- Norma internacional ISO 9999 (2007) Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología. Asociación española de normalización y certificación.
- Ley 962, 13 de enero de 2003. Accesibilidad física para todos. Boletín oficial BOCBA N° 1607, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley Nacional N° 24.557/1995, 4 de octubre de 1995. De Riesgos del Trabajo (LRT). Boletín oficial N° 28.242.
- Ley Nacional N° 26773/2012. 26 de octubre de 2012. Régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Boletín oficial N° 32.509
- Panero, J. y Zelnik, M. (1996). Las dimensiones humanas en los espacios de interiores. Estándares antropométricos. Ediciones G. Gilli.
- Resolución N° 216/03, 9 de mayo de 2003. Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Recalificación Profesional, pautas mínimas. Boletín oficial N° 30.146,
- Resolución N° 180/15. 27 de agosto de 2015. Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Casos crónicos. Boletín oficial N° 33.201,
- Sbriller, L. (2016). Consideraciones sobre la inclusión de Terapia Ocupacional en riesgos del trabajo. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional* 2(2), 3-10
- Sbriller, L. (2021). Incapacidad laboral permanente adquirida en el empleo. Ed. Teseo. URL: <https://www.teseopress.com/incapacidadlaboral>

Cómo citar este relato de experiencia:

Laglaive, H. (2022). La accesibilidad en la vivienda, intervenciones posibles con damnificados crónicos del sistema de riesgos del trabajo. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(2), 36-42.

Habitando historias en tiempos de resistencia: Una experiencia de promoción de lecturas desde la perspectiva de Atención Primaria de la Salud

Inhabiting stories in times of resistance: A reading promotion experience from the perspective of Primary Health Care

Mónica Saldaneri

Mónica Saldaneri

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Ex residente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Becaria de perfeccionamiento en Terapia Ocupacional pediátrica dentro de un hospital público.

monisaldaneri.to@gmail.com

Resumen

El presente escrito narra la experiencia vivida en un dispositivo de promoción de lecturas destinado a niñeces, en el marco de una rotación programática de la Residencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), por el área de Atención Primaria de la Salud (APS). Dicha rotación se llevó a cabo en un Centro de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC) en el barrio de Villa Soldati durante el período comprendido entre junio 2018 y febrero 2019. Se realiza un desarrollo teórico articulado con abordajes tangibles teniendo como objetivo analizar y profundizar las resonancias subjetivantes que la promoción de lecturas, como práctica social emancipadora, puede brindar en la construcción de niñeces más libres. Asimismo, se intenta ahondar en la importancia de una Terapia Ocupacional implicada en las realidades cotidianas de las comunidades con las que trabajamos, desde una perspectiva basada en los Derechos Humanos, la emancipación y el ejercicio de la ciudadanía, transformando, territorializando y colectivizando nuestras prácticas.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud, promoción de la lectura, niñeces, Terapia Ocupacional.

Abstract

The aim of this article is to recount about an experience lived in a children reading promotion program, within a programmatic rotation at the Occupation Therapy Residency of the Buenos Aires city Government (Primary Health Care (PHC) area). This rotation took place during the months of June 2018 to February 2019, in a Community Healthcare Center located in the neighborhood of Villa Soldati. The following pages present a specific theoretical and practical approach, with the objective of analyzing and deepening on the subjectifying resonances that reading promotion, as an emancipating social practice, could offer in the construction of free infancies. In addition, this work will focus on the importance of occupational therapy, involved on the realities of the communities from which we work with based on a perspective of human rights, emancipation and exercising of citizenship. In a way that transforms, territorializes and collectivizes our practices.

Key words: Primary Health Care, reading promotion, childhood, Occupational Therapy.

Introducción

El presente escrito surge en el marco de una rotación programática de la Residencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por el área de Atención Primaria de la Salud (APS). Dicha rotación se llevó a cabo en un Centro de Salud y Atención Comunitaria (CeSAC) en el barrio de Villa Soldati durante el período comprendido entre junio 2018 y febrero 2019.

Dentro de las acciones realizadas en territorio, el desarrollo de este trabajo se enfoca en narrar la experiencia vivida, entendiendo a la noción de experiencia como la práctica de otorgar sentido (Brah 1996, citado en Moreschi, 2013), en un dispositivo de promoción de lecturas destinado a niñeces de entre 5 y 12 años. Éste espacio funcionaba en un comedor comunitario, en dónde se encontraba la biblioteca “lee que te leo”, ubicado entre los asentamientos “Los Pinos”, “Las Palomas” y “26 de Julio”.

Dicho dispositivo era llevado a cabo una vez por semana, los días lunes por la tarde, con una duración de dos horas, y era coordinado por una profesional de planta, Licenciada en Trabajo Social, y profesionales de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS), entre quienes se encontraban personas de distintas disciplinas, lo que permitió abordajes transdisciplinarios que enriquecieron enormemente las intervenciones.

El objetivo de este escrito pretende analizar y profundizar las resonancias subjetivantes que el mundo de las lecturas puede brindar en la construcción de niñeces más libres, en el desarrollo de su identidad y en el ejercicio de su ciudadanía. Por subjetividad se entiende el espacio donde se desarrollan los procesos que dotan de sentido a nuestra relación con el mundo, y por identidad a la forma en la que el sujeto se significa o se experimenta (Brah 1996, citado en Moreschi, 2013).

El concepto de ciudadanía, por otro lado, puede ser interpretado a partir de los actos reivindicativos que realizan las personas, en base a articular las demandas de justicia mediante la creación de nuevos sitios y lugares de lucha, haciendo hincapié en la expresión de los individuos que necesitan ser escuchados por su condición de desigualdad estructural (Aradau et al. 2010, citados en Carman & Janoschka, 2014).

Desarrollo

Contexto de intervención

El barrio de Villa Soldati se sitúa en la comuna 8, ubicada en el sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y presenta indicadores sociales que reflejan una situación de inequidad con respecto al resto de la ciudad. Las personas que allí viven se encuentran expuestas continuamente a la vulneración de sus derechos, desde sus necesidades básicas insatisfechas (NBI),

como la alimentación, la vivienda, la educación, los servicios de luz, agua y gas, hasta el acceso restringido de bienes culturales. El hacinamiento, los limitados espacios para desarrollar actividades lúdicas y artísticas, y los microbasurales presentes en las calles del barrio pueden, en muchos casos, obstaculizar el desarrollo de las niñeces, y su curiosidad por conocer y explorar el medio que les rodea. De esta manera, se considera que el ambiente en el que viven puede incidir de manera negativa sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (Guerra et. al, s/f).

Se habla de proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado pensando en la complejidad del término, venciendo dicotomías entre salud/enfermedad, y otorgándole la noción de integralidad. La salud pensada no sólo como un escenario de prácticas, sino como un terreno de luchas simbólicas acerca de las formas de aproximarse al modo en que las personas nacen, viven, enferman, padecen y mueren, y respecto a las respuestas sociales frente a tales procesos (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012, pp. 218, citadas en Michalewicz, et. al, 2014).

La noción de cuidado hace referencia a relaciones horizontales, simétricas y participativas. Le quita la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la salud y reconoce que gran parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

Es por todo lo antedicho que resulta de suma importancia recuperar el concepto de APS como un conjunto de procesos que se deben orientar a reconocer las desigualdades en salud haciendo foco en la transformación de las causas estructurales de la injusticia. Entendiendo así que las respuestas sociales a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado se ubican en un campo de conflictos que reflejan relaciones de poder conducentes a modos de vida con enfermedades evitables y a inequidades en la atención (Molina 2012, citado en Ramos-Ramos et. al, 2020).

El proyecto de promoción de lecturas descrito en este trabajo se encontraba enmarcado dentro de la estrategia de APS, y tenía como uno de los objetivos principales favorecer el acceso a bienes culturales desde una perspectiva de salud integral, derechos, género, e intersectorialidad, entendiendo este acceso como:

el derecho al saber, pero también el derecho al imaginario, el derecho a apropiarse de bienes culturales que contribuyen, en cada edad de la vida, a la construcción o al descubrimiento de sí mismo, a la apertura hacia el otro, al ejercicio de la fantasía –sin la cual no hay pensamiento–, a la elaboración del espíritu crítico. (Petit, 2001 citada en Angriman et al., 2012, p.6)

Las líneas de acción de la APS apuntan hacia la organización y participación de la comunidad, teniendo en cuenta

que ésta debe involucrarse en la identificación, priorización e intervención de sus problemas, privilegiando la creación de ambientes que apoyen y favorezcan la promoción de la salud (Peñas, 2003).

