

Revista Argentina de
Terapia Ocupacional

RA TO

Año 10 - N° 1 | Junio 2024 | ISSN 2469-1143

Revista Argentina de Terapia Ocupacional
Año 10 - Nro 1
Julio 2024 - 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

Spampinato, Sandra	Presidenta
Albino, Andrea	Vice-presidente
Garcia, Diana	Tesorera
Narvaez, Silvia Elena	Secretaria Ejecutiva
Scaffa, Myrian Edith	Secretaria Científica
Williams, Verónica	Vocal 1º Titular
Muras, Diana	Vocal 2º Titular
Ruppel, Carla	Vocal 3º Titular
Javelier, Natalia	Vocal 4º Titular
Forcat, Rosangela	Vocal 1º Suplente
Daneri, Sara Maria	Vocal 2º Suplente
Perez, Laura Raquel	1º Revisor de Cuenta Titular
Perretti, Gabriela	2º Revisor de Cuenta Titular
Pereyras, Rocio Melisa	3º Revisor de Cuentas Titular
Oudshoorn, Silvina	1º Revisor de Cuentas Suplente
Testa, Daniela	2º Revisor de Cuentas Suplente

Comité Editorial

Editor Responsable: Andrea Fabiana Albino

Equipo Editorial

María Sol Aquila
Sabrina Belfi
Belén Casas
Florencia Itovich
Julieta Jeroncich
Celina Mariscal
Silvia Narváez
Catalina Paiz
Daniela Edelvis Testa
Daniela Torrado

Revisión Técnica en Inglés

Verónica Williams

Comité Científico

Claudia Battistoni
Fabiana Cacciavilani
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 Internacionales

Cecilia Caillet-Bois
Alejandro Guajardo (Chile)
María Teresa Arista Rivera (Perú)
Simo Algado (España)
Fátima Oliver (Brasil)
Patricia Brogna (México)

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



"De producción nacional"

Collage analógico

21cm x 29cm

Un homenaje a la palabra escrita, encarnada en colegas que dejaron, dejan y dejarán huellas desde Argentina.

El lector podrá descubrir un guiño al primer libro de Terapia Ocupacional, editado por COLTOP en 1988, que marcó el inicio de un camino en la producción nacional del campo ocupacional.

Andrea Monzón

Biografía en primera persona

Soy Andrea Monzón, Lic. en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Comunicación, entre otras formalidades.

Nací en el siglo XX, soy hija de una docente y un empleado bancario quienes me ofrendaron valores que atesoro y transmito. Desarrollo mi práctica profesional en el campo de la salud mental y de la orientación vocacional ocupacional.

Galopo la vida con mi sol en géminis, curiosa, inquieta, algo inconstante y "aprendedora", una especie de polirubro siempre en movimiento.

Me sorprende cada día con la riqueza de lo que sucede en la vida cotidiana, con descubrir la grandeza de pequeños gestos y rituales, y a mirar con lentes violetas las marañas del poder y la falta de equidad que se solapan en ella.

Estoy disponible para cualquier manifestación de la expresión y la sensibilidad: me cautiva atrapar instantes en fotos, el color de un atardecer que me pone en pausa, cualquier ronda de brujas con comidita y tinto, sumergirme en la lectura de un libro, el sonido del viento o mi respiración cuando medito; las charlas interminables de café con personas entrañables.

Me pierdo en la mirada cómplice de mis amores, en recortar y pegar "papelitos" que se convierten en otra cosa, en el abrazo que contiene casi todo, en deslizar mis manos por el piano, en el vértigo de escribir sin saber que decir; en la vibración de cantar y bailar solo porque sí, en la sonrisa intranquila de mis "desorientados", en las tiernas siestas con mis perras, en el aroma de un cappuccino o un té con jengibre y cúrcuma, en los lenguajes humanos de dolores y risas que nos igualan.

Soy infinidad de Andreas que aprendo a conocer, a desplegar y a despedir.

Siempre agradecida a la vida por los seres que me ha regalado para transitar tantos caminos, estoy hilvanada en historias reconocibles en quienes dan sentido a mi existencia, porque sin compartirnos, la vida pierde su brillo.

La hospitalidad como resistencia

Sandra Bettina Spampinato

Sandra Bettina Spampinato

Licenciada en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín. Especialista en Política, Evaluación y Gerencia Social. Magister en Diseño y Gestión de Políticas Sociales. Docente UNSAM - UAI - UMAZA - USAL. Jefa de Sección del Servicio de Terapia Ocupacional de Hospital Borda. Presidenta de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales. sandraspampinato70@gmail.com

revistatoargentina@gmail.com

Quizá esta editorial se corresponda más a una postal de época, que puede percibirse bajo condiciones muy particulares de lo situado y que, convocando dos escenas particulares sucedidas en las últimas semanas, trae consigo algunas pretensiones por aportar coordenadas que nos permitan pensarnos como colectivo profesional. Como bien señala, nuestra querida colega, Anabel Arias “La escritura persigue una presencia mediante un tejido que ordena.” (Arias, 2022, p. 173), labrando modos de estar y ser en el mundo a modo de resistencia, politización del malestar y disputa de sentidos atribuidos.

Dos postales

1.- La imagen de la Catedral de Buenos Aires con esa mesa larga que recorre toda la nave principal, donde muchas personas fueron alojadas para acceder a un plato de comida en una noche fría de este otoño. Una escena casi bíblica, esa mesa que irrumpe como lengua, una imagen/hablante. ¿Tiene algo para decirnos? ¿Debiera interpelarnos y conovernos? El diario página 12 titula la nota que prosigue a la imagen como “una cena a puertas abiertas”. (Ferrari, 2024)

2. Otra escena que pudiera funcionar como imagen/hablante es una entrevista televisiva donde un periodista le pregunta a un hombre que vive en la calle respeto de su situación. El entrevistado refiere que hace algunos meses quedó en situación de calle y que el detonante fue el incremento de los alquileres de las viviendas. Hasta hace poco tiempo su vida, su cotidianeidad, con algunos márgenes de imprevisibilidad, estaban garantizados. El periodista avanza con otras preguntas, un poco transitando el filo entre aquello que debiera representárenos como obvio y su intención por visibilizar las condiciones de vida del entrevistado. ¿Cómo es vivir en la calle? ¿Qué cosas perdió?, y por último, ¿qué es lo que más le duele de vivir en la calle? El hombre le responde que lo que más le duele es la soledad. Lo que siguió fue un profundo silencio de ambos. (Estamos Jugados, 2024)

Escenas como éstas, ¿deberían constituir acontecimientos capaces de interpelar y desafiar nuestra percepción de la realidad? ¿Irrumpen para promover algo del orden de la ruptura? ¿Quiénes estamos del otro lado de la imagen/hablante? Detenernos y conovernos frente a ellas, nos enfrenta a la necesidad de cuestionar aquellos condicionamientos que a menudo nos mantienen distantes de las experiencias de los demás.

Estamos asistiendo, en la Argentina, a un doble proceso: por un lado, el recrudescimiento en las condiciones de vida de la población y, por otro, a un despliegue sin precedentes de narrativas violentas y discursos de odio. La combinación letal entre ambos aspectos se evidencia en una pérdida significativa de empatía hacia el sufrimiento ajeno. Este fenómeno se ve exacerbado por la presencia omnipresente de las redes sociales,

que sirven como plataforma para la expresión de juicios morales y la difusión de discursos polarizados.

Los cuestionamientos sobre la competencia de la Terapia Ocupacional (TO) en relación a lo que circula en el espacio social, nos invita a una reflexión profunda sobre el rol y la responsabilidad de nuestra profesión más allá de sus funciones específicas en el ámbito socio sanitario. Si consideramos que los problemas de salud están intrínsecamente ligados a los contextos sociales y a los modos en que las personas viven, se enferman, proyectan sus expectativas, tramitan sus incertidumbres y frustraciones cotidianas; pero también, a los modos en que el Estado, como catalizador y articulador de la vida en sociedad, organiza sus intervenciones en las problemáticas sociales, produce los cuidados y regula qué actores (y desde qué competencias) estarán habilitados para materializar la asistencia, ¿cómo sería posible pensar una TO que no se encuentre inevitablemente convocada a involucrarse en las dinámicas sociales y las problemáticas emergentes que afectan a las comunidades? ¿Sería éticamente aceptable pensar en una TO marginal a estos procesos? Solo por mencionar un puñado de aspectos, ¿Seremos capaces de estar a la altura de lo que la época nos demanda en un país con el 55,5% de pobreza y el 17,5% de indigencia? (Universidad Católica Argentina, 2024) y ¿con un proceso insipiente de desregulación de las prestaciones para personas con discapacidad y un estado de precarización laboral para el porcentaje más alto de trabajadores TO? Nos enfrentamos a un desafío enorme.

Algunas coordenadas para entender la época

Como señala Alicia Stolkiner (2024) vivimos en una época caracterizada por transformaciones globales que impactan directamente en las estructuras sociales y en las relaciones humanas. Presenciamos un viraje abrupto hacia el individualismo, por sobre la vida comunitaria, y hacia la instalación de una hegemonía cultural que interpela las tendencias gregarias de los humanos; promoviendo una sociedad de individuos enfrentados entre sí, en lugar de fomentar vínculos cooperativos. Stolkiner remarca que en tiempos de crisis económicas las relaciones amorosas y de apoyo mutuo se transmutan en competencia. La hegemonía cultural actual tiende a fomentar una sociedad fragmentada, donde las relaciones humanas se ven afectadas por la búsqueda de intereses individuales en detrimento del bienestar colectivo y la empatía frente al dolor ajeno.

Rita Segato (2022) nos aporta indicios importantes para comprender cómo, lo que ella denomina pedagogías de la crueldad, promueven en las personas bajos umbrales de empatía, indispensables para cimentar todos los actos y prácticas que enseñan, habitúan y programan a los sujetos a transmutar lo vivo y su vitalidad en cosas.

Ella afirma que la reducción de los niveles de empatía se manifiesta como un proyecto político evidente en la exhibición de crueldad en todas las esferas de la naturaleza y la sociedad. En esta economía de dueños, se fomenta la insensibilidad hacia el dolor propio y ajeno, promoviendo una visión del mundo donde la acumulación desmedida trasciende cualquier consideración de igualdad para enfocarse en la dominación y posesión de la vida y la muerte.

Las personas se vuelven cada vez más incapaces de practicar la conmutabilidad de posiciones. Ponerse en el lugar del otro, dice Rita, es un discurso en decadencia que está obsoleto.

En este mundo donde la acumulación traspasó todos los límites, hoy el problema no es por la igualdad sino por la desigualdad. Una pedagogía de la crueldad que perpetúa la idea de que estamos en un mundo de cosas, donde los cuerpos humanos son tratados como objetos que no sienten, nos lanza como sociedad a una creciente crueldad moral. Esta cosificación de la vida se refleja en la precarización del empleo y del salario, en la predación de territorios y en la alienación del tiempo vital (Segato, 2022).

Surge la pregunta acerca de cómo concebir y diseñar contra-pedagogías que rescaten la sensibilidad y la vincularidad humana y que puedan oponerse a las presiones de la época. Rita Segato identifica cuatro temas clave para la construcción de contra-pedagogías efectivas. Primero, la contra-pedagogía del poder, para cuestionar y desafiar las estructuras que perpetúan la cosificación de la vida. Segundo, la experiencia histórica de las mujeres, y su resistencia histórica, que ofrece ejemplos de otra forma de pensar y actuar colectivamente, basada en la reciprocidad y la solidaridad. Tercero, dos proyectos históricos divergentes; el proyecto de las cosas, centrado en la acumulación de bienes materiales, y el proyecto de los vínculos, orientado hacia la construcción de relaciones comunitarias. Cuarto, la consciencia de comunidad y reciprocidad, donde la importancia se coloca en promover la percepción de un mundo basado en relaciones capaces de contrarrestar la cosificación y la crueldad.

Algunos de los planteamientos del escritor y filósofo francés Eric Sadin (2024), que hacen foco en varios aspectos preocupantes de la sociedad contemporánea, también se vuelven interesantes para comprender este tiempo. En primer lugar, señala que estamos en un momento de la historia donde asistimos a la falta de fe, una ruptura del pacto de confianza que une a las personas. Esta falta de fe afecta directamente la construcción de un futuro colectivo, porque necesitamos pertenecer a un orden que sea común a todos, el pacto común que nos da un sentido de pertenencia y dirección.

En segundo lugar, Sadin señala que cada vez nos sentimos menos seguros; pero no se refiere a la seguridad del cuerpo sino a la seguridad en las condiciones de existencia, tanto a

nivel individual como colectivo. Este aspecto hace referencia, también, a la falta de redes de apoyo y contención que ayudan a las personas a enfrentar las dificultades de la vida.

Sin red y sin fe ya es muchísimo; pero el filósofo francés incorpora un tercer factor que incluye como marcador de la época, el presente es un tiempo sin ley. Sadin titula esta época como la era del individualismo tirano, aquel que reniega de la sociedad, reniega de las normas, reniega de lo colectivo; vivimos sin fe, sin red y sin ley por el declive de la creencia en el otro.

¿Fingir demencia o una ética del extranjero?

“Todo desbarajustado y sin criterio, subido a la locomoción alienante de la velocidad enunciativa, atropellando lo que se cruce en nuestro paso”.

(Chali, 2024, párrafo 13, líneas 8-10)

Elian Chali (2024), artista y activista del colectivo de personas con discapacidad, expresa en la cita una sensación de caos y desorden que se juega en un contexto de velocidad y sobre estimulación informativa en la que nos encontramos inmersos. Esta velocidad enunciativa nos lleva a atropellar todo lo que se cruza en nuestro camino, sin dejar espacio para la escucha o la observación de detalles sutiles.

El potente editorial que el autor publica en la Revista Anfibia, nos propone una reflexión profunda sobre el estado actual de nuestras libertades y valores, cuestionando si la rebeldía y la irreverencia que alguna vez creímos intocables y robustas ahora nos provocan incomodidad. Se pregunta cómo las palabras y los conceptos que han sido pilares de luchas sociales y culturales están perdiendo significado y fuerza en un contexto marcado por la desilusión y la falta de sentido; dice, “las palabras (...), son artefactos gramaticales sostenidos por luchas sociales, experiencias humanas, revoluciones culturales”(Chali, 2024, párrafo 14, líneas 7-9).

En tiempos de división y violencia institucional y simbólica, mantener marcos de sosiego y solidaridad se vuelve muy complejo, y es en esa trama que se desarrolla la estrategia de fingir demencia como un mecanismo de escape frente a la saturación y la sobre estimulación de nuestro entorno actual.

Como en la otra punta de la trayectoria del péndulo, Montserrat Herrero y Darío Sztajnszrajber nos invitan a pensar sobre los aportes de Jacques Derrida respecto de la hospitalidad, que no es sin un otro extranjero visitante.

Pensar una ética del extranjero, según Herrero (2018), refiere a la forma en que se acoge al otro en el espacio de convivencia, ya sea en la esfera más íntima o en el contexto del Estado como facilitador de lo común. Se distingue al verdadero huésped como aquel que viene de fuera de las fronteras, que

representa una relación sin relación, un individuo separado que puede irrumpir en el espacio de convivencia.