Las lecturas como posibilitadoras de otros mundos

Cada lunes por la tarde, los libros se desplegaban sobre una mesa a la espera de ser encontrados por las niñeces, quienes luego de explorarlos, mirarlos, leerlos, imaginarlos y reinventarlos, convertirían sus historias en propias.

Álvarez & Naranjo (2003) han brindado un acercamiento a la definición de promoción de lecturas describiéndola como:

Un trabajo de intervención sociocultural que busca impulsar la reflexión, revalorización, transformación y construcción de nuevos sentidos, idearios y prácticas lectoras, para así generar cambios en las personas, en sus contextos y en sus interacciones. A partir de ello, intenta fortalecer a los lectores como actores sociales, para que sean capaces de afrontar los retos vitales, sociales, culturales, políticos y económicos. (citados en Yepes Osorio, 2013, pp. 20 - 21)

El espacio de promoción de lecturas iniciaba con la búsqueda de las niñeces puerta a puerta, permitiéndonos así caminar el territorio y estrechar lazos con sus familias. Este se constituía como un encuentro inaugural que les brindaba la posibilidad de establecer un vínculo afectuoso y de confianza con las personas referentes del espacio y sus pares, dando lugar a la escucha de su cotidianidad. A su vez, este encuentro funcionaba como articulador con el centro de salud o profesionales correspondientes, en caso de que hubiera una situación emergente que lo ameritara.

En promedio por encuentro, acudían entre 10 y 20 participantes. A su vez, el espacio contaba con reglas de convivencia que se habían determinado de manera conjunta comprometiéndose, así, a cumplirlas. El desarrollo de la actividad comenzaba con una lectura individual hasta que el grupo completo llegaba a la biblioteca. En este momento, quienes coordinábamos nos posicionábamos como facilitadores o mediadores de la lectura transmitiendo el gusto por la misma en un marco de confianza y afecto, para que las niñeces pudiesen sumergirse en la experiencia lectora, identificando sus intereses, gustos y necesidades, y habilitando la elección autónoma sobre qué leer, cómo, en dónde y con quién (Angriman et al, 2012).

Durante el transcurso de la experiencia, fuimos descubriendo que hay tantas formas de lectura como lectores/as existentes: hay quienes leen en silencio, quienes prefieren en voz alta, hay quienes eligen apartarse o que deciden compartir grupalmente. El objetivo de las personas que mediábamos la experiencia lectora fue acompañar el proceso individual y colectivo de cada sujeto/grupo: ofertar diferentes tipos y formas

de lectura para ampliar las posibilidades lectoras, y propiciar, por momentos, que ahí donde había silencio, broten las palabras, que de un relato se produzcan miles de interpretaciones o, por el contrario, se habiten esos silencios, dando vuelo al despliegue de la imaginación.

Acordando con Montes (2006), no se trata de algo que se pueda dar, y se interprete como la reparación de una falta, llenando un hueco. Sino por el contrario, de construir lectores, sujetos activos, curiosos. Se trata, entonces, de brindar ocasión para que la lectura tenga lugar garantizando un espacio y tiempo, libros, mediaciones, desafíos, y compañía para que cada quien haga lo propio.

Es importante afirmar, entonces, que “constituirse en mediador de lectura implica estar atento a la percepción del otro, ser creativo a la hora de interpretar momentos oportunos, generar situaciones significativas y relevantes, estar dispuestos generosamente a preparar instancias de encuentro” (Bialet, 2004, p. 31).

Posteriormente de la lectura individual, se realizaba una dinámica lúdica que permitía conocerse, compartir gustos y elegir cómo presentarse en lo grupal. Luego, se proponía una lectura colectiva, a la que muchas veces se le incluían recursos artísticos y lúdicos que interpelaban a los sujetos, con el objetivo de captar su atención y hacerlos partícipes de la actividad lectora desde la propia lectura en voz alta, la teatralización, y/o la invención de nuevos fragmentos de la historia. Ya que, como afirma Montes (2006), “si nos dan la palabra, todos podemos sentirnos, al menos por un rato, el dueño del cuento” (p. 1).

La elección de estas lecturas se determinaba mediante un proceso de planificación grupal con el equipo de profesionales basado en una perspectiva de derechos, género e interculturalidad. A partir de estos ejes, se decidió armar ciclos por módulos temáticos relevantes, como, por ejemplo, “las familias”. En éste se invitó a ampliar la concepción que se tiene socialmente impuesta sobre la familia “tradicional”, visibilizando los diferentes tipos de conformación, haciendo hincapié en aquellos referentes, familiares o no, que eran los depositarios de su confianza y afecto. La idea fue poder reflejar que las familias sobrepasan los vínculos sanguíneos y las personas con quienes vivimos, pudiendo ser aquellas que están cerca nuestro, aquellas que la distancia física separa pero que en definitiva están ahí acompañándonos en los distintos momentos de nuestra vida. El grupo pudo ir compartiendo, en un espacio de respeto y escucha, los vínculos con sus familiares, sus vínculos de amistad, sus referentes afectivos, esbozando la diversidad de conformaciones existentes.

A su vez, se trabajó sobre las migraciones, es decir, si tenían familiares que vivían en otras ciudades y/o países, si tenían vías de comunicación, si les gustaría ir de visita, etc. En este sentido, se pudieron expresar cuestiones típicas de cada cultura,

comidas y momentos que les gustaba compartir con aquellas personas que hoy se encontraban lejos.

Para cerrar el ciclo, se leyó un libro que abordaba las elecciones sexuales y los mandatos familiares, el cual causó mucha repercusión en el grupo, sin poder comprender cómo el relato habitaba, en este caso, a que dos hombres se enamoren. Se dio lugar al debate alentando la formulación de preguntas, dudas y la libertad de expresión. Quienes coordinábamos el espacio, desde una perspectiva de derechos y de género, naturalizamos lo allí acontecido visibilizando que hay muchas formas y maneras en las que se construyen los vínculos afectivos, y que ninguna es incorrecta, todas merecen respeto y aceptación. Algunos se mostraron reticentes o se expresaron a través de burlas, otros decidieron dibujar a los personajes de la historia. Sin embargo, a todo el grupo se lo observó interesado en el relato prestando atención a lo sucedido y elaborándolo posteriormente.

Continuando con el desarrollo de la propuesta, luego de la lectura grupal se intentaba realizar alguna actividad que tuviera conexión con la historia contada, desde dibujos de los personajes presentes, juegos, “cadáver exquisito”, creación de alguna producción concreta con diversos materiales, invención de una historia con pictogramas, entre otras. En este momento, también se daba la oportunidad de realizar una producción libre. Muchas veces, decidían escribir una carta para algún ser querido que cumplía años, dibujar algo que les gustaba, etc.

Frente a la iniciativa personal o grupal, la respuesta era siempre la valoración de las producciones individuales y colectivas, expresando el gusto por las mismas, guardándolas en el espacio o proponiendo que las llevaran a sus hogares, dándole importancia a las mismas y otorgándole un carácter de permanencia.

En la biblioteca, como afirman Gardonio & Gutiérrez (2018), se sostenía una actitud de escucha activa y acompañamiento de la singularidad. Los actos que tenían lugar allí son reproductores de una experiencia de las niñeces en clave de derechos, en la que cada sujeto tiene derecho a hablar, a jugar, a expresarse, a enojarse, a divertirse y principalmente, a ser niñes.

Por último, cada día se realizaba una merienda y se daba apertura a la biblioteca para que cada participante pueda elegir un libro, el cual viajaba hasta su casa por una semana y sería devuelto al encuentro siguiente. Este momento de la actividad era de gran valor simbólico, ya que el préstamo domiciliario se configuraba como un acto de confianza y responsabilidad. Esto conllevaba cuidar el objeto libro tanto bien común, materializando y consintiendo este acto con su firma en una ficha que se tenía desde el inicio de su participación en el espacio. Podríamos pensar, entonces, al préstamo de libros como un verdadero acontecimiento de construcción de ciudadanía.

En cada préstamo, se intentaba comunicar y transmitir la confianza depositada en cada participante, y desmitificar a los libros

como objetos investidos de poder convirtiéndolos en un bien público.

Espósito & Morana (2012, citadas en Gardonio & Gutiérrez, 2018) hacen mención al concepto de bien público, como elemento comunitario y social, el cual, siendo un puente entre lo personal y lo social, implica la distribución de aquello que no es de nadie en particular, pero es de todos en general. Esto nos iguala en el acceso a derechos de bienes culturales, simbólicos y materiales posibilitando su circulación.

En este sentido, el acto de préstamo de libros permitía fomentar la capacidad de elección, darle continuidad al espacio de promoción de lecturas en un ámbito diferente al de la biblioteca en donde siempre se realizaba la actividad, y socializar las historias con sus referentes cercanos.

Como eje central de nuestra intervención y desde el cual nos posicionamos teóricamente, utilizamos la concepción que desarrolla la antropóloga francesa Petit (2001), en relación a la dimensión subjetivante de la lectura, la cual posibilita que las personas se constituyan como sujetos, promoviendo así un proceso de autonomía (citada por Angriman, et al. (2013). Petit (2009) sostiene que leer tiene que ver con la libertad de ir y venir, con la posibilidad de entrar y salir, a voluntad, en otro mundo. A través de estas idas y vueltas, el lector esboza su autonomía o se reconstruye (citada en Bórquez 2014).

En sintonía, la autora habla del poder de la palabra escrita en la construcción de la identidad de los seres humanos y en la elaboración de su subjetividad, en tanto ayuda a las personas a descubrirse y a hacerse un poco más autoras de su vida, dando sentido a la propia experiencia.

Lejos de una concepción que piensa a las niñeces como receptoras pasivas de contenidos culturales, desde esta mirada quienes ejercen la lectura son activos, se apropian de lo que leen, interpretan el texto, y deslizan entre las líneas sus deseos, fantasías y angustias.

Uno de los encuentros finales del año abordó la temática “sueños”; para esto se llevó un cofre grupal, en donde cada participante podía escribir deseos y proyectos, los cuales eran guardados dentro de éste hasta el final del año siguiente en donde serían leídos nuevamente. Profundizando en el significado de esta última actividad, se puede pensar que pretendía de algún modo devolver a las niñeces su carácter de incertidumbre, de proyección, de ilusión, y no de categorización y estigmatización determinando sus posibilidades de acuerdo a su contexto o grupo social perteneciente.

En relación a esto, Petit (2000) reflexiona:

Un encuentro puede ser la oportunidad para modificar nuestro destino ya que muchas veces este ya está escrito incluso antes de que nazcamos: estamos encajonados en líneas de pertenencia social y llevamos estigmas con los

que tendremos que vivir toda la vida. Estamos atrapados en historias familiares, con sus dramas, sus esperanzas, sus capítulos olvidados o censurados, sus puestos asignados, sus gustos heredados, sus maneras de decir o hacer. Pero a veces un encuentro puede hacernos vacilar, hacer que se tambaleen nuestras certidumbres, nuestras pertenencias, y revelarnos al deseo de llegar a un puerto en que nadie nos espera. (pp. 5-6)

Es interesante entonces pensar la promoción de lecturas como un acto político que promueve la accesibilidad y la democratización cultural, instando el desarrollo del ejercicio de la ciudadanía y un pensamiento crítico que viabilice ser protagonista del propio destino y no un simple reproductor de los discursos de otras personas, incidiendo sobre las propias condiciones de vida. El mundo de las lecturas abre un sinfín de oportunidades, que se pueden visibilizar en la expresión y en el hacer de las niñeces.

El derecho a la cultura hace referencia al derecho que tiene cualquier ser humano a acceder a bienes culturales. Resulta necesario hablar de promoción, en tanto promover una determinada práctica, y hablar de democratización porque no sólo no se accede a estos objetos culturales que son los libros por diversas barreras económicas, físicas o de lejanía geográfica sino también porque hay toda otra serie de obstáculos simbólicos, sociales, culturales que entran en escena y que contribuyen a que las personas no se sientan destinatarias de estos (Bórquez, 2014).

Como refiere Casas y Grigaitis (2005 citados en Bórquez 2014) a menudo los libros están disponibles, pero no son accesibles, porque se piensan como objetos para otros (p. 43).

Prosiguiendo con la experiencia, instantes trascendentes se materializaron en realidades cuando B. manifestó que en la escuela llevó fragmentos de relatos que le gustaron para compartir en su clase; cuando J. escribió una canción para dedicarle a una amiga y la inventó con ayuda del grupo; cuando Y. mostró que tiene un cuaderno donde escribe sus propias poesías; cuando E. invitó a su amigo S. a sumarse al espacio y le recomendó su primer libro para llevarse de préstamo; cuando S. entusiasmado creó su primera firma para la ficha de préstamos; cuando B. relacionó el personaje de un libro relatado con su tío fallecido y decidió hacerle un dibujo en homenaje; cuando A. perdió un libro que se llevó de préstamo y entre ella y su mamá buscaron uno que tenían en su casa para regalarle a la biblioteca en reemplazo; cuando muchos se empezaron a interesar por la escritura y la lectura desde el placer, con curiosidad por aprender las letras, leerles a sus pares y descubrir nuevos mundos; cuando entonces comenzaron a relacionar los relatos con momentos de su cotidianeidad y compartieron sus propias historias.

Finalmente, se trata de propiciar un espacio de confianza, seguridad y escucha que habilite el encuentro con pares desde

el respeto y la curiosidad, promoviendo prácticas de convivencia y tolerancia, permitiendo la elaboración de una identidad singular, y la construcción de un sentido de pertenencia grupal. Se toma conocimiento de que existen otras alternativas, que hay otras formas de contar la misma historia y de resolver los problemas presentes, y que no hay dos relatos iguales constituyéndose líneas de huida, trazos que ensanchan los horizontes.

Terapia Ocupacional, emancipación, ciudadanía

La Terapia Ocupacional como profesión comprometida con los Derechos Humanos, tiene la responsabilidad de repensar las intervenciones acordes al contexto en el que nos encontramos inmersos. Urge la necesidad de involucrarse en las realidades cotidianas de las comunidades y generar prácticas situadas.

Siguiendo a Guajardo Córdoba (2016) se necesitan Terapias Ocupacionales que se germinen desde las prácticas, desde la experiencia cotidiana, se reconozcan al interior de las comunidades y como un efecto de ellas. Una Terapia Ocupacional que fomente la autonomía, la ciudadanía, la participación social, y considere a la comunidad como productora de su realidad.

Como expresa Stolkiner (2013) la participación es un hecho de salud mental, en el sentido que permite a las poblaciones salir de un imaginario y real sometimiento. La participación social implica un proceso en el cual los sujetos involucrados puedan reconocerse como sujetos sociales, es decir, como constructores de su propia historia, historia que se encuentra atravesada por condiciones materiales, y representaciones sobre sí mismos, los otros y la realidad circundante.

Sólo desde ahí podremos construir prácticas sociales emancipadoras en conjunto con el territorio en donde los sujetos puedan participar de ocupaciones colectivas significativas que potencien tanto su independencia como interdependencia, y dónde se promueva el ejercicio de su ciudadanía. Entendiendo al concepto de ciudadanía, como lo plantea Toro (citado en Tenorio Rebolledo L., Satizábal Reyes M & Vergara C. H., 2016) quien sostiene que ésta es la capacidad de una persona de transformar el orden social en el que vive en conjunto con otros, en concreto constituirse como sujetos con la capacidad de "crear libertad".

Para esto también es necesario poner en jaque nuestro objeto de estudio, la ocupación:

No es un fenómeno abstracto y ahistórico, sino que responde a las condiciones objetivas en las que nos encontramos, marcadas por la necesidad de los Estados, vía políticas sociales, de generar entornos más dignos para las personas, promover la inclusión social, la cohesión, la ciudadanía y, finalmente, un modo de vida democrático sustentado en el pleno respeto por los grupos y las personas. (Guajardo, 2011, p.14)

Si pensamos a la ocupación como una categoría relacional y procesual, podemos decir que es en esa interacción y movimiento en dónde se produce la apertura de oportunidades, en dónde se da lugar a lo posible. Son los sujetos siendo ocupación, y no meramente la ocupación aislada, lo que le otorga sentido a nuestro hacer.

En este caso son las niñeces siendo en la experiencia lectora y en el encuentro con otros lo que hace surgir la subjetividad y transforma. Sin embargo, las verdaderas resonancias subjetivantes, tal vez, nunca lleguemos ni siquiera a pensarlas. Como expresa Paganizzi (citada en Bernassi, Fraile, Nabergoi & Ujnovsky, 2016) “había carriles que transitaban a partir de nuestras ofertas, pero se proyectaban hacia efectos inimaginables por nosotros e imprevistos por el análisis de la actividad” (p. 115).

El espacio de promoción de lecturas me interpeló desde el interés individual y me desafió a encontrar mi rol dentro del dispositivo siempre ponderando la riqueza de trabajar en equipo. Nos enfocamos en las múltiples percepciones que el mundo literario puede brindar sobre nuestra cotidianidad, profundizamos la mirada sobre las necesidades individuales y colectivas de las niñeces, sus intereses, su motivación. Acompañamos conjuntamente el armado de vínculos y propiciamos un espacio de confianza y escucha, actuando de intermediarias/os cuando surgía alguna situación conflictiva.