La hospitalidad, en este sentido, implica abrirse hacia el otro, acogerlo sin reservas, aunque no necesariamente a un individuo específico. Se trata de una visitación, una apertura hacia el otro sin necesidad de una invitación previa. Jacques Derrida destaca la idea de un deber incondicionado de hospitalidad para todo ser humano, lo cual constituye una base fundamental para cualquier política de hospitalidad.

Una ética del extranjero implica una apertura incondicional hacia el otro, reconociendo su singularidad y su derecho a ser acogido en el espacio de convivencia, basado en un deber ético fundamental más que en consideraciones prácticas o utilitarias.

La metáfora de la casa se erige como el escenario perfecto para reflexionar sobre este dilema. Puede resumirse en la siguiente situación: alguien está en su hogar, en su espacio, tranquilo y seguro, cuando de repente tocan a la puerta y se presenta un otro, alguien que no fue invitado. Fuimos visitados por un otro que te excede porque llega en condición de necesidad. Esta situación genera una molestia e indefinición, ya que nos vemos enfrentados a la decisión de abrir la puerta o no. Se nombra como hogar, a esa morada que puede ser, en términos metafóricos, una ideología, un estilo de vida.

La tolerancia, aunque fundamental en la convivencia social, nos invita a simplemente soportar la presencia del otro, sin involucrarnos verdaderamente con su situación o su perspectiva. Es un acto pasivo, que no necesariamente conlleva un esfuerzo por comprender al otro o por permitir que su presencia nos transforme. En contrapartida, la hospitalidad se alza como un acto ético de profunda generosidad y apertura. No se trata solo de abrir la puerta física, sino de abrirse interiormente al encuentro con lo diferente.

Jacques Derrida, (2020) advierte sobre los riesgos y las recompensas de esta apertura desinteresada: al recibir al otro, nos exponemos no solo a su necesidad, sino también al potencial de transformación mutua. La hospitalidad auténtica no espera reciprocidad, es capaz de suavizar por un momento la debilidad del otro y, al mismo tiempo, de alterar nuestra propia visión del mundo.

En la ética de la hospitalidad no importa si el otro entra, o el otro no entra a la morada, el problema es que hay casas. Y para la ética de la hospitalidad, que es la ética del desierto, lo que debiera haber son tiendas sin puertas ni paredes; el otro no toca la puerta, llega y entra para saldar su necesidad. El viajero constituye la figura central; todos estamos en diferentes lugares, de manera fortuita, las tiendas se ponen y se levantan y vamos erráticamente viajando de un lugar a otro.

El dilema ético entre tolerancia y hospitalidad nos convoca a una profunda reflexión sobre cómo nos relacionamos con el otro en un mundo cada vez más diverso y complejo. Abrir la puerta al otro puede ser desafiante y, a veces, incluso amenazante, especialmente cuando el otro es percibido como hostil o ajeno a nuestras creencias. Sin embargo, es precisamente en estos momentos cuando la ética de la hospitalidad cobra un significado aún mayor: nos llama a considerar la posibilidad de ser transformados por el encuentro genuino con lo otro, reconociendo que en la apertura y la generosidad reside la verdadera riqueza de nuestra humanidad.

Frente a este dilema ético, la hospitalidad genuina se presenta como un faro de luz en la oscuridad de la intolerancia y el miedo. Solo a través de la apertura y el diálogo es posible construir un mundo donde la diversidad sea celebrada y donde cada individuo encuentre un espacio para ser verdaderamente escuchado y comprendido.

La puerta abierta de la morada

En un mundo donde las certezas se desdibujan y las fronteras entre lo conocido y lo ajeno se difuminan, la noción de hospitalidad surge como una referencia frente a la incertidumbre. Abrir la puerta de la morada al extranjero puede desarmarnos en nuestras creencias y percepciones; pero, también, la metáfora de la “tienda en el desierto” nos evoca a un espacio abierto y acogedor, allí donde el acto de la hospitalidad sucede, trasciende el amor al prójimo y nos desafía a alojar al otro en su diferencia y necesidad.

Situar los interrogantes nos permite desarmar los relatos y dar lugar a una comprensión de las relaciones de poder puestas en juego que producen y reproducen desigualdades, condicionando y determinando identidades, experiencias vitales, oportunidades, opresiones y privilegios.

Cada pregunta nos enfrenta a un espejo incómodo, pero necesario. Nos invita a pensar en nuestras acciones cotidianas, en cómo interactuamos con los otros y en cómo participamos de lo colectivo, la matriz a partir de la cual se construyen los vínculos sociales. Como señala Jorge Alemán, el vínculo social no surge a partir de un fundamento compartido, sino como suplemento en la interacción entre la soledad y lo común.

Las palabras de Eric Sadim resuenan con fuerza: “Hay que salir a la calle, hay que volver a encontrarse, a construir comunidad, a mirarnos a los ojos”. Y es que en tiempos donde la individualidad parece imponerse como norma, el llamado a reconstruir la fe en lo colectivo y en el proyecto histórico de los vínculos, como nos propone Rita Segato, se vuelve imperativo. Estamos puestos a elegir entre un proyecto histórico dirigido por la meta del vínculo como realización de la felicidad o, uno dirigido por la meta de las cosas como forma de satisfacción. “Aunque vivamos inevitablemente de forma anfibia, con un pie en cada ca-

mino, una contra-pedagogía de la crueldad trabaja la conciencia de que solamente un mundo vincular y comunitario pone límites a la cosificación de la vida” (Segato, 2024).

¿Qué nos hace desear demencia y abandonar al otro en la intemperie de la vida cotidiana? ¿Podremos ser esa especie de tienda abierta en el desierto frente a la necesidad urgente de mirarnos, escucharnos y atendernos mutuamente; incluso cuando nuestras diferencias y fastidios parezcan insuperables? ¿Pueden las profesiones sanitarias escapar a una toma de posición respecto del compromiso social en relación a recomponer la fe, la red y la ley, en una sociedad cada vez más rota y fragmentada? ¿Vamos a potenciar tramas intersubjetivas que alojen dejando abierta la puerta de la morada?

Les proponemos un viaje donde la hospitalidad sea tomada como acto de resistencia frente a la intemperie; el acto de abrir nuestras tiendas para recibir al otro, para dejarnos transformar y para reconstruir juntos el tejido social común que nos sostiene.

“Un abismo se ha abierto entre las palabras y los gestos, fisura por donde pueden hacer su emergencia la gratuidad, la plurivalencia sensorial y la dinámica sacra que nos coloca de nuevo ante la doble tentación de la ternura y la violencia. Exhaustos, a punto de desfallecer, amancebados con la melancolía y sin fuerzas para convencer a las multitudes de grandes proyectos, creemos posible apostarle todavía a la ternura, especie de revolución molecular de las rutinas de la vida cotidiana que en principio no tiene por qué comprender un espacio mayor al que logramos abarcar con la mano extendida. Entre otras cosas, porque tratándose de ternura, no tiene sentido pretender ir más allá del cuerpo.”

(Restrepo, 1994, p.188-189) ■

[Recibido 15/06/24 - Aprobado 10/07/24]

Referencias

- Arias, Anabel. (2022). De Brujas y Nudos. La narración en nuestras prácticas. En Aussière, M. R., Monzón, A., Spampinato, S. y Testa, D. (Eds.) *De amuletos y Artificios. Reflexiones Situadas en clave feminista*. (p. 173-182). Editorial La Hendija.
- Aleman, J. (2016). *Soledad:Común. Políticas en Lacan*. 1ª ed. 2ª reimp. Capital intelectual.
- Chali, E. (2024). Fingir Demencia. *Revista Anfibia*. [<https://www.revistaanfibia.com/fingir-demencia/>]
- Estamos Jugados. (2024). Abandonados: Cada vez hay más gente viviendo en la calle. *C5N*. [<https://www.youtube.com/watch?v=Zx533XHs5ME>]
- Ferrari, M. (2024). “Una cena a puertas abiertas”. *Página 12*. [<https://www.pagina12.com.ar/742499-una-cena-de-puertas-abiertas-en-la-catedral-otro-fuerte-gest/>]

- Herrero, M. (2018). Políticas de la hospitalidad en el pensamiento de Jacques Derrida. *Revista de Estudios Políticos*, 180, 77-103. doi: <https://doi.org/10.18042/cepc/rep.180.03>
- Restrepo, L. C. (1994). *El derecho a la Ternura*. Arango Editores. Colombia.
- Sadin E. (2024). Entrevista para La Ley De La Selva. [<https://youtu.be/TNqjTj0-wHk?si=zH4VqvbO1MwcRZp9>]
- Segato, R. (2022). Crueldad: pedagogías y contra-pedagogías. *Lobo Suelto*. <https://lobosuelto.com/crueldad-pedagogias-y-contra-pedagogias-rita-segato/>
- Sztajnszrajber, D. (2022). *La hospitalidad*. Demasiado Humano - Ep.29 T7. Futurock FM. [video]. Youtube. <https://youtu.be/daxjH-QEeCY4?si=sYiP8CiZelhn58R1> [video].
- Stolkiner, A. (2024). Salud mental en tiempos hostiles. *Revista Acción*. <https://youtu.be/K7RVD84HLhk?si=Pi2oiNvsYNTKH85>
- Observatorio Deuda Social. Universidad Católica Argentina. *Argentina (2004-2023): un régimen inflacionario crónico de empobrecimiento y mayor asistencia social*. [Archivo pdf] https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Presentaciones/2024/Observatorio_CARITAS_presentacion_3-06-2024.pdf

Cómo citar esta editorial:

Spampinato, S. B. (2024). La hospitalidad como resistencia . *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 4-8.

María Agostina Ciampa

Lic. en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires), Dra. en Psicología (Universidad Maimónides), maestranda en Docencia Universitaria (Universidad de Buenos Aires). Docente en grado y posgrado en universidades tanto públicas como privadas. Referente del Área de Trabajo de Fundación Multipolar.

agostina.ciampa@gmail.com

Ana Lis Roldán

Lic. en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires), Lic. en Musicoterapia (Universidad de Buenos Aires), maestranda en Docencia Universitaria (Universidad de Buenos Aires). Docente en grado en Terapia Ocupacional Universidad de Buenos Aires y posgrado de actualización Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Ex- Residente de Terapia Ocupacional de la Provincia de Buenos Aires, Hospital Interzonal General de Agudos "San Martín". Terapeuta Ocupacional de Planta en Hospital Italiano de Buenos Aires. Terapeuta Ocupacional de Planta Hospital Dr. Parmenio Piñero.

analisroldan@gmail.com

Resumen

Introducción: La docencia implica una tarea compleja y con una demanda en aumento. La docencia en Terapia Ocupacional (TO) atravesó distintos momentos hasta que la carrera adquirió carácter universitario a finales de 1960. Desde entonces, el crecimiento de universidades tanto públicas como privadas que dictan la carrera de TO ha ido en ascenso, contando actualmente con veinte casas de estudio en distintas partes del país. Existe una preocupación empírica acerca de las condiciones docentes de TO. **Objetivo:** conocer aspectos vinculados con las condiciones contractuales y el estado de situación de los cargos de docentes de la carrera de Terapia Ocupacional en las universidades donde se dicta en la República Argentina. **Método:** se realizó una encuesta breve dirigida a docentes de carreras de grado de TO entre septiembre y octubre del 2023 respecto de sus condiciones contractuales y motivaciones. Para ello, se seleccionó un enfoque mixto concurrente. Los datos cuantitativos tienen un análisis descriptivo, mientras que los cualitativos un análisis cualitativo genérico. **Resultados:** de un total de 211 encuestas recibidas, la mayoría ejerce en el ámbito privado con un contrato por horas, ocupando a menudo un cargo titular. Un 27% realiza investigación y un 32% actividades de extensión, más de un 40% lo realiza sin financiamiento específico. Respecto a la motivación por la docencia, la mayoría identificó la posibilidad de influenciar futuras generaciones y formar parte del ámbito académico. Sólo un 1,4% expresó realizar la tarea por la remuneración. En este sentido, se recogieron comentarios sobre la precarización laboral y la baja remuneración en función de la tarea realizada. **Conclusiones:** las condiciones laborales no condicen con el grado de compromiso y responsabilidad que demanda la tarea en docentes de la carrera de TO, con mayor prevalencia en las universidades privadas que en las públicas. Existe una preocupación creciente sobre las posibilidades de formación, investigación y desarrollo de extensión.

Palabras clave: Universidad, enseñanza universitaria, Terapia Ocupacional, condiciones de trabajo.

Abstract

Introduction: Teaching involves a complex and increasingly demanding task. Teaching in Occupational Therapy (OT) went through different stages until the degree course acquires university character at the end of 1960. Since then, the number of both public and private universities offering OT courses has been increasing, and there are currently twenty universities in different parts of the country. There is an empirical concern about O.T. teaching conditions. **Method:** a brief survey was conducted among TO undergraduate teachers between September and October 2023 regarding their contractual conditions and motivations. A mixed concurrent approach was selected for this purpose. We used a descriptive analysis for the quantitative data and a generic qualitative analysis for the qualitative data. **Results:** of a total of 211 surveys received, the majority are in the private practice with an hourly contract, often holding a tenured position. 27% carry out research and 32% carry out extension activities, more than 40% do so without a specific budget. Regarding motivation for teaching, the majority identified the possibility of influencing future generations and being part of the academic field. Only 1.4% expressed doing the job for the remuneration, while on the other hand, comments were received about job insecurity and low remuneration in relation to the task performed. **Conclusions:** It is evident that working conditions do not match the degree of commitment and responsibility required of O.T. teachers, with greater prevalence in private universities than in public universities. There is growing concern about the possibilities of training, research and extension development.

Keywords: Universities, public education, private education, Occupational Therapy, working conditions.

Introducción

El desempeño como docente en la universidad implica varias dimensiones a tener en cuenta ya que es una situación laboral compleja, en un contexto de trabajo, social y político determinado, cuyo nivel de demanda y exigencias se ve en aumento, pero ¿Cuáles son las características de las condiciones laborales docentes que retribuyen esta tarea?

La Terapia Ocupacional (TO) llega como profesión a la Argentina en la década del '50. Según describen Nabergoi y equipo (2013), la formación de TO en Argentina tuvo 3 momentos: entre 1957 y 1961 llegan al país los primeros cursos y se crea la única carrera de TO en el país; entre 1962 y 1966 el segundo período en el que la propuesta de formación comienza a ser revisada y contextualizada, y el tercer período comprendido entre 1967 y 1976, cuando se crea la carrera de TO en la Universidad Provincial de Mar del Plata en 1968. Fue a partir de ese momento que los estudios de TO se vincularon al sistema universitario, pero según Bottinelli *et al.* (2016) la disciplina experimentó un crecimiento exponencial en los últimos años en Argentina, multiplicándose los espacios de formación y el número de alumnos y profesionales, consolidando el nivel de grado. En la actualidad existen 20 universidades donde se dicta la Licenciatura en TO, tanto en universidades nacionales de gestión estatal (8), como privada (12) (AATO, 2023). En la Tabla 1 se puede observar el listado de universidades y sedes que dictan la carrera de Terapia Ocupacional.

Tabla 1. Listado de Universidades y sedes que dictan la Licenciatura en Terapia Ocupacional en el Territorio Argentino en el año 2023.

Universidades de gestión pública	Universidades de gestión privada
Universidad de Buenos Aires (UBA)	Universidad Abierta Interamericana (UAI), sedes CABA, Rosario y San Nicolás
Universidad del Chubut (UDC)	Universidad Católica Argentina (UCA)
Universidad Nacional del Litoral (UNL)	Universidad Católica de La Plata (UCALP), sedes La Plata y Bahía Blanca
Universidad Nacional de La Rioja (UNLaR)	Universidad Católica de Salta (UCASal)
Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP)	Universidad Católica de Córdoba (UCC)
Universidad Nacional de Quilmes (UNQ)	Universidad Católica de Cuyo
Universidad Nacional de San Martín (UNSAM)	Universidad Católica de Santa Fe (UCSF), sedes Rafaela y Reconquista
Universidad Nacional de Villa María (UNVM)	Universidad Gastón Dachary
	Universidad del Gran Rosario (UGR), sedes Rosario y Venado Tuerto
	Universidad Juan Agustín Maza (UMAZA), sedes Ciudad de Mendoza y San Rafael
	Universidad Santo Tomás de Aquino (UNSTA)
	Universidad del Salvador (USAL)

Analizando esta información en el contexto nacional, se observa una relación con el crecimiento a nivel nacional del sistema universitario, con un aumento de instituciones privadas (64) por sobre las instituciones estatales nacionales (61) y provinciales (6) a nivel general en la República Argentina (Ministerio de Educación, 2022).

Resulta importante comentar que, en sus inicios, la formación de TO era mayoritariamente pública y gratuita, mientras que en los últimos años se ha desarrollado de manera exponencial en las universidades privadas. Según la Síntesis de Información y Estadísticas Universitarias 2021-2022 (Ministerio de Educación, 2022), en todas las provincias de nuestro país existe al menos una institución de gestión estatal, mientras que las instituciones de gestión privada se concentran en las zonas de mayor densidad poblacional. No obstante, la oferta académica pública de TO no obedece a esta distribución regional en el país (AATO, 2023).

La formación de terapeutas ocupacionales en Argentina está reglamentada bajo la Ley de Educación Superior (1995). En la Resolución 1485/2021 el Título de Licenciado/a en Terapia Ocupacional fue incluido en el Artículo 43 de la mencionada Ley junto con otros títulos, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público, poniendo en riesgo la salud, la seguridad y los bienes de los habitantes de la nación. En este Artículo se establece que los planes de estudio de todas las carreras incluidas en su nómina, deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades y por otro lado, que las carreras de dichas disciplinas, en la República Argentina, deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas. Dicha inclusión, fue dada luego de muchos años de gestión de las Asociaciones y el Consejo de Carreras de TO (COCATO) (Albino, 2022).

Respecto a las condiciones laborales en la docencia universitaria en Terapia Ocupacional, el decreto 1470/98 da marco legal a las obligaciones docentes, el perfeccionamiento docente, las cargas horarias, la planta docente, entre otros temas vinculados en conformidad con lo presentado por el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) y los sectores gremiales que representan al personal docente de universidades nacionales. Este decreto establece un programa de reforma y reestructuración laboral en el ámbito de las universidades nacionales según acuerdos y negociaciones colectivas dadas las responsabilidades indelegables que el Estado Nacional tiene en dichas temáticas, conforme lo impone el artículo 75, inciso 19 de la Constitución Nacional (1994).

En el Anexo I del mencionado decreto se establecen 4 categorías de cargos docentes: Profesor Titular, Profesor Asociado,

Profesor Adjunto y Docentes Auxiliares, compuestos por Jefe de Trabajos Prácticos, Ayudante de Primera y de Segunda. Se aclara aquí que en caso de que alguna universidad tenga categorías docentes no mencionadas por el Anexo, deberán presentarse ante la Comisión Negociadora del Nivel General.

Respecto al perfeccionamiento docente, el decreto 1470/98 establece que las universidades nacionales deben garantizar a sus docentes la posibilidad de realizar actividades de formación y perfeccionamiento gratuito para las tareas que cumplen. Según el Artículo 73 de la Ley de Educación Nacional N°26.206/2006, la política nacional de formación docente tiene por objetivo jerarquizar y revalorizar la formación de las/los docentes, como factor elemental para garantizar la calidad de la educación.

Con respecto a la carga horaria de trabajo, el decreto 1470/98 determina que en ningún caso se podrán exceder las 50 horas de trabajo semanal y propone denominaciones tipo: exclusiva (40 o más horas), semiexclusiva (20 a 22 horas) y simple (10 a 12 horas). Cada universidad podrá adecuar la propuesta a su organización académica siempre y cuando asegure la homogeneidad en el trato laboral y salarial de las/los docentes respecto al resto de docentes universitarios.

En cuanto a la estructura salarial, en el mismo decreto se proponen salarios básicos para cada una de las categorías diferenciándose por la formación y responsabilidades que afectan a cada una, además de tenerse en cuenta el tipo de dedicación horaria de cada cargo. En relación, el Artículo 64 de la Ley N°26.206/2006 establece que las/los docentes con títulos reconocidos oficialmente de las instituciones de educación de gestión privada reconocidas tendrán derecho a una remuneración mínima igual a la de las/los docentes de instituciones de gestión estatal.

El convenio colectivo de trabajo para docentes de las instituciones universitarias nacionales tiene como objetivo lograr el reconocimiento efectivo de los derechos y obligaciones laborales (Convenio Colectivo para Docentes de las Instituciones Universitarias Nacionales, 2019). En éste, además de mencionar los diferentes tipos de cargo, se describe el carácter del personal docente siendo ordinarios o regulares aquellos que ingresan a carrera por concurso público abierto; interino quienes son designados con debida fundamentación sin haber participado de un concurso abierto; suplentes quienes también sean designados arbitrariamente por la universidad; extraordinarios como aquellos docentes con designación excepcional.

No obstante, según lo establecido en el Artículo 11 de la Ley de Educación Superior N° 24.521/1995, son derechos de las/los docentes de las instituciones estatales de educación superior el acceso a la carrera académica mediante concurso público y abierto de antecedentes y oposición, la participación en el gobierno de la institución a la que pertenecen, la posibilidad de

actualizarse y perfeccionarse de modo continuo a través de la carrera académica y la participación en la actividad gremial.

El Artículo 12 de dicha Ley, determina que los deberes de docentes de las instituciones estatales de educación superior son observar las normas que regulan el funcionamiento de la institución a la que pertenecen; la participación en la vida de la institución cumpliendo con responsabilidad su función docente, de investigación y de servicio y la actualización en su formación profesional y cumplimiento con las exigencias de perfeccionamiento que fije la carrera académica.

Respecto a las condiciones docentes en universidades privadas, en el Artículo 31 de la Ley N° 13.047/1947, establece que será el Consejo Gremial de Enseñanza Privada el que fiscalice las relaciones emergentes del contrato de empleo privado en la enseñanza y la resolución de las cuestiones relativas al sueldo, estabilidad, inamovilidad y condiciones de trabajo del personal. Según el Artículo 7 de la misma Ley, el personal directivo, docente, docente auxiliar, administrativo, de maestría y de servicio de todos los establecimientos privados de enseñanza tienen derecho a la estabilidad, al sueldo y salario mínimo, a la bonificación por antigüedad y a la inamovilidad en la localidad, salvo conformidad escrita del interesado.

Por otra parte, el Decreto 457/2007 establece las pautas para el convenio marco concerniente a todas las personas que trabajen como docentes en el Sistema Educativo Nacional, incluyendo a la educación superior, según lo establecido en el Artículo 10 de la Ley N° 26.075/2006. Dicho decreto comprende cuestiones laborales generales tales como la retribución mínima y condiciones de trabajo tales como las condiciones de ingreso a carrera docente, calificación y capacitación del personal, derechos sociales y previsionales, representación y actuación sindical; entre otras.

La Resolución 01/2014 publica el Acta Acuerdo en la que se establece la Comisión Negociadora de Enseñanza Privada (CONEP) como ámbito de negociación entre las partes involucradas, reconoce al Sindicato Argentino de Docentes Particulares (SADOP) como personería gremial, registro de contratos a plazo determinado y la estabilidad del aporte estatal.

Respecto a la agrupación gremial, SADOP sería el responsable de agrupar y representar con alcance federal a toda persona que ejerza en establecimientos educativos privados, no abarcando únicamente universidades, sino también otros niveles (SADOP, s.f.). Al navegar el sitio de internet de dicho sindicato, la última actualización de paritarias data de diciembre del 2023 para los siguientes cargos: rector nivel superior docente, vicerrector o director de estudios, secretario, profesor jefe de trabajos prácticos, profesor asistente de trabajos prácticos, prosecretario, bedel, bibliotecario superior, ayudante de clases prácticas, ayudante de trabajos prácticos, hora cátedra, y luego los cargos específicos para enfermería exclusivamente

e instructor 36 horas cátedras (SADOP, 2024). Se observa aquí una diferencia con los cargos establecidos para las universidades nacionales, no encontrándose discriminado el cargo de profesor/a titular, asociado/a, adjunta/o.

No obstante, existe en la literatura una preocupación sobre la disponibilidad de concursos en las universidades nacionales y la tensión entre las necesidades académicas y la disponibilidad presupuestaria, desarrollada particularmente por Ana García de Fanelli y Marina Mognillansky (2009). Por su parte, Claverie (2012) describe la incertidumbre, la frustración y el desaliento que generan las escasas posibilidades de movilidad en la carrera docente. García de Fanelli (2009) también enuncia que “es clave en tal sentido, que los profesores y auxiliares docentes estén satisfechos con la remuneración que perciben en tanto ésta es acorde con la responsabilidad, compromiso y calidad de la tarea desempeñada en cada caso” (p. 11).

En relación a esto último, Coulon (en Walker, 2017) describe que la inestabilidad laboral debilita los vínculos con otros, el compromiso con la universidad y dificulta la afiliación institucional, sobre todo para quienes recién comienzan. Vinculado con quienes comenzaron recientemente la labor, Claverie (2012) identifica una gran concentración de docentes en lo que denomina la “puerta de entrada”. Lejos de poder acceder a la docencia a través del mecanismo formal de concurso abierto de antecedentes y oposición, estos docentes trabajan varios años ad honorem o como docentes interinos para poder en algún momento acceder a un cargo concursado. La autora agrega que formar parte del cuerpo docente genera otro tipo de retribución, no económica, como por ejemplo, otorga prestigio, permite profundizar y actualizarse en la formación de la disciplina y estar contactados con referentes del campo. No obstante, se deben tener en cuenta todas estas dimensiones ya que la satisfacción sobre la remuneración impacta positivamente sobre la motivación, el desempeño y el compromiso con la organización, mientras que la insatisfacción incrementa ausentismo y rotación del personal a la vez que disminuye la motivación (García de Fanelli, 2009).

Otro fenómeno que dificulta la afiliación institucional es el de “profesor taxi” descrito por García de Fanelli (2009, p.16), haciendo referencia a la necesidad de profesores de dar clases en más de una universidad, yendo de un lugar a otro, para alcanzar salarios que les permitan autonomía económica. Esto condice con lo que describen Marquina y Rebello (2011) como una de las características de la profesión académica argentina: el bajo nivel de los salarios.

En relación con las tareas, Marquina y Rebello (2011) identifican que la mayoría de profesores a tiempo parcial en América Latina no realizan investigación junto con la enseñanza, lo cual se vincula nuevamente con el bajo nivel del salario docente.

Nos propusimos entonces conocer aspectos vinculados con las condiciones contractuales y el estado de situación de los cargos de docentes de la carrera de Terapia Ocupacional en las universidades donde se dicta en la República Argentina.

Método

El presente estudio fue realizado para la presentación del trabajo final del seminario “El oficio del docente universitario: Configuración y condiciones del trabajo académico” perteneciente a la Maestría de Docencia Universitaria de la Universidad de Buenos Aires, que nos encontramos cursando ambas autoras. Se elaboró un diseño mixto concurrente con un alcance descriptivo para datos cuantitativos, y un análisis cualitativo genérico para los datos cualitativos (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018). El instrumento consistió en una breve encuesta que permitió conocer las condiciones contractuales de trabajo en docentes de carreras de grado de TO de la República Argentina con preguntas abiertas y cerradas. Se circuló la encuesta entre septiembre y octubre del 2023. La participación fue totalmente voluntaria y anónima, para lo cual no se incluyeron datos filiatorios ni el nombre de la universidad donde se desempeñan las/los docentes. En caso que la/el docente impartiera clases en más de una asignatura y/o universidad, le solicitamos que completara un formulario por cada cargo docente. En dicha encuesta, se preguntaba si se desempeñaba en una universidad pública o privada, formación y años de experiencia docente, especificaciones del cargo, dedicación y participación en actividades de investigación y/o extensión con o sin presupuesto.

A fin de definir las categorías, se usó el mencionado Decreto 1470/98, a partir del cual se establecieron las categorías docentes y la dedicación horaria para docentes de las Universidades Nacionales. Si bien nuestra encuesta no estaba dirigida sólo a docentes de tales universidades, nos resultó ordenadora la propuesta, conociendo que algunas universidades privadas también cuentan con las categorías titular, adjunta, ayudante. Tomamos de Claverie (2009), quien a partir del Decreto 1470/98, define dos categorías principales: profesores y auxiliares docentes. Dentro de profesores, señala las subcategorías de titulares, asociados y adjuntos. Mientras que, dentro de auxiliares, ubica a jefes de trabajos prácticos, ayudantes de 1ra y ayudantes de 2da, también conocidos como ayudante alumno. No obstante, cada universidad es autónoma y tiene la posibilidad de adherir a estas categorías o establecer la propia (Claverie, 2009). Es por ello que en nuestra encuesta también sumamos la posibilidad del trabajo por horas como figura en la grilla salarial según SADOP y la opción de “otros” para poder recopilar todas las opciones posibles.

Por último, se preguntó acerca de la motivación para dedicarse a la docencia universitaria y se realizó una pregunta abierta a reflexiones personales sobre la labor docente.

Resultados

En total, se obtuvieron doscientas once (211) respuestas. Considerando el universo de docentes de las carreras de TO en el 2do cuatrimestre del año 2023, se preguntó a las distintas coordinaciones de las carreras por el número de docentes, ya sean con renta o ad honorem. Se obtuvo una tasa de respuesta del 65% respecto al total de las universidades consultadas. En total, se reportaron 699 designaciones docentes, por lo cual la presente muestra constituye un 30% del total reportado por el 65% de las universidades que dictan la carrera de Terapia Ocupacional.

El 42,4% (89) trabaja en universidades públicas y el 57,8% (122) en universidades privadas. Respecto a la antigüedad docente, el mayor grupo (26,1%) tiene entre 10 y 20 años de experiencia, seguido por quienes tienen menos de 5 años, y entre 5 y 10 años (25,1% cada grupo). Mientras que un 5,7% tiene más de 30 años de experiencia y, por último, un 4,7% da clases desde hace menos de 1 año. Del último grupo, 9 de 10 lo hacen en universidades privadas.