Es imprescindible, entonces, ser sensible a los momentos particulares de cada participante y del grupo estando disponibles para flexibilizar las propuestas de acuerdo a sus necesidades. A su vez, ponderamos el derecho a la elección, a la identidad personal y a la construcción de subjetividad desde la propia narrativa, dando lugar al pensamiento crítico y la expresión de emociones.

Siguiendo a Silva y Alarcón (2016) “al colectivizar experiencias en un ambiente de respeto y dignidad, se producen subjetividades que hacen comunidad y permiten que algunas ocupaciones y a través de ellas, se visibilice el sujeto y adquiera otro significado” (p. 447).

Reflexiones finales

*“Lucía no ha vuelto a leer ese libro.
Ya no lo reconocería. Tanto le ha crecido adentro
que ahora es otro, ahora es suyo.”*
(Eduardo Galeano, 1989)

En una sociedad donde prima el capitalismo, el adultocentrismo, y el debilitamiento de los lazos sociales, acrecentándose así el individualismo, la necesidad de generar prácticas que ponderen lo comunitario y colectivo parece ser el camino que como profesionales de la salud debemos comenzar

a transitar. No es un camino solitario, por el contrario, tenemos que unir fuerzas, miradas diversas que permitan construir saberes transdisciplinarios con la participación activa de la comunidad como protagonista de esta construcción.

Este escrito pretendió dilucidar las resonancias subjetivantes que la promoción de lecturas, como práctica social emancipadora, tiene sobre la identidad de las niñeces incidiendo en sus condiciones de vida, y promoviendo el ejercicio de su autonomía.

Concluyo entonces, que territorializar nuestros abordajes tiene una multiplicidad de efectos en las comunidades que permite dialogar con el sistema de salud desde otras lógicas contrahegemónicas contribuyendo al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Como terapeutas ocupacionales tenemos el compromiso de accionar políticamente desde una perspectiva de Derechos Humanos y garantizar su cumplimiento en pos de su restitución, velando por niñeces más libres.

Retomando la palabra resistencia, presente en el título de este trabajo cabe hacer alusión a la misma como un aspecto intrínseco a las relaciones de poder, como forma de creación, a partir de la cual surgen otras posibilidades de subjetivación y de vida que escapan al disciplinamiento (Gardonio y Gutiérrez, 2018).

¿Podemos pensar, entonces, en la promoción de lecturas como un espacio de resistencia?

Considero que ahí donde hay niñeces que leen, piensan, imaginan, sueñan...niñeces que habitan una historia, viajan y en ese viaje vuelan colectivamente; ahí hay libertad, ahí hay resistencia. ●

[Recibido: 25/03/2022 - Aprobado: 06/12/2022]

Referencias

- Angriman, A., Guerra, G., Tirota, V., Trunzo, G., Zarowaky, D. (2012). *Lectura y expulsión social. Promoción de la lectura con niños y niñas de dos asentamientos de Villa Soldati*. 38° Feria Internacional del libro de Buenos Aires. 15° Congreso Internacional de Promoción de la Lectura y el Libro. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-IMm1GST-Q5WlNET00/view?resourcekey=0-K--4gdgNkZBKgzU0zkQbWA>
- Angriman A., Aristimuño S., González P., Guerra G., Tirota V., Zawosky D. (2013). *Ida y vuelta: una experiencia de promoción de la lectura con susurradores*. 39° Feria Internacional del libro de Buenos Aires. 16° Congreso Internacional de Promoción de la Lectura y el Libro. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-IT2dJM2JDZVJjTGM/view?resourcekey=0-o5ITNPanec5NEUHzKa03cg>

- Aquino Moreschi A. (2013). *La subjetividad a debate*. Sociológica, año 28, número 80, pp. 259-278. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v28n80/v28n80a9.pdf>
- Benassi J., Fraile E., Nabergoi M. & Yujnosvky N. (2016). Procesos del hacer. Aspectos temporales de la actividad humana. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S.M. Galheigo, S. García Ruiz (Ed.), *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*, 113 - 127. Santiago de Chile, Chile: Editorial USACH.
- Bórquez M. J. (2014). *La promoción de la lectura en la vida cotidiana de los Hospitales Generales de Agudos y los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ¿Pasatiempo, goce estético o recurso de salud?* Tesis para optar por el título de Magister en Comunicación y Cultura, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Directora: Dra. Marita Soto. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://repositorio.una.edu.ar/bitstream/handle/56777/1433/Borquez%2C%20Mar%C3%ADa%20Jos%C3%A9%20-%20La%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20lectura%20en%20la%20vida%20cotidiana%20de%20los%20Hospitales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carman M. & Janoschka, M. (2014) Presentación del dossier “*Ciudades en disputa: Estudios urbanos críticos sobre conflictos y resistencias*”. Revista del Área de Estudios Urbanos. Instituto de Investigaciones “Gino Germani” de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Año 4, número 4. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/36607>
- Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. (2008). *Vichando historias: Sistematización de experiencias de promoción de la lectura para el fortalecimiento de familias, niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH/sida*. Colección en/clave de acción. Buenos Aires, Argentina: Ubatec S.A. Recuperado de: <file:///C:/Users/Bangho/Desktop/VICHANDO%20HISTORIAS.pdf>
- Gardonio L. & Gutiérrez N. (2018). “*Me llaman del otro Hospital*”: lecturas en clave de accesibilidad al derecho a la salud sobre la biblioteca “*El rincón de los sueños*” del Hospital General de Agudos “*Dr. Enrique Tornú*”. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2018/12/20_Gardonio.pdf
- Guajardo Córdoba, A. (2011). Prólogo. En *Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana (Ed.), Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*, 13 - 19. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia
- Guajardo Córdoba A. (2016). Texto Inaugural: Construcción de identidades, epistemes y práctica en Terapia Ocupacional en América Latina. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S.M. Galheigo, S. García Ruiz (Ed.), *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*, 41 - 62. Santiago de Chile, Chile: Editorial USACH.
- Guerra, G. Angriman, A., Zarowsky, D., Trunzo, G. *Una experiencia de promoción de la salud con niños y niñas en los asentamientos “Los pinos” y “La veredita” del barrio de Villa Soldati*. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-ISUtoZDd1S-3VKSGM/view?resourcekey=0-yLntgDRPkOgWn30ERWD4uw>
- Michalewicz, A., Pierri, C.; Ardila Gómez; S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado: elementos para su conceptualización*. Anuario de Investigaciones, vol. XXI, pp. 217-224. Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina (2004). *Leer es contagioso: entre mediadores, libros y lectores*. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria. Recuperado de: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/19-Leer-es-Contagioso-Entre-mediadores-libros-y-lectores1.pdf>
- Montes G. (2006). *La gran ocasión, la escuela como sociedad de lectura*. Plan Nacional de Lectura. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL002208.pdf>
- Peñas Felizzola O. L. (2003). *La intervención comunitaria en terapia ocupacional: un acercamiento desde la salud pública*. Revista Colombiana de Rehabilitación. Vol. 1, N° 2. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/323687125_La_intervencion_Comunitaria_en_terapia_ocupacional_un_acercamiento_desde_la_salud_publica
- Petit M. (2000). *Elogio del encuentro*. (Traductora Sánchez Diana Luz). Congreso Mundial IBBY. Cartagena de Indias, Colombia. Recuperado de: https://ies28sfe.infed.edu.ar/aula/archivos/repositorio/0/63/Elogio_del_Encuentro_Petit.pdf
- Ramos, L. D. R., Páez, D. G. H., López, P. A. S., & Castillo, C. P. R. (2020). *Aproximaciones a la práctica de Terapia Ocupacional en salud pública: Una revisión temática*. Revista Ocupación Humana, 20 (1), 49-63. Recuperado de: <https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/948/736>
- Residencia Interdisciplinaria de Educación Para la Salud (s/f). Proyecto de promoción de las lecturas para niñas y niños. Área de referencia del CeSAC N° 24 (Área Programática del Hospital P. Piñero).
- Silva Espinosa G. & Alarcón Ferrari C. (2016). Lazo social y medio ambiente: desarrollo de un colectivo en torno a ocupaciones significativas. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S.M. Galheigo, S. García Ruiz (Ed.), *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*, 433 - 453. Santiago de Chile, Chile: Editorial USACH.
- Stolkiner A. (1988). *Prácticas en salud mental*. En Revista de Investigación y educación en enfermería. Medellín. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5299366>
- Stolkiner A. & Ardilla Gómez S. (2012), *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardilla_conceptualizando_la_salud_mental.pdf

Tenorio Rebolledo L., Satizábal Reyes M. & Vergara C. H. (2016). El aporte de la Terapia Ocupacional desde las capacidades. Un encuentro con las comunidades. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S.M. Galheigo, S. García Ruiz (Ed.), *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*, 455 - 469. Santiago de Chile, Chile: Editorial USACH.