Si bien la mayoría refirió conocer cuál es su cargo docente (94,8%), nos llamó la atención que 11 participantes (5,2%) desconocían cuál es su cargo, 8 de los cuales se desempeñan en el ámbito privado. Respecto al tipo de cargo, la mayoría (51,7%) refiere estar contratado, el 25,6% ha concursado su cargo, un 13,7% tiene un nombramiento interino y un 5,2% trabaja ad honorem. Aquí también llama la atención que un 3,3% desconoce el cargo que tiene asignado y 1 persona (0,5%) refiere ser monotributista en una universidad privada. De quienes desconocen su cargo, 5 de 7 trabajan en la universidad privada. De los cargos concursados, 45 de 54 lo hicieron en la universidad pública, mientras que, de los contratados, 91 de 109 se desempeñan en el ámbito privado.

Respecto a la dedicación horaria, encontramos que sólo un 3,8% tiene una dedicación exclusiva sólo en la universidad pública, un 15,2% una semiexclusiva (28 de 32 en la universidad pública) y el 29,9% una dedicación simple (41 de 63 en la universidad pública). El mayor grupo (47,9%) trabaja por horas, haciéndolo 90 de 101 en el ámbito privado y nuevamente, un 3,3% desconoce su dedicación (6 de 7 en la universidad privada).

Siguiendo con las obligaciones docentes, un 39,3% es titular de la materia, 63 de 83 personas trabajan en el ámbito privado, el 23,7% es adjunta, un 15,6% jefe de trabajos prácticos, un 14,2% ayudante de 1ra o 2da, la mayoría de las cuales se desempeñan en la universidad pública (21 de 30). Esta vez, sólo un 2,8% desconoce su categoría.

Resulta interesante cruzar los datos de la categoría docente con la dedicación horaria, allí encontramos que la mayoría de titulares y asociados, tiene un contrato laboral por horas y sólo 5 una dedicación exclusiva. Dentro de la categoría adjunta, 20 colegas trabajan también por horas, mientras que 17

lo hacen con una dedicación simple. En la Tabla 2 se pueden observar los datos totales de dicho entrecruzamiento.

Tabla 2. Categoría docente por dedicación horaria.

		Dedicación horaria				
		Exclusiva	Ns/Nc	Por horas	Semi exclusiva	Simple
Categoría docente	Adjunta	3	1	20	9	17
	Asociada	0	0	5	1	3
	Ayudante de 1ra	0	1	6	3	17
	Ayudante de 2da	0	0	1	0	2
	Jefa/e de Trabajos Prácticos	0	4	11	6	12
	No sabe	0	0	3	2	1
	Titular	5	1	55	11	11
Total		8	7	101	32	63

Del total, sólo el 27% realiza investigación como parte de su trabajo en la universidad. De ellos, el 58,1% cuenta con presupuesto para dicha tarea, haciéndolo la mayoría en la universidad pública.

El 32,7% participa en actividades de extensión universitaria. Entre ellos, el 55,7% cuenta con presupuesto para esta actividad.

En la Tabla 3 se pueden observar los datos totales diferenciados por quienes se desempeñan en universidades públicas o privadas.

Respecto a la formación vinculada con la actividad docente, el 39,3% (83) realizó cursos, el 27% (57) estudió una especialización en la temática, el 15,6% (33) no realizó ninguna formación específica. En el Gráfico 1 se encuentran representados los porcentajes totales.

Respecto a lo que más les gusta del trabajo docente el 73,2% (153) refirió la posibilidad de poder influenciar a las próximas generaciones de profesionales, el 54,5% (114) ser parte del ámbito académico de la profesión, el 46,4% (97) sentir la constante necesidad de actualización bibliográfica, el 28,7% (60) el seguir involucrada con la producción de conocimientos mediante la investigación. En último lugar, sólo el 1,4% (3) refirió estar conforme con la remuneración.

Adicionalmente a las opciones establecidas en la encuesta, las/los docentes hicieron mención al contacto con estudiantes y la contribución a su proceso de aprendizaje. Al respecto, una participante escribió: "la relación interpersonal con los estudiantes que siempre retroalimenta nutre y enriquece a ambos: educadores y alumnos". Por otro lado, hubo docentes que entendían la tarea como un acto social y valoraban la posibilidad de cuestionar y cuestionarse a la vez que promover el razonamiento crítico, una de ellas refirió "interpelar mi

práctica profesional, docente y ciudadana todo el tiempo". Otra persona hizo hincapié en "el aporte a reflexión crítica, al diálogo y a la construcción de saberes colectivos". También hubo docentes que valoraron el intercambio con otros docentes, con colegas de otras universidades e incluso de otros países, tanto en lo referente a la docencia, como a la investigación incluida la dirección de tesis. Sobre ello, una persona manifestó: "me parece que busco el desarrollo de habilidades para la investigación, como así también el poder instalar una actitud crítica respecto al saber y el saber hacer. El por qué y desde dónde. Dado que todo conocimiento científico es limitado".

Tabla 3. Resultados totales de la encuesta a docentes de TO.

	Universidades públicas	Universidades privadas
	89 (42,2%)	122 (57,8%)
Años de experiencia		
Menos de 1	1	9
Entre 1 y 5	14	39
Entre 5 y 10	15	38
Entre 10 y 20	32	23
Entre 20 y 30	20	8
Más de 30	7	5
Cargo docente		
Concurado	45	9
Nombramiento interino	15	14
Contratado	18	91
Ad honorem	9	2
Desconocido	2	5
Dedicación horaria		
Exclusiva	8	0
Semiexclusiva	28	4
Simple	41	22
Por horas	11	90
Desconocido	1	6
Obligaciones docentes		
Titular	20	63
Asociado	3	6
Adjunto	23	27
Jefe/a de Trabajos Prácticos		
Ayudante de 1ra	20	7
Ayudante de 2da	1	2
Desconocido	5	1
Realiza investigación		
Con presupuesto	27	9
Sin presupuesto	12	9
Actividades de extensión universitaria		
Con presupuesto	25	14
Sin presupuesto	15	15

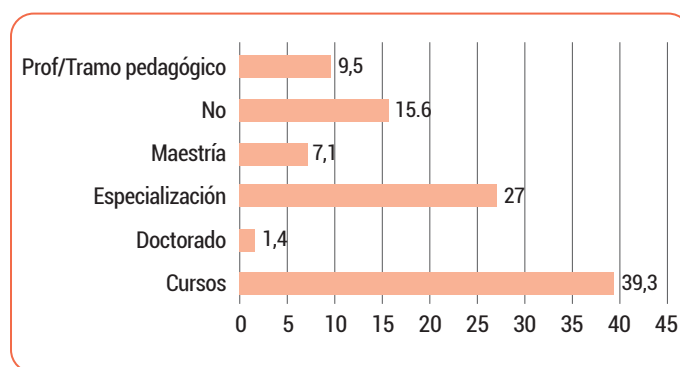


Gráfico 1. Formación vinculada con la tarea docente.

El tema más repetido en las preguntas abiertas está vinculado con la precarización laboral de docentes, ya sea porque la retribución económica no condice con las exigencias del puesto, o por la falta de concursos o de posibilidades de promoción en la carrera docente y la necesidad del pluriempleo para sostener la tarea. Al respecto, una persona escribió "la remuneración no tiene relación con el gran trabajo que realizamos" y otra:

He trabajado sin remuneración un tiempo, como todos los docentes. O bien solo me sirvió para pagar el viático del mes. Así que en Argentina, algunos no estamos por la remuneración. Esa es una deuda que las universidades tienen con sus docentes.

En este apartado se repite la diferencia entre universidades públicas y privadas, tal como establece la siguiente cita "la universidad privada es muy incoherente en la remuneración docente."

Agregan que al realizar proyectos de investigación y/o extensión con presupuesto, el mismo resulta insuficiente para cubrir todos los gastos inherentes al proyecto, manifestando:

Si bien la universidad en la que trabajo destina fondos para extensión e investigación, no siempre son suficientes o en ocasiones quedan desactualizados dada la inestabilidad de la economía de nuestro país, lo que influye considerablemente en las posibilidades de ejecutar acciones más importantes en extensión e investigación.

Otras personas hicieron mención a la vocación y la pasión que les significaba la tarea docente. Al respecto, una participante comentó "la docencia es una verdadera vocación el transmitir los conocimientos a las nuevas generaciones es un acto de generosidad y aporte al bien común de la humanidad". Otra persona agregó:

El gusto y pasión por la docencia no se termina de expresar en los indicadores que son propuestos. Hay algo que se siente dentro del aula que no se explica tan simplemente. Tal vez tiene que ver con sentir que se aporta a la construcción del ser del otro y que en ese proceso es posible hacer, sentir y pensar con los alumnos. En esto se pone en juego una magia especial, única, que sólo la otorga el aula.

Fueron numerosos los mensajes de felicitaciones y agradecimientos por la encuesta realizada, como el siguiente “Excelente iniciativa! Seguramente este estudio podrá visibilizar las condiciones de nuestra labor docente como punta de partida para valorar las que la favorecen y propiciar mejoras en las que se necesiten”, lo que nos lleva a pensar en la necesidad y la importancia de visibilizar y socializar las problemáticas vinculadas con la tarea docente en grado en Terapia Ocupacional en Argentina.

Discusión

La Síntesis de Información y Estadísticas Universitarias 2021-2022 (Ministerio de Educación, 2022) publica datos arrojados por las Universidades Nacionales. A fin de ubicar nuestros datos en este contexto, se comparan los resultados obtenidos de universidades nacionales. La cantidad de cargos docentes universitarios según dedicación en el año 2022 fue de 10,3% exclusivo (21.931) mientras que en TO encontramos que sólo un 3,8% tiene una dedicación exclusiva, marcándose también una diferencia entre los de dedicación simple a nivel general 69,0% (147.432) y sólo el 29,9% una dedicación simple en TO. Por otra parte, los cargos semiexclusivos no muestran una diferencia significativa, siendo un 17,4% (37.189) contra un 15,2% en TO. No es posible contextualizar los resultados de universidades privadas dado que no se encontró un registro público de tales estadísticas.

Respecto a las categorías docentes en las universidades nacionales basadas en lo mencionado por el decreto 1470 de 1998 y a diferencia de los datos presentados por García de Fanelli (2009), en la distribución de cargos docentes universitarios en TO en universidades públicas prevalece un 51,68% de profesores contra el 42,7% de auxiliares, mientras que en universidades privadas encontramos un 78,69% de profesores y un 20,49% de auxiliares. Estos valores evidencian una diferencia entre instituciones públicas y privadas ya que es en estas últimas donde la figura del titular cobra más reconocimiento nominal. Sin embargo, es importante considerar el gran porcentaje de titulares que ejercen en las universidades privadas con unas condiciones laborales que no condicen con las tareas y la responsabilidad del cargo.

Se considera que, de las condiciones laborales diversas entre docentes de TO, resultan preocupantes varios aspectos. Por un lado, la inclinación hacia puestos de trabajo cuya remuneración es por horas, considerando las horas de trabajo que se está frente al aula y no el tiempo total que se dedica a la tarea docente, aun ocupando cargos titulares. En contraposición, también resulta llamativo que menos de un 20% tiene cargos exclusivos y semiexclusivos. Resulta evidente entonces que la mayoría de docentes de grado en Terapia Ocupacional en Argentina trabajan más horas que las establecidas por contrato.

Otro punto a destacar sobre la carrera docente en TO es que sólo un 25% de quienes respondieron habían concursado sus cargos. Esto no es nuevo ni se da sólo en TO, dado que coincide con la preocupación sobre la disponibilidad de concursos desarrollada por García de Fanelli y Moguillansky (2009). A su vez, se observa el problema del acceso y la promoción en los cargos docentes a partir del mencionado bajo número de cargos concursados y la prevalencia del trabajo por horas o con una dedicación simple. Sería interesante realizar un estudio longitudinal sobre el acceso a cargos docentes y promociones en grado en Terapia Ocupacional.

Si bien fue un número pequeño, sorprende que haya docentes que desconocen las características de su cargo y las posibilidades vinculadas al perfeccionamiento, la investigación y extensión universitarias. Se pone de relevancia la necesidad de una mayor socialización de la información relacionada con las posibilidades de acceso a la carrera docente y características contractuales.

Respecto de la curva de experiencia docente, la misma se encuentra distribuida, aunque se observa una mayor presencia de docentes con menor antigüedad en el ámbito privado que en el público. Esto se vincula con el concepto de *puerta de entrada* desarrollado por Claverie (2012) en los cargos ad honorem o interinos tanto en universidades públicas como privadas. Surge el cuestionamiento entonces si este alto porcentaje de recientes docentes en universidades privadas se debe a la flexibilización de condiciones laborales en la sociedad posmoderna (condiciones salariales bajas que no reconocen ni valoran la antigüedad, escasas exigencias respecto a la formación docente, entre otras), o si está vinculado con las posibilidades de acceso a la carrera docente. En este sentido, pareciera que tal como establece Claverie (2012), el sistema de concursos en docencia en TO es ineficaz. En cuanto a la prevalencia de contratados o interinos, en comparación con aquellos cargos concursados coincide con los hallazgos de la autora, pudiendo cuestionarnos sobre la disponibilidad de concursos que posibiliten la movilidad en la carrera docente.

Otro resultado a destacar es que la gran mayoría trabaja por horas o con dedicación simple. Se observa aquí también una mayor precarización laboral en el ámbito privado que en el público, no sólo por la escasez de los cargos concursados, sino también por la dedicación horaria. Son conocidas las actividades invisibles inherentes al rol docente, tales como preparar la clase, evaluar, corregir, hacer devoluciones, participar de reuniones de claustro o de cátedra, entre otras. Es evidente que aquellas/os docentes que trabajan por horas o tienen una dedicación simple, deben contar con otro/s empleo/s para poder lograr su autonomía económica. Uno de los comentarios que nos dejaron al realizar la encuesta fue: “Es difícil dar cuenta del pluriempleo, que es otra característica de la docencia en TO”, dando cuenta de la condición laboral de las/los docentes y la

necesidad de buscar empleos extras dando clases en varias universidades, coincidiendo con el fenómeno “profesor taxi” al que hace referencia García de Fanelli (2009, p.16).

Respecto a la investigación en docencia, los resultados evidencian que el porcentaje es bastante cercano a lo mencionado por García de Fanelli (2009), ya que más de un 40% desarrollan tanto proyectos de investigación como de extensión sin presupuesto. Queda pendiente conocer más sobre esas posibilidades de presupuesto, es decir si tales docentes forman parte del Programa de Incentivos a Docentes Investigadores, si cuentan con horas rentadas para hacer investigación y/o presupuesto aparte para llevar adelante las mismas con equipos de trabajo, además del equipamiento necesario (oficinas, computadoras con programas específicos para el análisis de datos, entre otros). Por otra parte, sería interesante conocer porqué la mayoría declara no realizar investigación como parte de su trabajo en la universidad, si se debe a factores institucionales, contextuales, personales, o una combinación de los anteriores.

Por último, teniendo en cuenta lo mencionado por García de Fanelli (2009) sobre la relación entre satisfacción-remuneración y su impacto sobre la motivación, el desempeño y el compromiso con la organización, a partir de los comentarios recabados, coinciden con la afirmación de Claverie (2012) respecto a los beneficios de formar parte del cuerpo docente: otorga prestigio, permite profundizar y actualizarse en la formación de la disciplina y estar contactados con referentes del campo.

Limitaciones, Conclusiones y Perspectivas futuras

Comenzamos esta investigación motivadas por nuestro propio recorrido docente, con un interés por conocer las condiciones laborales que tenemos como docentes en TO en todo el país. La primera conclusión a la que llegamos es que las condiciones son marcadamente distintas en las universidades privadas y públicas, especialmente en lo que concierne al tipo de cargo y la dedicación horaria estipulada por contrato en contraposición con las que la tarea demanda. Dada la prevalencia de docentes contratadas/os que trabajan por horas con una responsabilidad y exigencias no reconocidas por contrato en el ámbito privado es que observamos que la precarización laboral se volvió una norma. Cuando quien desea introducirse en el mundo de la docencia, recibe alguna propuesta de ingreso a este ámbito, la tentación por comenzar es más grande que la curiosidad por conocer las condiciones de trabajo y reclamar por las mismas, y eso nos preocupa. El rol docente conlleva múltiples tareas, a menudo invisibles, pero sostener tal rol con una retribución económica por horas y a menudo con la responsabilidad y las exigencias de un curso entero, no puede ser considerado como trabajo decente, ni siquiera

con una remuneración justa. Es esperable con tales condiciones que la participación de docentes en proyectos de investigación y extensión sea baja, así como lo es la realización de formación de posgrado como especializaciones, maestrías o doctorados.

Quisiéramos problematizar sobre estos puntos. Si las condiciones laborales no conciben con las exigencias del puesto, se entiende que docentes no tengan ni tiempo, por el efecto “profesor taxi”, ni dinero para afrontar formaciones de posgrado. A su vez, puede comprenderse que no puedan acceder a formaciones específicas para llevar adelante proyectos de investigación. Ahora bien, también queremos mencionar que hay colegas con formación y que llevan adelante proyectos de investigación y extensión sin presupuesto y no necesariamente con cargos semi exclusivos o exclusivos. Esto nos lleva a pensar que sólo es posible hacerlo asumiendo un costo personal por y para su sostenibilidad.

Con una perspectiva futura, consideramos que hay una posibilidad de mejora dado el ingreso en el Artículo 43 de la Ley de Educación Superior. Si bien aún se están escribiendo los estándares para la formación en TO, tenemos la esperanza de que en cuanto comience la evaluación de las diferentes carreras de TO por la CONEAU, las universidades que aún no lo cumplen, se vean en la necesidad de tener que lanzar los postergados concursos, dedicaciones y cargos, mejorando así las condiciones laborales de docentes en TO. También esperamos que de esa forma se pueda alentar al desarrollo de más trabajos de investigación y proyectos de extensión universitaria rentados y con presupuesto específico. Si bien sabemos de las controversias que pueden generar los procesos de evaluación y acreditación de la CONEAU, esperamos que en este caso en particular sea beneficioso para poder mejorar los porcentajes acá presentados, repensar la importancia de seguir jerarquizando el ejercicio docente, y visibilizar estas problemáticas y necesidades dentro del cuerpo profesional.

Consideramos que el presente estudio cuenta con una serie de limitaciones. Principalmente, si bien se alcanzó un número interesante de respuestas, se observó una baja tasa de respuesta por parte de docentes en TO. Lamentamos no haber podido acceder al 100% del universo de docentes de TO, pero agradecemos a las coordinaciones o direcciones de TO de cada carrera que facilitaron la encuesta a sus docentes.

Otra limitación del estudio estuvo vinculada con desconocer los nombres que las universidades asignan a los distintos cargos por fuera de los enumerados en el Decreto 1470/98. Si bien entendemos y valoramos la autonomía de cada casa de estudios, nos preguntamos si el hecho de denominar de una manera distinta a los cargos no contribuye a la confusión acerca de las condiciones y posibilidades de ascenso en la carrera docente.

Por último, al indagar acerca del número de designaciones del año 2023, algunas coordinadoras aclaraban que dentro del número total también incluían a las tutoras de prácticas preprofesionales, que si bien no dictan clases dentro de la universidad, destinan una amplia carga horaria a recibir estudiantes y enseñar valores, actitudes, técnicas y razonamiento profesional estando en servicio. Quizás sea otro debate pendiente conversar de qué manera se enmarca la tutoría de las prácticas preprofesionales en el universo de la docencia de TO y bajo qué condiciones.

Sería interesante seguir investigando sobre el tema, quizás en un estudio longitudinal sobre la carrera docente para poder conocer en profundidad el acceso a los concursos y los tiempos de los mismos, o bien indagar acerca de las posibilidades, motivaciones y motivos para la investigación o falta de ella, las posibilidades de formación y perfeccionamiento docente que efectivamente ofrecen las universidades además de cursos, las vinculaciones de docentes de TO con agrupaciones gremiales, entre otras preguntas posibles.

Por último y en relación a lo establecido en el decreto 1470/98 respecto a la posibilidad de realizar actividades de formación y perfeccionamiento gratuito para las tareas docentes, queremos resaltar que el presente trabajo fue iniciado para un seminario de la Maestría en Docencia Universitaria de la UBA, que hasta el año 2023 era gratuita para docentes, y actualmente tiene un bajo costo y beca total para afiliados/as a la Asociación de Docentes de la UBA, con la convicción política de acercar formación accesible y de calidad. ■

[Recibido 14/04/24 - Aprobado 24/06/24]

Referencias

- Albino, A. (2022). Formación profesional de terapeutas ocupacionales de Argentina en salud mental a partir de la Ley 26.657 Incorporación de las recomendaciones del art. 33.º en los planes de estudio vigentes de las carreras de grado en Bottinelli, M.M., Garzón, A.C. y Nabergoi, M. (Comp.). *Tramas en la formación de profesionales en salud. Investigaciones y experiencias a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental*. 1ra edición, pp. 235-248. Editorial Teseo. <https://www.teseopress.com/tramasenlaformaciondeprofesionalesensalud/>
- Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO). (2023). Universidades. <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/universidades/>
- Bottinelli, M., Nabergoi, M., Mattei, M., Zorzoli, F., Díaz, F., Spallato, N., Mulholland, M., Martínez Del Pezzo Bredereke, M. M., García Sartirana, A. M., Briglia, J., Daneri, S. (2016). Reflexiones sobre los orígenes de la formación en Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Ocupación Humana*, 16(2), 11-25.
- Claverie, J. A. (2009). Capítulo II. Marco institucional e innovaciones en la carrera docente. En García de Fanelli, A.M. (Ed.) *Profesión académica en la Argentina: Carrera e incentivos a los docentes en las Universidades Nacionales*. 1º edición, pp. 32-60. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- Claverie, J. A. (2012). Oportunidades y restricciones para el despliegue de carrera de los docentes universitarios: el problema de la movilidad. In VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Constitución de la Nación Argentina. (1994). B.O. 23 de agosto de 1994.
- Convenio Colectivo para los Docentes de las Instituciones Universitarias Nacionales. (2019). 2da. Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial FEDUN. <https://fedun.com.ar/convenio-colectivo-universitario-argentina/>
- Decreto 457 de 2007. Educación. 27 de julio de 2007. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/125000-129999/127776/norma.htm>
- Decreto 1470 de 1998. Universidades Nacionales. Homologase un acuerdo referido a obligaciones Docentes, Perfeccionamiento Docente, Carga Horaria, Régimen de Incompatibilidades, Planta Docente, Estructura Salarial y Cuota de Solidaridad, arribado por el Consejo Interuniversitario Nacional y los sectores gremiales que representan al personal docente. 18 de diciembre de 1998.
- García de Fanelli, A. M. (2009). *Profesión académica en la Argentina: Carrera e incentivos a los docentes en las universidades nacionales*. CEDES.
- García de Fanelli, A. y Moguillansky, M. (2009). Capítulo V. La carrera académica desde la perspectiva de los docentes. En García de Fanelli, A.M. (Ed.) *Profesión académica en la Argentina: Carrera e incentivos a los docentes en las Universidades Nacionales*. (1º edición, pp. 32-60). Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza Torres, C.P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. 1ra edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México.
- Ley 13.047 de 1947. Organización De La Enseñanza Privada. Reglamentación De La Enseñanza Privada. Honorable Congreso De La Nación Argentina. 22 de octubre de 1947.
- Ley 24.521 de 1995. Ley de Educación Superior. 7 de agosto de 1995.
- Ley 26.206 de 2006. Ley de Educación Nacional. 14 de diciembre de 2006.
- Ley 26.075 de 2006. Incremento de la inversión en educación, ciencia y tecnología por parte del Gobierno nacional, los Gobiernos provinciales y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en forma progresiva, hasta alcanzar en el año 2010 una participación del Seis por Ciento en el Producto Bruto Interno. Objetivos. Porcentajes de crecimiento anual del gasto consolidado en educación, ciencia y tecnología. Establecimiento por el plazo de cinco años de una asignación específica de recursos coparticipables en los términos del inciso 3 del artículo 75 de la Constitución Nacional. Determinación anual del índice de contribución. Creación del Programa Nacional de Compensación Salarial Docente. Modificación de la Ley Nº 25.919 - Fondo Nacional de Incentivo Docente. 9 de enero de 2006.
- Marquina, M. y Rebello, G. (2011). El trabajo académico en la periferia: una mirada comparada sobre la satisfacción de los docentes universitarios argentinos. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional y III Encuentro Internacional de Estudios Comparados en Educación (SAECE). Buenos Aires, 16 al 18 de junio de 2011. <http://www.saece.org.ar/docs/congreso4/trab26.pdf>
- Ministerio de Educación. (2022). Síntesis de Información. Estadísticas Universitarias, 2021-2022. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sintesis_2021-2022_sistema_universitario_argentino_1.pdf

- Nabergoi, M., Mattei, M., García Sartirana, A., Briglia, J., y Zorzoli, F. J. M. (2013). Cooperación internacional y asistencia técnica en rehabilitación. Marcas y singularidades en los comienzos de la formación de terapeutas ocupacionales en Argentina. En V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Resolución 01/2014. Consejo gremial de enseñanza privada. Ministerio de Educación. 20 de mayo del 2014. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1-2014-230162/texto>
- Resolución 1485/2021. Título de Licenciado/a en Terapia Ocupacional. Ministerio de Educación. 29 de abril del 2021. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1485-2021-349562>
- Sindicato Argentino de Docentes Privados (SADOP). (s.f.) Quienes somos. <https://sadop.net/somos/>
- Sindicato Argentino de Docentes Privados (SADOP). (2024). Grilla salarial de nivel superior diciembre 2023. <https://capital.sadop.net/2024/01/02/grilla-salarial-de-nivel-superior-diciembre-2023/>
- Walker, V. S. (2017) El trabajo docente universitario como práctica relacional: sujetos, saberes e instituciones. *Educación, Lenguaje y Sociedad*, 14, 1-35.

Agradecimientos: agradecemos a cada docente que completó y compartió la encuesta así como a las directora/es y coordinadoras/es de las carreras TO de la UBA, UNQ, UNL, UNLaR, UNMPD, UAI, UCA, UCASal, UCC, UCSF, Universidad Gastón Dachary, UGR y UMAZA por su predisposición y colaboración.

Cómo citar este artículo:

Ciampa, M. A., Roldán A. L. (2024). Condiciones laborales en la docencia universitaria en Terapia Ocupacional: un asunto pendiente. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 9-18.

Cambiar estigma por estima. Percepciones de estudiantes universitarias de Terapia Ocupacional hacia el estigma en Salud Mental

Trade stigma for esteem. Perceptions of Occupational Therapy university students towards stigma in Mental Health

Silvia E. Narváez | Florencia Yael Itovich

Silvia E. Narváez

Licenciada en Terapia Ocupacional. Posgrado en Patrimonio Cultural y Turismo Sostenible Cátedra UNESCO Universidad Nacional de Tres de Febrero. Fue Docente de Práctica Profesional en Universidad de San Martín y Universidad de Buenos Aires. Fue coordinadora de Emprendimiento Social en Salud del Hospital José T. Borda de CABA. Actualmente Docente/ Investigadora en Universidad Agustín Maza Carrera de Terapia Ocupacional. Integrante de la Comisión Directiva de AATO. Hospital de día en Fundación PROSAM.

senarvaez@yahoo.com.ar

Florencia Yael Itovich

Licenciada en Terapia Ocupacional (UNSAM). Maestranda en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Ex-residente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue docente en UNSAM y actualmente es docente e investigadora en la Universidad del Chubut.

fytovich@udc.edu.ar

Resumen

Los sentidos estigmatizantes sobre la Salud Mental están socialmente presentes y se encuentran evidenciados en expresiones negativas, mitos y conductas de rechazo hacia las personas con padecimiento psíquico. Este estudio parte del interés por conocer aspectos vinculados con las actitudes de estudiantes de Terapia Ocupacional hacia la población con esa problemática. El objetivo general fue indagar la idea de Salud Mental y de la situación de estigma considerada por el alumnado de Terapia Ocupacional de la Universidad Juan Agustín Maza en 2022-2023, de Mendoza, Argentina. **Metodología:** Se realizó un estudio cualicuantitativo, descriptivo, transversal y observacional a través de un cuestionario en donde se indagó acerca de las concepciones de Salud Mental y Estigma. Luego se implementaron Grupos Focales de Discusión (GFD) y en ellos se profundizaron los ejes centrales. Se triangularon ambas fuentes. **Resultados:** Las respuestas dan cuenta que, si bien la mayoría de los estudiantes entienden la problemática de Salud Mental desde una perspectiva de derechos y sostienen que las personas con este padecimiento pueden participar de actividades diversas de la vida cotidiana, surge una tendencia basada en estereotipos tales como la imposibilidad de ejercer el cuidado de los hijos, consideraciones limitantes respecto al ejercicio de la ciudadanía e idea de peligrosidad de personas con trastornos graves. **Conclusiones:** El análisis de los resultados permite percibir las concepciones imperantes sobre el tema en el alumnado, la posibilidad de apertura a diferentes enfoques con la consideración de la salud mental y los Derechos Humanos y la necesaria profundización en estos aspectos.

Palabras clave: Salud Mental, estigma, estereotipos, prejuicios, discriminación.

Abstract

*Stigmatising meanings about mental health are socially present and are evidenced in negative expressions, myths and behaviours of rejection towards people with mental illness. This study is based on the interest in finding out aspects related to the attitudes of Occupational Therapy students towards the population with these problems. The general objective was to investigate the idea of mental health and the situation of stigma considered by the Occupational Therapy students of the Juan Agustín Maza University in 2022-2023, in Mendoza, Argentina. **Methodology:** A qualitative, descriptive, descriptive, cross-sectional and observational study was carried out through a questionnaire in which the conceptions of Mental Health and Stigma were investigated. Focus group discussions were then implemented and the central axes were explored in greater depth. Both sources were triangulated. **Results:** The study shows that although the majority of students understand the issue of mental health from a rights perspective and maintain that people with this conditions can participate in various activities of daily life, there is a tendency based on stereotypes such as the impossibility of caring for children, limiting considerations regarding the exercise of citizenship and the idea that people with serious disorders are dangerous. **Conclusions:** The analysis of the results allows us to perceive the prevailing conceptions on the subject among students, the possibility of opening up to different approaches with the consideration of mental health and human rights and the necessary deepening of these aspects.*

Keywords: Mental Health, stigma, stereotypes, prejudices, discrimination.