Yepes Osorio L. B. (2013). La promoción de la lectura: conceptos y prácticas sociales. En *Jóvenes lectores, caminos de formación* (pp. 9 - 56). Plan Nacional de Lectura. Ministerio de Educación y Cultura. Centro Regional para el Fomento del Libro en América Latina y el Caribe (CERLAC-UNESCO). Recuperado de: http://cerlalc.org/wp-content/uploads/2017/04/PUBLICACIONES_OLB_Jovenes_lectores_Guia_metodologica_2013.p

Cómo citar este relato de experiencia:

Saldaneri, M. (2022). Habitando historias en tiempos de resistencia: Una experiencia de promoción de lecturas desde una perspectiva de Atención Primaria de la Salud. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(2), 43-50.

Prácticas Bambú, Repensando los procesos de la Terapia Ocupacional desde una mirada consciente, integral y colectiva

Patricia Bello, Belén Castelli, Agustina María Colombo, María Guadalupe Díaz Usandivaras, Melina Sol Haladjian, Manuela Juana, Bernarda Liceda Rosasco, Cecilia Lorenzo, Laura Parraquini, Brenda Vieyra. CABA. Ed. Editorial Autores de Argentina. 2022. 291 páginas.

Emmanuel Ibañez | Carla Reta | Julieta Valenzuela

Emmanuel Ibañez

Licenciado en Terapia Ocupacional Universidad Nacional de Quilmes (UNQ). Posgrado en adultos mayores y desarrollo infantil. Diplomatura en Neurociencias y Neuropsicología clínica; capacitación docente en Neurociencias. Diplomatura en TEA. Cuidados paliativos en adultos mayores y pediatría. Cursando el último año de la especialización en Terapia Ocupacional Comunitaria (UNQ).

ibaemmanuel.to@gmail.com

Carla Cecilia Reta

Licenciada en Terapia Ocupacional Universidad Nacional de Quilmes (UNQ). Posgrado en Tecnología Asistiva. Especialización en Posicionamiento, Movilidad y Adaptaciones para la vida diaria (AEDIN). Posgrado en Tecnología Asistiva. Especialización en Medios Alternativos- Aumentativos para la Comunicación y el Aprendizaje (AEDIN). Residencia de Terapia Ocupacional en neuropediatría (AEDIN).

Cursando último año de la especialización en Terapia Ocupacional Comunitaria (UNQ).

carlacreta@gmail.com

Ailen Julieta Valenzuela Dip

Licenciada en Terapia Ocupacional Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Posgrado de Terapia Ocupacional: Neurohabilitación de Adultos. Tutora de práctica profesional de Terapia Ocupacional Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente en Tecnicatura de Acompañante terapéutico Universidad de Belgrano (UB).

Cursando último año de la especialización de Terapia Ocupacional Comunitaria (UNQ).

jvalenzueladip@gmail.com

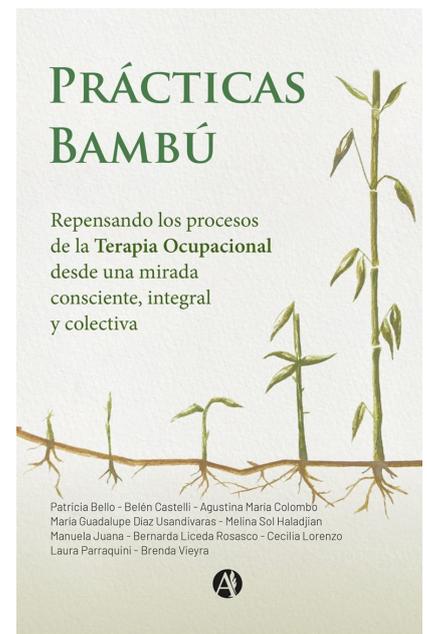
Prácticas Bambú, repensando los procesos de la Terapia Ocupacional desde una mirada consciente, integral y colectiva es un reciente libro que reúne aportes de terapeutas ocupacionales. El mismo desarrolla e integra diversas experiencias de la práctica de Terapia Ocupacional en distintas áreas y dimensiones de la ocupación.

Cada uno de los 13 capítulos, invita a valorar y repensar la ocupación, los roles, estilo ocupacional, la identidad ocupacional, contextos, justicia ocupacional, el paradigma de los derechos de las personas, grupos y comunidades, y sobre todo, propone un sitio de reflexión hacia la práctica cotidiana.

Las autoras eligen al bambú, ya que dicha planta crece de adentro hacia afuera, por lo cual invita a repensar metafóricamente a la Terapia Ocupacional como un proceso interno que luego de echar raíces y expandirse, se encuentra preparada para atravesar los desafíos que se presenten.

Durante el transcurso del libro se puede vislumbrar el enfoque de cada integrante. Es importante reconocer que se despliega una reflexión basada en la experiencia con la persona, la familia, sus historias y con los colegas.

Es así como en cada capítulo se invita al lector a repensar sobre su propia praxis en el rol profesional, así mismo se intenta sugerir con qué capítulos continuar para lograr un hilo conductor. El libro puede leerse siguiendo el orden de los capítulos o tomando diferentes direcciones optando por otros.



En el comienzo de la lectura se encuentra la importancia del compromiso en las ocupaciones y el bienestar de ejercerlas. Revaloriza el concepto de ocupación como medio, fin e instrumento con propósito. Asimismo, repara y hace hincapié en las definiciones de participación, contextos, el sentido de competencia y el valor que tiene para cada persona, grupo y comunidad.

Luego, el recorrido de la lectura le otorga sentido a los roles ocupacionales como parte fundamental en el armado de las identidades. Se hace mención al Modelo de la Ocupación Humana, al Modelo Kawa y al Modelo Canadiense para asentarse en las bases teóricas de los mismos. El abordaje de integración sensorial también se hace presente para dar justificación y encuadre a los relatos personales y

profesionales y a la experiencia de sus pacientes dentro del consultorio.

La invitación está en correrse de la mirada de “Persona con discapacidad” para pensarlo hermano, empleado, estudiante, etcétera. Uno de los ejemplos que podemos encontrar en el texto es trabajar el manejo de dinero a través de determinado rol y no sólo pensar en la actividad o déficit. A su vez, también se hace hincapié en las barreras al desempeño, considerándolas como injusticias ya que devienen en desequilibrio ocupacional sobre el que es necesario intervenir. Se incorpora el modelo social de la discapacidad.

Un concepto de suma importancia que está presente en esta compilación es la espiritualidad. Enmarcada como el motor de la vida más allá de la intervención presenta un enfoque multidimensional que entiende a la persona como un todo: la dimensión corporal, mental, social, espiritual y emocional se entrelazan. Si bien esta idea es presentada a partir de contornos flexibles y aristas heterogéneas, los relatos de los capítulos nos llevan a pensar que la espiritualidad en la ocupación tiene su dimensión invisible y significativa e invita a futuras profundizaciones como posible categoría conceptual y/o empírica.

Las reflexiones de este libro invitan a considerar nuestras prácticas desde la importancia de cuidar y ocuparnos de nuestro propio equilibrio para ayudar a otros y afirman que se requiere

de un equilibrio personal para poder favorecer la participación de las personas y familias con las que se trabaja desde Terapia Ocupacional.

En sus páginas se hace mención al Modelo Intencional de las relaciones para Terapeutas Ocupacionales que da lugar al vínculo y emociones dentro de relación terapéutica, entendiendo a éste como un eje central del proceso potenciando la participación ocupacional. También, destacan la importancia de la última edición del marco de trabajo (2020), que incluye “gestión de la salud” entendiendo a la misma como una ocupación que favorece la promoción y el mantenimiento de la salud social y emocional de cada uno de los integrantes de la comunidad.

Para finalizar, se sugiere leer el libro como una invitación a la reflexión de nuestras prácticas diarias pensándose como *parte de* y *no la razón* del cambio. Es importante destacar que, si bien el libro presenta las experiencias de las autoras y menciona algunos modelos y análisis de prácticas no brinda otras fuentes, datos y estadísticas sobre los temas tratados a lo largo de los capítulos, sino que articulan relaciones y debates sobre propias experiencias e invita a que los lectores hagan lo mismo. ■

[Recibido: 19/11/2022 - Aprobado: 30/11/2022]

Como citar esta reseña:

Ibañez, E., Reta, C., Valenzuela Dip, A. (2022). Reseña: Prácticas Bambú, Repensando los procesos de la Terapia Ocupacional desde una mirada consciente, integral y colectiva. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8 (2), 51-52.