Introducción

El estudio parte del interés por conocer aspectos relacionados con las actitudes de la población estudiantil sobre las personas con padecimientos mentales¹, que responde a la pretensión de ampliar el conocimiento sobre la Salud Mental y de mejorar las estrategias pedagógicas y de intervención frente al estigma. Se considera un aporte a la formación de los futuros profesionales de la salud quienes trabajarán en la asistencia y promoción de instancias de inclusión de sujetos en diferentes contextos sociales.

Las creencias sobre salud mental y los sentidos estigmatizantes están presentes en el público en general pero también entre profesionales de la salud y educación compartiendo actitudes negativas, mitos y estigmatización (Martin *et al.*, 2000). Goffman (2006) define al término “estigma” como los atributos de un individuo que le generan descrédito y desvalorización frente a la sociedad, resultado de la desviación a las normas sociales. Agrega que se manifiesta en una serie de estereotipos (mitos o creencias no contrastados) negativos, que a su vez, producen una serie de prejuicios (actitud emocional de distanciamiento social) sobre un determinado colectivo que comparte una característica personal, y que normalmente devienen en actitudes discriminatorias (conductas de rechazo). Diversos grupos poblacionales han sufrido el peso de la estigmatización social a lo largo de los siglos: las mujeres, el colectivo LGTB, las personas con enfermedades mentales o las personas de origen extranjero. En el ejercicio profesional de los terapeutas ocupacionales, se observa que las personas con problemas de salud mental encuentran muchas veces dificultad para insertarse en el sistema educativo y formativo adecuado y para acceder a un trabajo. Al padecimiento psíquico por la propia sintomatología se agrega la visión negativa del contexto social (Narváez *et al.*, 2007). Esta visión negativa es lo que se denomina estigma y es generado a partir de ideas distorsionadas sobre las causas y características de la enfermedad, sumándose una mirada peligrosista de esta dolencia y muy distante a una ética del cuidado. Es decir, existen otros factores que se asocian al diagnóstico del sujeto y que tienen influencia en su inclusión social y desenvolvimiento en actividades que hacen a su calidad de vida (Mascayano Tapia *et al.*, 2015). En cuanto a los antecedentes vinculados con este estudio, estas ideas han sido pensadas por autores del campo de la Psicología, Sociología y Antropología a nivel nacional e internacional, siendo un vector común la intolerancia al “otro diferente”. El prejuicio hacia la persona con este tipo de padecimiento persiste y dificulta la visión de la sociedad hacia el padecimiento mental (Bottinelli *et al.*, 2017).

1 El avance de esta investigación fue presentado con el título Cambiar estigma por estima en el Congreso Nacional de Terapia Ocupacional 2023 de la ciudad de Córdoba, Argentina.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada en 2010, propone un cambio de paradigma centrado en las personas usuarias del sistema de salud, en el respeto de sus derechos y en la disminución del estigma hacia ellas. Asimismo, Argentina cuenta con el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (2014) como un espacio en el que participan sindicatos, asociaciones de profesionales, organizaciones de Derechos Humanos, de usuarios y de familiares, así como espacios académicos. Estos actores se reúnen para debatir políticas públicas orientadas a la inclusión de las personas que sufren problemas de Salud Mental y Adicciones (Hermosilla *et al.*, 2015).

La formación profesional debe acompañar los procesos sociales y marcos legislativos vinculados a la defensa de los derechos de las personas con padecimiento mental. Para esto, se considera importante la identificación de actitudes estigmatizantes a fin de poder realizar un diagnóstico que promueva la práctica y el andamiaje educativo en estas líneas. Se considera relevante también “dar respuesta al padecimiento en un ámbito multidisciplinario destinado a prevenir, asistir y propender a la rehabilitación de los padecimientos mentales” (Galende, 1997).

Desarrollo

Se procura como objetivo general analizar las actitudes de estigmatización en el alumnado de Terapia Ocupacional de la Universidad Agustín Maza de la Provincia de Mendoza en sus dos sedes: Sur San Rafael y Gran Mendoza-Guaymallén, donde a partir de un proyecto de cátedra de Terapia Ocupacional en Disfunciones Psicosociales, se propuso identificar si existen variaciones entre los primeros años y el último tramo de la carrera en el periodo 2022 - 2023. Los objetivos específicos fueron: Describir las representaciones de los estudiantes acerca de la idea de Salud Mental, sus orígenes y posibilidades de abordaje, identificar los estereotipos, prejuicios y las actitudes relacionadas a la discriminación presente en el alumnado, favorecer la discusión sobre el tema a partir del trabajo grupal, conocer las opiniones de los primeros años de la carrera y de los últimos cursos incluidos los estudiantes que se encuentren en las prácticas profesionales y promover, con el grupo de becarios y pasantes -ya finalizada la investigación-, la elaboración de materiales de comunicación para su difusión en el ámbito académico y en la comunidad.

Aspectos metodológicos

Se realizó la convocatoria de estudiantes para ser parte de la presente investigación en calidad de becarios (2) y estudiantes pasantes de la investigación (4). Se desarrollaron reuniones semanales virtuales. Se confeccionó un cuestionario estructurado sobre el concepto de Salud Mental y la relación

de las actitudes de estigmatización para con las personas con padecimiento psíquico. Los criterios de conformación de los grupos focales fueron de heterogeneidad intragrupal con estudiantes de diferentes años de la carrera en cada grupo. Se realizaron los pasos inherentes a los grupos focales pasando por la planificación, elaboración de la guía, de los recursos y la logística (Hernandez Sampieri, 2014). Luego la conformación de los grupos según la convocatoria realizada por la universidad y los becarios. En el desarrollo se tuvo atención constante a los contenidos y a la dinámica del diálogo a través propuestas de dinámicas lúdicas facilitadoras del debate y experiencias: a través de imágenes (Percepción y Sensibilización) y tablero con preguntas para asociar y favorecer el intercambio de impresiones que dieran cuenta de posibles estereotipos y prejuicios en el alumnado. Como propuesta de cierre un video, reflexiones finales de cada grupo. Por último, se realizó el control de calidad de las grabaciones, transcripción, análisis preliminares y final del material obtenido. Con respecto a los aspectos éticos, todos los estudiantes manifestaron su consentimiento en relación a la participación voluntaria en la investigación tanto en la encuesta como en los grupos focales en los que se expresaron los objetivos del estudio.

Análisis de resultados cuantitativos

Aquí se incluyen el análisis de discurso de ambas sedes y de los diferentes años de la carrera. Se consideran primeros años: 1ro, 2do, 3ro. y últimos 4to. 5to. junto con la práctica profesional.

A continuación, se expresa el análisis respecto de la situación en Sede San Rafael (27 de los primeros años, y 25 de los últimos años) y en Mendoza, según las frecuencias porcentuales relativas (25 estudiantes de los primeros años y 8 de los últimos).

En los siguientes gráficos se puede observar la importancia atribuida a los orígenes considerados de los padecimientos mentales de ambas sedes. (gráficos 1, 2, 3 y 4)

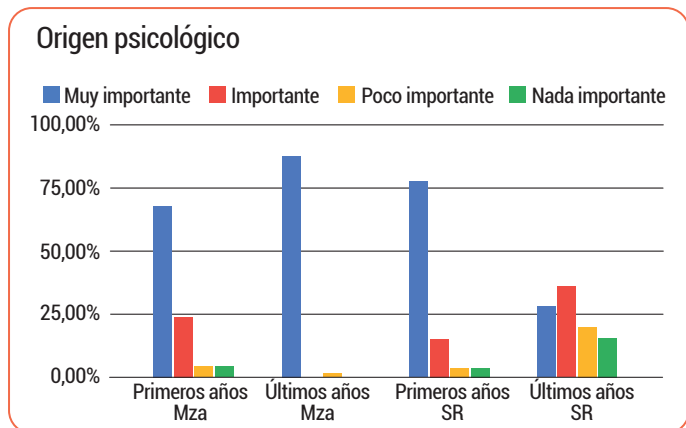


Gráfico 1

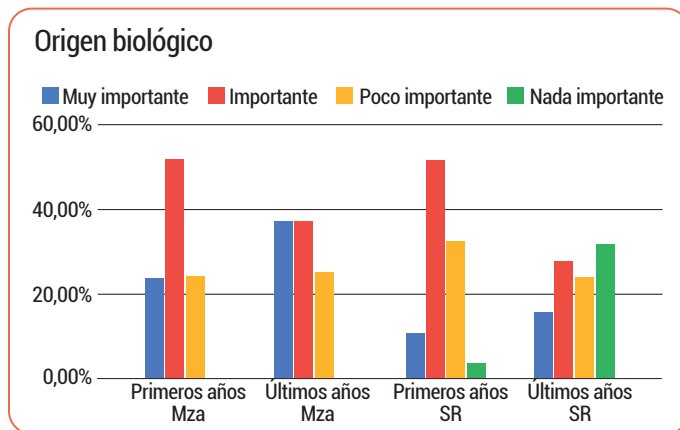


Gráfico 2

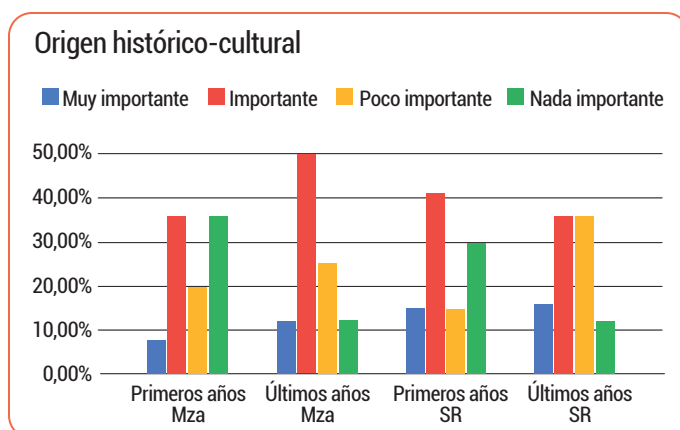


Gráfico 3

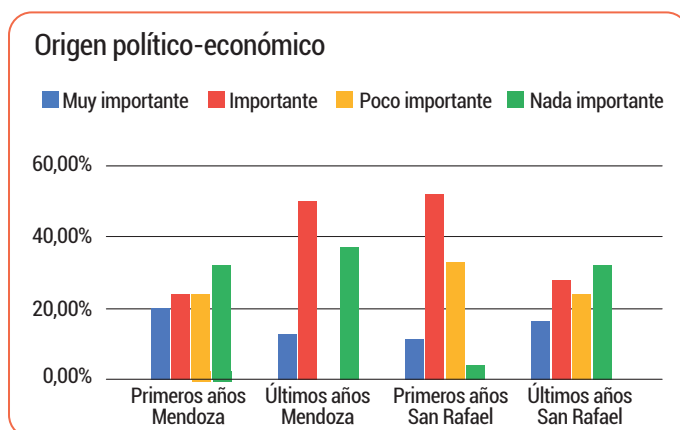


Gráfico 4

Resulta interesante observar que varios estudiantes de los últimos años consideran a los factores psicológicos y a los de origen biológico genético poco o nada importantes en relación a los aspectos de Salud Mental, cuestión que se diferencia particularmente de los primeros años, donde estos factores tienen un valor relativo mucho mayor.

En relación a los orígenes históricos, culturales y político-económicos, en la sede San Rafael, las muestras de estudiantes de ambos grupos se comportan de manera similar. Los estudiantes de primeros años muestran una leve tendencia a valorar más los

aspectos político-económicos que les de los últimos años, y a valorar en menor medida los histórico-culturales. En sede Mendoza, este origen aparenta valorarse más, tanto en estudiantes de primeros años como de últimos.

En la sede San Rafael, en relación a los tratamientos por orden de importancia atribuida, se valora mayormente la modalidad de psicoterapia individual, donde el 70% lo connota como muy importante. Luego, el apoyo comunitario para el 52% refiere ser muy importante, junto con otras modalidades terapéuticas. Se evidencia que se brinda mayor importancia a los dispositivos intermedios que a la hospitalización, pero resulta para gran parte de las personas importante el acceso a la misma. En sede Mendoza con relación a los tratamientos, se identifican por orden de importancia atribuida al apoyo emocional con intervenciones comunitarias, luego las modalidades de Terapias individuales y grupales se observan de gran importancia junto con la Psicoterapia individual. En la encuesta, queda evidenciado en ambas sedes que dan prioridad al tratamiento psicoterapéutico individual pero también al apoyo comunitario y las diversas modalidades terapéuticas en las que incluye Terapia Ocupacional. Se brinda mayor importancia a los dispositivos intermedios que a la hospitalización.

En ambas sedes, se observa, que casi la mitad de les entrevistadas refiere que una persona con padecimiento mental (42 y 48%) es responsable sobre sus actos, y la mitad plantea que es probable que tengan capacidad para tomar decisiones y resolver problemas.

Un 59,6% de estudiantes en San Rafael indicaron que se puede reconocer a una persona con padecimiento mental por su gestualidad, también por su comportamiento, comunicación gestual y verbal. En Mendoza este porcentaje se reduce a un 27,3%.

En cuanto a convivir con alguien con un problema de salud mental, en San Rafael, un poco más de la mitad de les estudiantes considera que en su comunidad se aceptaría esta opción. Un tercio no se encuentra seguro de esta opción y algunos asumen que no ocurriría. En Mendoza, priman las dos primeras opciones por igual.

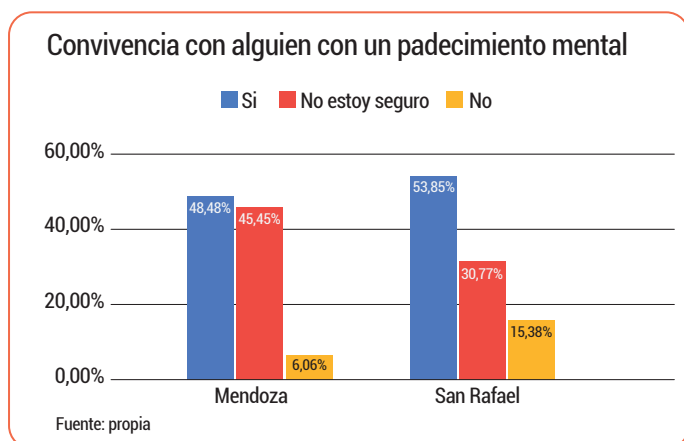


Gráfico 5

En ambas sedes todos los estudiantes consideraron que las personas con padecimiento psíquico pueden tener relaciones amorosas y de amistad. Este porcentaje se mantiene de manera casi idéntica en relación a los vínculos familiares. Sin embargo, este porcentaje disminuye al 72% en San Rafael y al 66,7% en Mendoza cuando se pregunta si pueden tener hijos y ejercer su cuidado.

El 100% consideró en ambas sedes que las personas con padecimiento mental pueden compartir socialmente actividades de recreación y ocio.

En cuanto a la participación ciudadana, la posibilidad de votación de autoridades aparece un 20% en San Rafael y un 21,6% en Mendoza.

En cuanto a la actividad laboral, en ambas sedes se considera que podrían llegar a formarse en un oficio o profesión, pero en San Rafael sólo un 61% piensa como posible el acceso a un empleo competitivo, lo que en Mendoza disminuye a un 24%.

Análisis de resultados cualitativos

Se efectuaron 4 grupos de discusión focal en sede San Rafael donde participaron en total 27 alumnos y 2 grupos en Mendoza con presencia de 11 alumnos. Tal como refiere Valles (1999) el análisis de los mismos se inició junto con el diseño de los grupos, continuando en la fase de campo, se efectuaron los análisis preliminares y final que se intentan sintetizar aquí:

En cuanto a la idea de **Salud Mental** se encuentran diversas manifestaciones: en San Rafael se evidencia cierta adherencia a las definiciones clásicas de Salud Mental impartidas en los primeros años de la carrera, estos eligen el criterio de la OMS aprendido recientemente en las materias afines y también hacen referencia a:

“Decir total bienestar es relativo, siempre hay algún problema”

Se advierte en los últimos años una mirada más integral que contempla otras dimensiones de los procesos de salud-enfermedad:

“No es solo la ausencia de la enfermedad.”

“Se considera con respecto a lo cultural, las costumbres, atravesada por el contexto, por lo que uno vive.”

Coinciden ambos grupos en cuanto a la *asistencia en Salud Mental* en la elección de los tratamientos que no impliquen aislamiento y encierro de las personas, sin embargo, en los últimos años los estudiantes de San Rafael surgen mayor cuestionamiento sobre la modalidad de atención. Manifiestan:

“El hospital psiquiátrico es un término muy antiguo y tienen el estigma de acudir a ese lugar.”

“El hospital psiquiátrico es muy chocante, como de locos es aislamiento”. “Socialmente un psiquiátrico está visto como un espacio todo blanco con personas atadas.”

En Mendoza la idea de *Salud Mental* es asociada con el tema suicidio y con relatos de casos cercanos de intentos y concreción. Otros mencionan problemáticas como la ansiedad y la depresión vinculados a este eje. La describen como un estado de equilibrio y funcionalidad. No aparecen diferencias significativas entre los años de carrera. Se observa que en los primeros años algunos integrantes hacen referencia a la salud como derecho y con perspectiva inclusiva, expresan:

“No hay salud sin diversidad, si no es para todos.”

“No hay salud si no hay salud mental, si no hay derechos.”

Los últimos años comentan la importancia de los avances en el estudio de la misma. Coinciden ambos grupos en que la *asistencia en Salud Mental* depende de la situación de la persona. No aparecen cuestionamientos sobre el modelo asilar en Mendoza a diferencia de los alumnos de San Rafael.

“El neuropsiquiátrico es más especializado en salud mental.”

“Lo asocio con medicación, necesariamente medicados.”

Asimismo, se reiteran en ambas sedes la importancia de los vínculos familiares y del contexto.

Sobre la creencia de **peligrosidad** en Salud Mental en estudiantes de San Rafael es altamente prevalente cuando se trata de trastornos mentales tales como el abuso de sustancias y la esquizofrenia y es mucho menor en lo que respecta a la depresión. Aparece aquí el estigma y estereotipos hacia algunos trastornos mentales. Los años avanzados opinaron que es difícil generalizar y depende del padecimiento y la farmacología y atribuyen actos violentos a las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Los alumnos de primeros años refieren que depende de la problemática:

“Alguien con demencia o episodio maníaco puede que sea más violento.”

“Si no se encuentran medicados tienden a ser más violentos.”

En sede Mendoza ambos grupos expresan sobre la peligrosidad:

“Es prejuicio de la sociedad hacia las personas con este padecimiento.”

“La televisión los muestra como con imagen negativa, toman los casos que los asocia a la violencia.”

Respecto a las actividades instrumentales necesarias para vivir con autonomía en el hogar y en la comunidad, entre otras, se considera aquí la **actividad laboral**, la cual según ambos niveles de sede Mendoza:

“Depende de la evaluación que se realice de la persona, del grado de padecimiento mental.”

“Según el tipo de trabajo, de los apoyos; el tratamiento farmacológico y el sostén familiar.”

Para los alumnos de San Rafael, los últimos años de carrera opinan que la concepción de la productividad no va de la mano con el padecimiento mental y refieren:

“Es más difícil el trabajo competitivo y depende del criterio del empleador.”

Los primeros años creen que:

“Depende del nivel de enfermedad.”

“Con seguimiento, controles y medicación.”

También surge la consideración sobre que hay personas que por su trabajo terminan con este tipo de problemática.

Continuando con la posibilidad de tomar responsabilidades y la capacidad en realizar acciones vinculadas a situaciones vitales, se debate si las mujeres con padecimiento mental pueden tener **hijos y ejercer su cuidado**. En Mendoza se observó en los alumnos de años iniciales respuestas afirmativas y agregaron que con apoyos pueden materner y apareció una opinión:

“No es lo mismo una madre con esquizofrenia que una madre común.”

En 4to año dijeron que serían las mismas limitaciones que puede tener cualquiera y puede recibir ayuda, pero también que es más pasible de ser juzgada si tiene esta problemática:

“En la sociedad juzgan como: que egoísta porque trajiste a un hijo si sabías de tu padecimiento.”

Cabe señalar, que una estudiante de 3er. año cuestionó el concepto de ser buena madre, y si se trata de lo que la sociedad espera o lo que cada mujer logra realizar. En San Rafael se observaron respuestas variadas: los alumnos de años más bajos respondieron que una persona con padecimiento mental puede llevar a cabo el rol:

“Con buen tratamiento y medicación.”

“Con acompañamiento.”

“Como cualquiera, pero guiada.”

En los grupos de últimos años de la carrera las opiniones fueron diversas: algunos de ellos respondieron que se puede llevar a cabo con ayuda o guía de un tercero y también:

“Dependiendo si tiene un tratamiento o no, si no recibe la medicación necesaria es muy difícil o no asume la situación en la que está.”

Otros contestaron que no pueden llevar a cabo el rol de madre. En ambas sedes una estudiante cuestionó el ser buena madre o no, reflexionando:

“Qué es ser buena madre y quien te enseña a serlo.”

Dentro de la categoría prejuicio se indaga el tema del padecimiento mental como **hereditario**. En San Rafael alumnos de los últimos años opinaron:

*“Es hereditario, pero al nacer en entorno que no es adecuado
sos propenso.”*

Algunos comentaron que existen ciertas patologías, como la depresión, que tienen un porcentaje hereditario.

En Mendoza los últimos años opinan afirmativamente en el caso de alcoholismo, depresión y psicosis. Existe predisposición hereditaria, pero se puede prevenir. En los primeros años comentan:

“Se puede prevenir, yo creo que el contexto social influye mucho.”

En la categoría posibilidad de **Recuperación**, en San Rafael hacen referencia a que existe esta posibilidad con apoyo profesional, familiar y un buen entorno. A su vez mencionan las recaídas, pero siendo esto parte de un proceso continuo. En Mendoza les alumnos avanzados referencian que hay recuperación dependiendo del entorno humano y la contención. Refieren a la evolución con crisis y remisiones de los padecimientos dependiendo de la patología. En los alumnos de los primeros años aparecen las siguientes opiniones:

*“Creo que tal vez en la psicosis o esquizofrenia no creo
que se recuperen.”*

*“A lo mejor no se cura, pero logra un nivel óptimo de recuperación,
más si tiene ayuda.”*

Con respecto a la idea de **suicidio** y las autolesiones en San Rafael los primeros y últimos años consideran:

*“Es un llamado de atención, es un pedido de ayuda y de comu-
nicar a las personas de su alrededor cómo se sienten.”*

Opinan que, debido a la dificultad en la expresión de sus sentimientos y emociones, en ocasiones las personas que la rodean no les dan importancia a posibles señales. Coinciden en que actualmente se ven este tipo de actos más frecuentemente y relatan sobre jóvenes conocidos. Los alumnos de 4to y 5to año no acuerdan con la idea de vincular al suicidio con un acto de egoísmo, valentía o debilidad, solo un integrante desliza que puede tener que ver con alguna actitud algo egoísta. En los primeros años opinan:

“Las personas que se suicidan son débiles.”

*“No han podido vencer o solucionar algo del momento
y pedir ayuda.”*

En Mendoza sobre este tema, alumnos de los primeros años difieren; unos expresan que los intentos de suicidio son un llamado de atención en búsqueda de ayuda y otros, que deciden hacer el corte con la vida, una solución.

*“No se puede hacer un juicio de valor, solo algunos piensan en
que son personas valientes por hacerlo.”*

Los alumnos de último año opinan que se deben tener en cuenta las motivaciones para llegar a esta decisión y que también

depende de cada persona. Ambos niveles hacen referencia al miedo y la culpa de quienes rodean al suicida, a la falta de palabras, no encontrar respuestas ni poder comprender y comentan también situaciones cercanas.

En San Rafael los primeros años vinculan un problema de Salud Mental con menor **capacidad intelectual**, pero los estudiantes de 4to y 5to difieren. En los primeros años expresaron:

“Depende el caso, puede ser según la enfermedad.”

“No es que no pueda, sino que estando mal es mucha la diferencia.”

En Mendoza ambos niveles respondieron que no se relacionan los problemas de salud mental con la capacidad intelectual. Algunos agregaron que existen patologías que afectan aspectos cognitivos.

En cuanto al consumo de **drogas vinculado a problemas de Salud Mental**, en sede Mendoza se observaron diferentes respuestas por parte de los primeros años, algunos de ellos contestaron de manera afirmativa haciendo referencia a que la adicción está asociada a trastornos mentales, también mencionaron que depende más de la persona que del tipo de droga, sólo una alumna refiere:

“Depende de la droga y el uso de la misma.”

En 4to año se menciona:

“Puede haber predisposición.”

“Tal vez el consumo en algunos produce una crisis psicótica.”

En GFD de San Rafael se observaron diferentes respuestas por parte de los últimos años, algunos contestaron de manera afirmativa haciendo referencia a que el hecho de consumir genera abstinencias, produce deterioro, los hace depender de una droga, generando una exposición a los padecimientos mentales, también mencionaron la posibilidad de conductas agresivas y “estar perdidos” por el hecho de consumir.

*“Depende del tiempo en que permanece en el consumo y al
tipo de sustancia, lo cual puede desarrollar en alguien un
padecimiento en su salud mental.”*

Discusión

Para esta investigación se elige un enfoque psicosocial que otorga una visión más abarcativa y compleja, desde una perspectiva de rehabilitación psicosocial. Para Rotelli (1994), “Construir (reconstruir) acceso real a los derechos de ciudadanía, el ejercicio progresivo de los mismos, la posibilidad de verlos reconocidos y de actuarlos, la capacidad de practicarlos”. El derecho de ciudadanía es un derecho político, jurídico y social (p.2). En cuanto a la idea de **Salud mental** aparecen diversas vertientes manifiestas: quienes tienen en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud (2011) quien imparte a nivel mundial directivas y políticas de salud y que

sitúa en el origen del padecimiento y trastorno mental a los “factores biopsicosociales” y los cuestionamientos de algunos alumnos sobre que el completo bienestar es relativo y que la salud mental no es solo la ausencia de la enfermedad. Por lo tanto, se evidencia en los estudiantes de los primeros años cierta adherencia a las definiciones clásicas de Salud Mental impartidas, y se advierte predominantemente en los años avanzados una mirada más integral que contempla otras dimensiones de los procesos de salud-enfermedad y la consideración del acceso a derechos. Se observa el predominio de una concepción biomédica de la Salud Mental junto con el enfoque terapéutico convencional de la mayoría de los padecimientos mentales con énfasis en la farmacoterapia, presente también en el cuestionario en las respuestas que indagan en el origen de la enfermedad, apareciendo un predominio en referencia a lo psicológico y biológico - genético. Algunos grupos remarcan la importancia de tener en cuenta la condición y momento vital de la persona, no generalizan y contemplan el contexto y los factores de orden psicológico, hereditario, sin relevante mención de los desencadenantes de orden político y económico vinculados a la salud. En general se hace hincapié en la condición de gravedad del padecimiento, es este un tema controversial que aparece en escritos vinculados al enfoque psiquiátrico de los problemas mentales.

Aquí es importante la coincidencia con el estudio realizado por Almeida y otros (2016) sobre Creencias y Estigma hacia personas con Trastorno Mental Severo (TMS) en estudiantes de la Carrera de Psicología-UBA, donde refieren que los estudiantes de psicología perciben causas bio-psico-sociales en el origen del TMS y expresan que los organismos de salud, encargados de generar políticas y diseñar planes y proyectos, sitúan en el origen del padecimiento y trastorno mental a dichos factores (OMS, 2011). A su vez, - en coincidencia con expresiones encontradas en el presente estudio -, algunos de los estudiantes de Psicología consideran que las personas con TMS deben tomar medicación toda su vida y pocos creen en las posibilidades de recuperación. Ciertamente, aparece entonces la idea de incurabilidad del TMS desde una perspectiva psiquiátrica y biológica.

Es importante destacar la visión de los estudiantes sobre las condiciones del entorno que, de una u otra manera, afectan la salud mental e impactan en el bienestar de las personas y de la comunidad. Reiteran en los diferentes grupos la importancia de los vínculos familiares. Aquí se reflexiona sobre lo referido por Galende (1997) sobre el objeto de la salud mental, que no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a la comunidad e invita a reflexionar sobre las dinámicas de integración-exclusión social.

Si bien no se trabajó específicamente sobre el marco legal, aparecen opiniones respecto a la Ley Nacional de Salud Men-

tal N° 26657 que regula las prácticas en Argentina, este sería un tema importante a considerar en las materias de la carrera.

Se entiende que los estudiantes cuestionan la modalidad de atención de las problemáticas de Salud mental, basados históricamente en el aislamiento prolongado y representativo del estigma social de la locura a través de la modalidad asilar, que extiende la separación de las personas, familiares y comunidad. Tal como refiere Zaldúa et al. (2011):

“La ley de Salud Mental 21657/2010 es parte de un proceso participativo e incorpora la dimensión central de respeto por los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mentales y con el uso problemático de drogas legales e ilegales. Se plantea como paradigma alternativo al poner en cuestión la lógica manicomial y el sintagma “locura-peligrosidad” (p.5).

Además, con respecto a las instituciones, la atención de estas problemáticas históricamente aparece distante especialmente de las prácticas comunitarias, y que el estigma social de la locura y la discriminación que producía/produce, llevaron a la construcción de lugares de reclusión prolongada y privación de derechos (Stolkiner, 2021).