Entrevista a María Laura Armoa y María Inés Esteve. Referentes de la temática sexualidades en Terapia Ocupacional

Interview with María Laura Armoa and María Inés Esteve. Referents of the issue of sexuality in Occupational Therapy

Daniela Cerri | Sebastian Gonçalves | Sol Becerra

Lic. TO Daniela Cerri

Licenciada en Terapia Ocupacional por la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Integrante de la Asociación Terapeutas Ocupacionales Libres (ATL). Diplomada en Formación en Educación Sexual Integral por la UNSAM. Acompañamiento a infancias y adolescencias con desafíos en el desarrollo.

cerridaniela.to@gmail.com

Sebastian Gonçalves

Licenciado en Terapia Ocupacional por la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Diplomado en Educación Sexual Integral, en Sexualidad y Discapacidad, y orientador en Sexualidades en personas con Diversidad Funcional/Discapacidad. Trabaja actualmente en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (INaRePS).

sebastiangoncalves@hotmail.com

Sol Becerra

Licenciada en Terapia Ocupacional por la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Formación en el curso "Lo inclusivo es la sexualidad", de Silvina Peirano. Intervención individual y grupal con población infantil, en Equipo Interdisciplinario. Trabajo interdisciplinario en Equipo de Orientación Escolar en Primaria de Colegio Convencional. Planificación de proyectos institucionales en Centro de día para población adulta.

solbecerra1997@gmail.com

Presentación de referentes

María Inés Esteve, Licenciada en Terapia Ocupacional. Comenzó la carrera en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) en el año 1977, donde participó del Centro de Estudiantes. Transitó su formación de grado durante el Terrorismo de Estado de la Dictadura cívicoeclesiástica militar, la cual estuvo atravesada por una sensación de peligro permanente.

Actualmente es especialista en discapacidad y sexualidad por el Centro de Educación, Terapia e Investigación en Sexualidad (CETIS) y consultora en sexualidad por la fundación KOINONIA (Centro de Investigación, Capacitación y Consultoría). Participó en la Asociación Argentina Terapeutas Ocupacionales (AATO) dentro de la Comisión de Educación. Actualmente, brinda capacitaciones a instituciones, realiza supervisión a profesionales en el área de sexualidad y discapacidad. Trabaja con familias y con personas con discapacidad que necesitan asesoramiento relacionado con la sexualidad. Es docente en la carrera de grado de Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de Villa María, en la cátedra optativa "Educación Sexual Integral y Terapia Ocupacional". María Inés nos comparte: *"La Terapia Ocupacional me sigue sorprendiendo, me sigue deslumbrando. Sigo sintiendo que es transgresora. Soy terapeuta ocupacional, tengo otros roles, pero este es el más importante e identitario para mí"*.

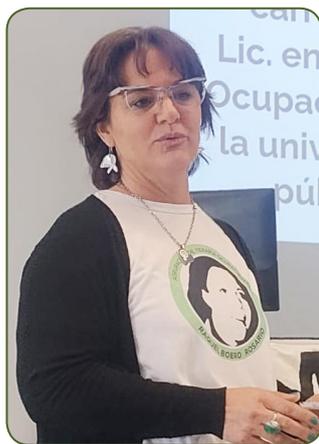
Laura Armoa, es Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Abierta Interamericana). Comenzó a estudiar Terapia Ocupacional en Salud Mental en el Instituto Superior del Paraná en el año 1993. Luego dicho Instituto pasa a ser parte de la Universidad Abierta Interamericana. Durante el 2008 continuó su formación en el área de pediatría y comenzó a trabajar en territorio con el Sindicato de Amas de Casa; afirma que allí inició su camino por los feminismos. Se desempeñó como terapeuta ocupacional en educación especial. En el año 2015 terminó el posgrado de Sexualidad Humana donde hizo su formación en Educación Sexual integral y Sexología. En 2015 realizó el curso de "Orientación en sexualidad y diversidad funcional" dictado por María Elena Villabrille y Silvina Peirano. Coordinó espacios de difusión de producción de conocimiento sobre sexualidad en la ciudad de Rosario.

Actualmente se encuentra finalizando la especialización "Estudios interdisciplinarios en género y sexualidad" de la Universidad Nacional de Rosario y es docente en la Universidad del Gran Rosario. Acompaña trabajos finales de grado. Es coordinadora del Departamento de Diversidad Funcional, en el Instituto KINSEY. Militante en la Asociación de *Terapeutas Ocupacionales Raquel Boero*¹, un espacio de participación activa como colectivo de terapeutas ocupacionales con compromiso social y político. Laura lo describe como: "Un espacio de militancia que es esencial para encontrarnos y para construir la Terapia Ocupacional feminista, crítica y social que tanto necesitamos".

¹ Asociación Civil de Terapia Ocupacional Raquel Boero, Rosario (Argentina). Espacio de participación activa como colectivo de terapeutas ocupacionales con compromiso social y político.



Lic. María Inés Esteve



Lic. Laura Armoa

Introducción

Nuestros recorridos como estudiantes de Terapia Ocupacional, practicantes, participantes en espacios militantes, graduadas, fueron gestando la necesidad de pensar y repensar las sexualidades² desde Terapia Ocupacional de manera colectiva y con perspectiva de derechos. Esta necesidad nos acompañó a iniciar rastreos, búsquedas, lecturas y descubrir que había colegas con gran trayectoria que hace muchos años ya estaban dando esas batallas.

Tuvimos el enorme agrado de escucharlas, de compartir y debatir con quienes consideramos que fueron y continúan siendo las referentes en el área: por su recorrido y su constante formación, por su solidaridad al compartir sus conocimientos, por su militancia y por su pasión al compartir sus experiencias.

Ellas fueron parte de quienes comenzaron este recorrido a nivel nacional, y de quienes allanaron los caminos en Terapia Ocupacional sobre las sexualidades. A la luz de los avances de los movimientos sexogénéricos, de los debates y batallas de los transfeminismos en nuestra región, de la popularización de consignas tales como “Educación sexual para decidir”, allí estaban ellas usando la “incomodidad” como motor para formarse, para hacerse preguntas y compartir sus saberes en las aulas, en jornadas, en espacios autogestivos. Hoy defendemos, reivindicamos y disfrutamos los Derechos Humanos y avances conseguidos en las calles y en las aulas, agradecidas por quienes militaron antes que nosotras, es por eso que deseamos escuchar nuevamente

2 Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Organización Mundial de la Salud, 2018, p.3).

a Laura y María Inés, compartir sus reflexiones y visibilizar sus recorridos.

Inicialmente nos reunimos a leer y estudiar sus desarrollos teóricos, para diseñar la propuesta de instrumento. Realizamos una entrevista con preguntas abiertas, disparadoras, para conocer sus recorridos, poder reflexionar acerca de lineamientos más teóricos analizando puntos en común y finalmente reflexionar sobre debates actuales.

Las preguntas que conformaron el instrumento son abiertas, con el objetivo de encontrarnos con lo rico de sus relatos, que puedan desarrollarlas libremente y generar debates entre ellas. Luego de realizar un primer encuentro para presentarles formalmente la propuesta y leer el consentimiento informado, planificamos una fecha para la realización de la entrevista. La modalidad de la entrevista fue mediante una plataforma virtual, debido a las distancias físicas. El encuentro fue un espacio amoroso, disfrutado por todas, en el que pudimos intercambiar, reírnos y seguir compartiendo. Esperamos que puedan disfrutarla, enriquecerse y motivarse tanto como nosotras, para continuar este camino de seguir pensando y construyendo colectivamente Terapias Ocupacionales desde la sexualidad humana.

Desarrollo de la entrevista

Entrevistadora: ¿Identifican un momento en el cual comenzaron a hacerse preguntas sobre las sexualidades desde Terapia Ocupacional?

María Inés: Yo tengo dos momentos. Un primer momento fue cuando era estudiante en la ENTO³. Los fines de semana estaba la propuesta de visitar y pasar la tarde en el hogar escuela del Instituto de Rehabilitación⁴, ahora IREP⁵. Era un lugar donde las personas que venían de otras partes del país lo hacían para rehabilitarse. Yo tenía 18 años, y para mí era un plan de sábado y después me iba a hacer mi vida, salía con mis amistades, novio... Y esa fue la primera vez, que charlando con los pibes y pibas, pensaba: “Yo tengo otra vida, hago otras cosas, tengo otras libertades”. Me refiero a la sexualidad, claro. Yo tenía la libertad de hacer lo que quisiera con mi cuerpo, de salir, de disfrutar. Y pensaba: “Y estas personas, ¿de qué manera lo resuelven?”. Esas fueron mis primeras preguntas. Era algo que me interpelaba, como una incomodidad. Porque además me preguntaban: “¿Vos qué hacés ahora?”. Y claro, yo hacía muchas cosas que ellos y ellas no hacían, pero no porque no puedan, sino porque no estaban habilitados. Era muy raro, siempre me sentí muy incómoda, ya que ese no era un problema para mí.

3 Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (Actual Universidad Nacional de San Martín).

4 Instituto de Rehabilitación del Lisiado.

5 Instituto de Rehabilitación Psicofísica.

Entrevistadora: *No porque no puedan realmente, si no por una cuestión meramente contextual.*

María Inés: ¡Esa incomodidad nos pone en marcha! Porque cuando una se pone incómoda y se habita esa sensación, ya no te podés hacer más, la distraída. A mí la palabra “incomodar” me resuena y me sirve, porque creo que siempre estos temas perturban, y rápidamente tomando la idea de “zona de confort” se vuelven a acomodar. Y no me parece, creo que hay que mantener esa incomodidad: eso de no saber cómo se resuelve.

Después, durante la carrera hubo una clase con casos clínicos en la que participaron médicos y brevemente contaron situaciones de pacientes con lesión medular. Pero no profundizaron mucho en la sexualidad. Pero bueno, fue una mirada, aunque muy desde el modelo médico.

Yo trabajé siempre con personas con discapacidad intelectual. Y veía mucho esta cuestión carcelaria de que no se los dejaba vincularse sexualmente y eran sancionados. O esta asimetría presente, porque por un lado les teníamos mucha paciencia para explicarles las cosas muchísimas veces, y de sexualidad, se pretendía que ya sepan todo.

Un día apareció en la cartelera un papelito de María Elena Villa Abrille, que decía: “Sexualidad y discapacidad”. Y dije: “¡Allá voy!”.

Laura: Yo también puedo identificar algunos momentos de la formación, situaciones que me marcaron. Recuerdo en una práctica pre-profesional, una niña con Síndrome de Down que tenía muy poquito lenguaje, en una situación de juego comienza a dramatizarme una escena de abuso sexual. Muy fuerte, salí de esa práctica destrozada. Luego supervisé con mis docentes y hablamos en la Institución sobre acciones para que puedan seguir avanzando en el caso y hacer un seguimiento. **Esa experiencia me marcó mucho. Descubrí que hay tanto para acompañar, nosotras acompañamos vidas, no podemos dejar este tema tan importante por fuera.**

En otro momento, ya trabajando como Terapeuta Ocupacional (TO) en un equipo, comenzamos a hacer talleres con una compañera psicóloga, Ayelen Pace. Talleres para jóvenes y adolescentes con diversidad funcional⁶. Veíamos todo el tiempo esa gran necesidad de trabajar en grupo y todo lo que es “el afuera de los tratamientos”: salir, tener vínculos significativos, ir al club, hacer actividades también con personas sin diversidad funcional. Y al instante nos dimos cuenta que teníamos que seguir formándonos sobre sexualidades, porque necesitábamos más herramientas. Y justo en la ciudad de Rosario se dictaba el posgrado de Sexualidad Humana, y comenzamos juntas a realizarlo.

⁶ Término alternativo acuñado por el Foro de Vida Independiente desde principios de 2005 para designar lo que habitualmente se conoce como discapacidad. Este término pretende eliminar la negatividad en la definición del colectivo y reforzar su esencia de diversidad.

Entrevistadora: ¿Qué fue lo que las impulsó a compartir sus conocimientos y a generar espacios de intercambio sobre las sexualidades?

María Inés: A mí me pareció desde un primer momento que había que compartirlo. No tenía ningún sentido quedarse con un conocimiento, ¿cuál sería el valor? **Si tomamos conciencia de que estamos dejando algo tan importante afuera, de manera urgente tiene que empezar a circular.** No puede ser que el saber esté en unos pocos expertos. Tampoco me parece que haya que hacer más cursos por fuera de la carrera, sino que ¡tiene que incluirse en nuestra formación!

Laura: ¡Que circule el conocimiento! No entiendo eso de guardarse con mezquindad lo que hiciste. Incluso, hay cosas que comparto que escribí hace muchos años, y pienso que actualmente pueden parecer desactualizadas. Pero es un recorrido, una se va actualizando, todo sirve para mover, para compartir, para contagiar.

María Inés: A veces pasa que encontrás cosas viejas que están desactualizadas, pero todo sirve... ¡Aunque sea para criticarlo! (risas).

Laura: Totalmente. **No concibo una práctica sin la sexualidad.** Digo, tenemos que poder reflexionar que si acompañamos personas, acompañamos vidas, y la sexualidad forma parte de la persona. Por supuesto que hay que formarse como en cualquier otra cosa, siempre necesitas más herramientas. Pero es la vida misma. ¿Quién se plantea si enseña o no a comer o vestir? Bueno, si la sexualidad es algo que vivimos todas las personas y forma parte de nuestras vidas: ¿por qué no podemos hablar de esto? ¿Por qué no lo podemos poner sobre la mesa libremente como todo lo demás? ¿Por qué hay que estar pidiendo permiso? Bueno, sí sé por qué: ¡por todo lo que incomoda! Por eso digo que hay que encontrarnos con nuestras propias biografías sexuales, habitar espacios para reflexionar con otros.

Entrevistadora: ¿Se les presentaron desafíos para poder hablar sobre sexualidades o realizar acciones desde Terapia Ocupacional en algún contexto?

María Inés: Me pasó que en mis lugares de trabajo específicos, nunca me dejaron desplegar todo lo que sabía y podía compartir. Armábamos muchas capacitaciones por fuera. Sin embargo, cada vez que surgía un problema vinculado con la sexualidad nos llamaban para salvar la cuestión (risas).

Siempre hice intervenciones con las familias y no tuve grandes rechazos. A diferencia de lo que dice mucha gente, me parece que las familias están bastante abiertas y necesitadas de acompañamiento. Por supuesto que hay familias muy cerradas y muy complejas, pero la mayoría tienen esa necesidad porque tampoco fueron acompañadas.

Laura: Cuando hice el posgrado tuvimos que hacer prácticas, entonces empezamos a ofrecer talleres en diferentes disposi-

tivos. Las autoridades nos tenían horas explicándonos lo que íbamos a hacer, qué temas íbamos a abordar, de qué manera. Me acuerdo que en un momento les dije: “Relájense, no les vamos a dar el Kamasutra (risas). Bueno, era para aflojar un poco porque era durísimo.

En cuanto a barreras institucionales, hace muchos años vengo presentando una materia electiva sobre sexualidades y aún no lo conseguimos. Cuando María Inés me contó que está en una cátedra en la Universidad Nacional de Villa María, me emocioné.

María Inés: Sí, allá también es una materia electiva. Y fue por pedido de las estudiantes.

Laura: Qué maravilla.

Entrevistadora: *Cuando hablan sobre las sexualidades y el acceso a los derechos sexuales de las personas que acompañamos, ustedes reflexionan primero sobre la mirada hacia la persona. ¿Podrían hacer alguna reflexión sobre esto?*

María Inés: Es posicionarnos y reflexionar desde qué lugar concebimos a las personas con discapacidad: desde una perspectiva de Derechos Humanos. Pero es también mirar a la persona desde su diversidad, ahí está la clave para mí. Es acompañar las diferentes formas de expresión de esas sexualidades, los deseos y las elecciones de las personas.

Laura: Sí, yo creo que el Modelo de la Diversidad Funcional⁷ es esencial. Hace que nos movamos de esa mirada tan asistencialista, lastimosa, y mirar a la persona como sujeto de Derechos Humanos que debe acceder a todo lo que desee con los apoyos que se requieran. La diversidad es la regla, y escuchar a las personas es lo que corresponde. Conozco colegas que brindan el alta al tratamiento solo cuando la persona logra atarse los cordones. Y pienso: ¿Estamos pudiendo escuchar a la persona? ¿La persona quiere eso? ¿Lo necesita? ¿O estamos imponiendo: “vos tenés que vivir la vida así y hacer las cosas de este modo”? En el Modelo de la Diversidad Funcional son las personas diciendo qué quieren y desean, cómo quieren que las nombren.

Entrevistadora: Sabemos en primera persona lo complejo que es hablar sobre sexualidades en las Universidades. También hemos participado en espacios como Centros de Estudiantes,

⁷ El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional, fue creado por el Foro de Vida Independiente, en el año 2006. Nace como un espacio reivindicativo y de debate a favor de los derechos humanos y en contra de la discriminación de las personas con todo tipo de diversidad funcional de España. El modelo parte de una visión basada en los Derechos Humanos y considera que el trabajo en el campo de la bioética es una herramienta fundamental para alcanzar la plena dignidad de las personas discriminadas por su diversidad funcional. Propone el uso de la dignidad, el respeto y a su vez, el reconocimiento de las diferencias.

ENEETOs⁸ (en donde la temática emerge con mucha fuerza) y entendemos que es una barrera común en las diferentes universidades del país. *Sobre todo, a la hora de desarrollar los trabajos finales integradores o tesis de grado. ¿Por qué creen que se genera esto? ¿Qué reflexión pueden hacer al respecto?*

Laura: Me ha pasado de tener que acompañar tesis de grado y tener que pasar mucho material para que lean porque les hacían correcciones o pedidos que no tenían fundamento teórico.

María Inés: Ay sí, me pasó también de acompañar una tesis y estar en esa situación. Me parece que es por múltiples causas que pasa eso, me parece que es muy complejo resumirlo. Creo que hay cuestiones muy atávicas vinculadas a las sexualidades y también, puntualmente pensando en las discapacidades, me parece que el colectivo profesional tampoco asume la sexualidad de las personas como algo necesario y fundamental. Me dicen: “Yo creo”, bueno, está todo bien, pero no es así, no podes negar información.

Me parece que ahí hay algo muy latente. Tal vez la queja puede quedar en: “no me enseñaron”, pero hay como una tranquilidad en ese “no me enseñaron”. Cuando alguien dice: “No, yo no trabajo en sexualidad porque no sé”... Bueno, ¡movete! Buscá información, empezá a leer, buscá referentes, juntate con tus compañeros y compañeras. Ahora es mucho más fácil buscar.

Pero insisto, me parece que hay algo muy complejo, que está más vinculado con la mirada acerca de las personas con discapacidad. Y no tanto a las sexualidades en sí.

En mi caso, lo que me sucede mucho con las personas con discapacidad intelectual, es que los profesionales dudan del para qué y el porqué hablar de “estos temas” y mi respuesta es simple: “Porque hablamos de un montón de temas y esta persona está creciendo y no nos estamos ocupando de cómo resuelve sus problemas afectivos o sexuales respetando su intimidad”.

Lo mismo sucede con algunas familias, que saben y controlan todo, invadiendo la privacidad y controlando su cuerpo. Me pasó por ejemplo con una familia, que sabían a qué hora se masturbaba su hijo, cómo, en qué lugar. Y no porque lo haga a la vista de todos. Entonces yo les pregunto: “¿cómo saben esto?”. Y me terminan diciendo: “Porque le abro la puerta”. Y yo le respondo: “¡No! No le abra la puerta. ¿Qué importa si se masturba diez veces por día? Es tema de él, si es que esto no le inhabilita hacer otras cosas”. Esto es una invasión y una necesidad de controlar el cuerpo de la otra persona.

Laura: Sí. Yo creo también que es el miedo, el desconocimiento, los prejuicios en relación a la propia sexualidad. Porque **trabajar en sexualidad implica un movimiento, implica en-**

⁸ Encuentro de Estudiantes y Egresados de Terapia Ocupacional.

contrarte con vos misma. Y creo que quieren seguir atados a este Modelo Biomédico porque te dicen paso a paso tipo receta qué hacer y qué no hacer. Trabajar en sexualidad implica que tu cuerpo esté ahí. Creo que hay un montonazo de docentes que no quieren poner el cuerpo y lo que están haciendo es terrible, porque en realidad lo que están transmitiendo es: “de esto no se habla”.

Me ha pasado que estudiantes me cuentan que colegas le prohíben utilizar el lenguaje no sexista. Me lo cuentan horrorizadas y yo les pregunto: “¿Y ustedes qué devuelven en esto? Porque ustedes son las que tienen que responder”. Como estudiantes tienen que poder pararse, reclamar, tienen que poder decir qué es lo que quieren y qué no quieren, llevar la Educación Sexual Integral (ESI) y las sexualidades a todos los ámbitos. Porque es lo que corresponde, no es “si te gusta o no te gusta”, está ahí. Lo que están haciendo, prohibiendo que se hable de esto, es tener una mirada totalmente binaria, biologicista, prohibitiva y punitiva en relación a la educación sexual.

No es simplemente tomar la postura de “yo no hablo de esto”, porque prohibiendo y castigando también están hablando, abordándolo muy mal con una mirada que atrasa totalmente. La sexualidad forma parte de la identidad de las personas, no tenerla en cuenta, para mí, ese es el problema. Me parece terrible, porque al no decir, al no hablar, estás violentando también. Algunas colegas refieren que basan sus tratamientos en lo que propone el Marco de Trabajo⁹, y yo observo que no logran abrir la mirada más allá. Y digo el Marco de Trabajo por decir alguna más de tantas otras respuestas que me dieron.

María Inés: La parte del Marco se la saltean, porque está incluida la actividad sexual. Dan todas las AVDs (Actividades de la Vida Diaria), menos la actividad sexual.

Laura: Claro, tienen una mirada selectiva. Lo he usado justamente para llegar a quienes no se mueven de las estructuras del Marco de Trabajo. Y me pregunto: “¿Por qué saltaste la actividad sexual?”

Todo lo que tenga que ver con la pedagogía queer¹⁰, la teoría crip¹¹, son cuestiones a transitar y conocer, como por ejemplo,

9 (American Occupational Therapy Association, 2020) Marco de trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. Cuarta Edición.

10 Campo de estudio multidisciplinario, que cuestiona los parámetros de normalidad y la homogeneidad en la escuela, trata de la comprensión en el ámbito de los saberes pedagógicos y de la práctica educativa de aquellos que no se ajustan a la cisheteronorma.

11 Nace a partir de la teoría queer. Cuestiona la hegemonía capacitista y propone métodos críticos sobre patrones de normalidad plasmados en arreglos estructurales y propuestas pedagógicas.

leer a Val Flores¹². Es transitar otros caminos porque éstas son teorías que en realidad consideran primordial lo diverso. No solo en diversidad funcional sino también en infancias trans, e intersex, no binarie. Si elegís ser docente o Terapista Ocupacional, no queda otra. Hay que abrirse, empezar a leer y moverse, ponerse a estudiar, salir de la zona de confort.

Entrevistadora: Retomando lo que hablábamos hace un rato, sobre la importancia de la puja de los centros de estudiantes, de movimientos estudiantiles, agrupaciones o asociaciones de terapeutas ocupacionales. Y como todas estas luchas van entretejiendo espacios muy significativos y valiosos, como los ENEETOS, las Jornadas: “Terapias Ocupacionales, Géneros y Diversidad”¹³. Se ve un incremento emocionante en la cantidad de producciones de conocimiento con perspectiva de género, jornadas de Terapia Ocupacional en donde cada vez se presentan más trabajos con lineamientos de ESI (Educación Sexual Integral). Lo mismo sucede con los trabajos finales integradores o tesis de grado. En el último Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional hubo dos mesas de géneros, que se llevaban a cabo en salas secundarias que eran más pequeñas. Había tanta gente que no se podía pasar, había algunas personas en el piso y otras que directamente no pudieron ingresar.

Todo esto demuestra los avances sociales de los movimientos y militancias, y la repercusión de estos en la producción de conocimiento de nuestra profesión. Por eso, a partir de todo lo que debatimos, reconocemos que es urgente transversalizar y reconocer las sexualidades en nuestras acciones desde Terapia Ocupacional, desde modelos críticos, diversos y con perspectiva de derechos. Basta de refugiarnos en la comodidad del “no sabemos” y mirar para otro lado.

Gracias por compartirnos sus recorridos, por sus batallas dadas, por allanar estos caminos que hoy buscamos acompañar. Por ser tan solidarias con sus conocimientos. Por compartir este encuentro con nosotras. Y sobre todo, por **hacer ruido e incomodar.** ■

[Recibido: 09/06/2022- Aprobado: 4/11/2022]

Referencias

Cabanas A.T., Gonçalves S. y Rothberg M.A. (2020) *Perspectiva de género durante el proceso de intervención de Terapia Ocupacional en los dispositivos de atención públicos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2017*. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*.

12 Escritora, maestra lesbiana y activista LGTBQIA+ argentina, que se dedica a la teoría queer y al feminismo sexualmente liberal.

13 Espacios que promueven el debate colectivo sobre la perspectiva de género en las prácticas como profesionales de salud.

- nal, 6(3), 47-52. <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2020dic-to-inv.pdf>
- Cerri, D. (2021). *Sexualidad integral: desarrollos teóricos de Terapia Ocupacional en Argentina (2006-2020)*. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7 (2) 100-109. <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2021dic-rev-biblio.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006) *El modelo de la diversidad La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. [Archivo PDF] http://www.diversocracia.org/docs/Modelo_diversidad.pdf

Cómo citar esta entrevista:

Cerri D., Gonçalves S. y Becerra.S. (2022) Entrevista a María Laura Armoa y María Inés Esteve. Referentes de la temática sexualidades en Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 8(2), 53-58.