Volviendo al eje de *estigma*, históricamente ha estado presente en diferentes grupos socioculturales que marcaron aspectos negativos en ciertos individuos. Los usuarios con trastorno mental grave son algunos de los afectados durante siglos, al igual que otros sujetos con rasgos desvalorizados, son excluidos de la parte de la población considerada “normal”. La literatura existente demuestra que las vivencias de estigma en usuarios con trastorno mental grave implican consecuencias en su subjetividad y bienestar. Esto puede verse en diferentes áreas del individuo, mientras que sus efectos pueden perdurar en el tiempo (Frutos, 2019). Dentro del proceso de estigmatización, la categoría estereotipos, es descrita en diferentes artículos. Portela (2016) hace referencia a que son un conjunto de atributos específicos que se asignan a un grupo, caracterizados por su tendencia a la homogeneización y rigidez. Se observa que, por ejemplo, la creencia de peligrosidad es altamente prevalente cuando se trata de trastornos mentales tales como el abuso de sustancias y la esquizofrenia y es mucho menor en lo que respecta a la depresión, esto es detectado en el discurso de los grupos focales y en el cuestionario en respuestas de los estudiantes. Aparece aquí el estigma y estereotipos hacia algunos trastornos mentales. Por otro lado, sobre la atribución pública de responsabilidad sobre sus actos hacia quien sufre un trastorno mental, se establece mayoritariamente en los grupos cuando se refiere a personas que presentan consumos problemáticos, como la dependencia a bebidas alcohólicas, esquizofrenia, pero con mucha menor frecuencia hacia aquellas personas que sufren depresión, coincidiendo la opinión de los alumnos sobre ello. Es intere-

sante observar que no se detecta en ningún grupo actitudes de discriminación hacia las personas con padecimiento mental y que se hace hincapié en considerar la persona, la situación que atraviesa, su contexto familiar y social. Aparecen sesgos de estereotipos en relación a la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas, a la posibilidad de maternar y de acceder al trabajo competitivo. Surge en los debates una importante tensión sobre si estas personas pueden tener hijos y ejercer su cuidado. Se encuentra aquí explícita la carga de la valoración social sobre la definición de una maternidad generalmente idealizada y normatizada, que entra en cuestión con las capacidades de cuidar de las mujeres con padecimiento mental” (Spampinato y Testa, 2022). Las autoras hacen referencia a la importancia de rescatar el derecho a maternar de las mujeres con padecimientos mentales como un territorio ético, simbólico y político de posibilidades donde nada es sabido de antemano, tal como refieren algunos alumnos de los últimos años que cuestionan sobre: “*quién dice cómo ser buena madre*”. Es interesante la aparición de un cuestionamiento sobre ello en ambas sedes, ya que este tema atraviesa diferentes situaciones y debates profesionales y sociales.

En relación a la participación ciudadana, hay un desconocimiento sobre la posibilidad de ejercer el derecho al voto de las personas con esta problemática y de la participación en asociaciones en defensa de sus derechos. Desde esta perspectiva, resulta clave el concepto de ciudadanía, al decir de Saraceno (1999), en relación a las personas con padecimiento mental, no es la simple restitución de sus derechos formales sino de sus derechos sustanciales, se trata de la construcción afectiva, emocional, relacional, habitacional y productiva que constituyen la única rehabilitación posible.

Otro aspecto importante es la idea de Recuperación de las personas con esta problemática: esta, tal como lo expresa Paganizzi (2007), no significa curación en el sentido de desaparición de síntomas, o vuelta a niveles de funcionamiento homologables a los previos a la enfermedad, sino alcanzar una forma de vida en que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad. Los alumnos evidencian aquí cierta falta de lectura sobre el tema y confunden curación con recuperación, aparece también esta tendencia en otras categorías en las que surgen asociadas a las problemáticas graves un preconceito propio de las ideas de la psiquiatría más que del campo de la Salud Mental.

Es notorio también que algunos grupos vinculan un problema de Salud Mental con menor capacidad intelectual, siendo un prejuicio en relación al déficit, se interpreta que tal vez sea pensado por parte de los alumnos desde la cronicidad de algunos padecimientos. Corrigan (1999) sostiene que las discapacidades mentales están causadas por dos factores independientes: los efectos de la enfermedad y el impacto de la discriminación social.

Con respecto a la idea de suicidio y las autolesiones, Basile (2012) refiere que las ideas de suicidio aumentan el riesgo de proyecto de suicidio y el riesgo de intentarlo, de ahí la importancia de la valoración de la vulnerabilidad psicológica de la persona para considerar hasta qué punto pueden afectar al riesgo de suicidio. Es este un tema que apareció en todos los grupos con alto grado de preocupación ya que coinciden en que actualmente se ven este tipo de actos más frecuentemente. En los grupos hubo momentos de angustia ante la cita de estudiantes de casos cercanos familiares y amigos, hicieron referencia al miedo y la culpa de quienes rodean al suicida, a la falta de palabras, a no encontrar respuestas ni poder comprender estas situaciones.

En referencia a los problemas de salud mental en infancias aparecen diferencias en las respuestas que evidencian cierto desconocimiento de estos temas en alumnos de los primeros años de la carrera. En sede Mendoza los alumnos consideran que los niños pueden tener padecimiento mental y coinciden en no etiquetar ni sobrediagnosticar a los infantes.

En coincidencia con el artículo de Querido, y otros (2016) los valores estigmáticos no son altos en los diferentes grupos de estudiantes de Terapia Ocupacional.

Conclusión

El estudio desarrollado permitió conocer las ideas de Salud mental y Estigma de los estudiantes en los diferentes años de la carrera de Terapia Ocupacional. Se destaca la presencia de bajos niveles de estigma: no se perciben ideas de discriminación, pero se observa un sesgo de prejuicio que estaría evidenciado en la asociación de padecimiento mental solo con trastornos graves tales como esquizofrenia, bipolaridad, demencia y riesgo de suicidio, además en la idea de recuperación de las personas con esta problemática, y en el ejercicio de algunas competencias vinculadas al aspecto laboral y al ejercicio de la ciudadanía. En el análisis por cursos, los estudiantes avanzados mostraron actitudes menos estigmatizantes en comparación con los iniciales, probablemente relacionados con haber cursado materias relativas al tema Salud Mental y por el contacto con personas con padecimientos mentales.

Se obtuvo respuesta favorable al cuestionario de un 55,5 % en San Rafael sobre el total de alumnos, lo cual ha sido importante a nivel muestral y un 33 % en Mendoza donde fue más difícil la convocatoria en general. Se obtuvieron en los GFD las relatorías y se registraron los distintos modos en que se produjeron las conversaciones socializadas. En este sentido, fue evidente la expresión de opiniones puestas en discusión. Se concluye que el desarrollo de los GFD permitió comprender el discurso y actitudes del grupo frente al tema salud mental y estigma.

Como conclusiones acerca del desarrollo del proyecto, cabe destacar la permanencia de los estudiantes becarios y pasan-

tes del equipo de investigación en el transcurso de los pasos requeridos. Se observó gran interés por participar en la organización y difusión del proyecto, se integraron y manifestaron motivados por desempeñar los diferentes roles durante los grupos focales. Se destaca la elaboración realizada por las becarias de materiales digitales para la difusión del estudio y presentaciones en jornadas. Dada la vigencia del proceso de estigmatización y su consecuencia en la vida común se considera importante continuar implementando propuestas al respecto, tanto como mejoras para las personas afectadas como también para fomentar mayores niveles sociales de concientización, intentando promover un enfoque social ético que involucre a distintos sectores sociales, siendo la academia uno de ellos. Por ello, - volviendo al título de este estudio -, al pensar en el estigma y quitarle a esta palabra una letra (g) se ve que cambia totalmente el sentido y pasa a ser estima, palabra que implica consideración, también afecto y hasta aprecio, una actitud distinta hacia el “otro diferente” siendo el respeto, la solidaridad y la información las mejores alternativas a la estigmatización.

Limitaciones y Perspectivas futuras. En cuanto a las limitaciones surgen las propias del trabajo a distancia y en la convocatoria a participar en encuesta y grupos focales por parte de alumnos de la carrera. En referencia a las perspectivas se señala que durante la primera parte de la investigación y a partir del análisis de los relatos y respuestas de los estudiantes se incluyeron en el año académico 2023 en la Cátedra de Terapia Ocupacional en Disfunciones Psicosociales de San Rafael y extensivo a Mendoza clases especiales con invitadas Terapistas Ocupacionales de amplia trayectoria sobre: Salud mental en Infancias y adolescencia, sobre la Ley 26.657 de Salud Mental y su aplicación y sobre Consumos problemáticos y Salud Mental. Se considera urgente, asimismo, la inclusión de la temática de suicidio en la currícula obligatoria de las carreras de Terapia Ocupacional y afines.

Esta es solo una primera investigación en esta carrera de la UMAZA, es de esperar el imprescindible debate sobre el tema Estigma en la formación de grado y pensando a futuro en el ejercicio profesional, en los equipos interdisciplinarios donde se inserta el terapeuta ocupacional y en el cotidiano de las personas que se asisten.

Agradecimientos y fuentes de financiamiento

Especial agradecimiento a los becarios y pasantes de la investigación: Pilar García Pannelli, Sol Antonini, Ailín Velasco. A los estudiantes pasantes de investigación: Francisco Alonso, Luciana Fernández, Romina Martínez, Débora Bustos y Celeste Maza. A la Profesora TO Delia Dotro y a la Prof. Dra. Daniela Testa desde la cátedra de TO Psicosocial, quienes impulsaron el inicio de la investigación y a las autoridades y docentes que acompañaron el proyecto.

En cuanto al financiamiento del estudio se efectuó desde el área de Ciencia y Tecnología de la Universidad Agustín Maza. ■

[Recibido 01/05/24 - Aprobado 24/06/24]

Referencias

- Almeida, S. M. y Rosales, M. (2019). *Creencias y estigma hacia personas con trastorno mental severo en estudiantes de la carrera de psicología*. Estudio comparativo entre estudiantes que inician y que finalizan la Lic. en Psicología en la Universidad de Buenos Aires en el año 2018. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Basile, H. (2012). *Prevención psicossocial del Suicidio Adolescente*. Libro electrónico CD 6ª. Edición del Autor. Buenos Aires. Argentina.
- Bottinelli, María Marcela, Nabergoi, Mariela, Remesar, Sergio Esteban, Maldonado, Carolina Ruth, Albino, Andrea Fabiana, Garzón, Ana Cecilia y Olmedo, Sonia (2017). *Formación universitaria en salud mental*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Consejo Consultivo (2014). <http://www.jefatura.gob.ar/consejo-consultivo-honorario-en-salud-mental-y-adicciones>.
- Corrigan, P. (1999). Enfermedad y discriminación enfrentando las dos causas de la discapacidad psiquiátrica. *Revista Vertex. Rev. Argentina de Psiquiatría*. Vol. X 105-110.
- Frutos, C. (2019). *Estigma en usuarios de servicio de salud mental con trastorno mental grave*. Congreso - Memorias. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Gofman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Bs As. Amorrortu.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6° ed.). México: McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. ISBN | DOI: 978-1-4562-2396-0.
- Hermosilla, A., y Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657: antecedentes y perspectivas. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-140.
- Inter-American Commission on Human Rights. (2019). Compendio sobre la igualdad y no discriminación: estándares interamericanos: aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010. Boletín Oficial de la República Argentina, 03/12/2010, Año CXVIII, Número 32.041
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., Tuch, S.A. (2000). *Of fear and loathing: the role of 'disturbing behavior', labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness*. *Journal of Health and Social Behavior* 41(2), 208-223

- Mascayano Tapia,F., Lips Castro, W., Mena Poblete,C., Manchego Soza, C. 2015 Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Rev. Salud Mental*. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>
- Narváez, S, Spampinato S. y Testa, D. (septiembre de 2007). *Tránsito hacia el horizonte propio. Modalidad de Abordaje en Emprendimientos Sociales en Salud*. VII Congreso Argentino y VII Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Terapia Ocupacional centrada en la Calidad de Vida. Ideologías, teorías, espacios y prácticas. Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales. Mar del Plata, Argentina
- Organización Mundial de la Salud (2011). Salud mental: un estado de bienestar. http://who.int/features/mental_health/es/index.htm
- Paganizzi, L. y otros. (2007). *Terapia Ocupacional Psicosocial*. Ed. Polemos. Buenos Aires.
- Portela, A (2016) Estereotipos negativos sobre la vejez en estudiantes de Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional* - Año 2 - Nro. 1
- Querido, A., Tomás, C., e Carvalho, D. (2016). O Estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 3), 67-72.
- Rotelli, F. (1999). *RE-HABILITAR LA RE-HABILITACIÓN* - 1993 In Per la normalità - Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma Scritti 1967 - 1998 - Scienza Nuova editore - ASTERIOS EDITORE- Trieste.
- Saraceno B.(1998). La concepción de Rehabilitación Psicosocial como referencia para las intervenciones terapéuticas en Salud Mental. *Revista de T.O de la Universidad de San Pablo*. Vol. 9.
- Spampinato S. Testa D. (2022). *De Amuletos y artificios*. Ed. Fundación La Hendija. Paraná, Entre Ríos. Argentina.
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Ed. NOVEDUC/perfiles.
- Valles, M. (1999). Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. Ed. Síntesis. Madrid, España.
- Zaldúa, G. y otros (2011) XI Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población Fac. Cs. Sociales UBA Publicado en Actas de las Jornadas.

Cómo citar este artículo:

Narváez, S., Itovich, F. (2024). Cambiar estigma por estima. Percepciones de estudiantes universitarias de Terapia Ocupacional hacia el estigma en Salud Mental. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 19-28.

Acuerdo entre terapeutas ocupacionales en la puntuación de la Medida de Independencia Funcional: comparación en la utilización de diferentes recursos de referencia

Agreement among occupational therapists in the use of the Functional Independence Measure: a comparison between different reference resources

Sofía Dominguez | Clara Zerboni | Chiara Buzzelli | Valentina Charytoniuk

Sofía Dominguez

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Servicio de Terapia Ocupacional. Centro de Rehabilitación. CR. Departamento de Rehabilitación Fleni, Buenos Aires, Argentina.
sdominguez@fleni.org.ar

Clara Zerboni

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Servicio de Terapia Ocupacional. Centro de Rehabilitación. CR. Departamento de Rehabilitación. Fleni, Buenos Aires, Argentina.
czerboni@fleni.org.ar

Chiara Buzzelli

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Servicio de Terapia Ocupacional. Centro de Rehabilitación. CR. Departamento de Rehabilitación. Fleni, Buenos Aires, Argentina.
cbuzzelli@fleni.org.ar

Valentina Charytoniuk

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad del Salvador. Servicio de Terapia Ocupacional. Centro de Rehabilitación. CR. Departamento de Rehabilitación. Fleni, Buenos Aires, Argentina.
vcharytoniuk@fleni.org.ar

Resumen

La Medida de Independencia Funcional (FIM) es una de las escalas más utilizadas para valorar el desempeño en actividades de la vida diaria en rehabilitación neurológica a nivel mundial. Aunque es una escala con validez y fiabilidad comprobada, hay estudios que reportan poco acuerdo entre evaluadores al momento de puntuarla. Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, experimental y cuantitativo con el objetivo de analizar y comparar el grado de acuerdo entre terapeutas ocupacionales (TO) en la puntuación de los ítems de la escala FIM al utilizar diferentes recursos de referencia. Este fue llevado a cabo en un centro de rehabilitación neurológica en Argentina en 2019-2020. El estudio se dividió en 4 etapas utilizando diferentes recursos de referencia. Como resultado, aunque existe acuerdo satisfactorio, se detectaron variaciones en el grado de acuerdo en la puntuación de la escala FIM administrada por las TO entre las etapas estudiadas. No se encontró un patrón consistente en el grado de acuerdo entre los ítems de la escala. El ítem con mayor acuerdo en general fue uso de escaleras. No se observó influencia de los recursos de referencia utilizados sobre el grado de acuerdo entre TO en la puntuación del FIM ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las diferentes etapas. Se concluye que aunque el grado de acuerdo en la puntuación de la escala fue satisfactorio, es necesario reducir la variabilidad en los puntajes asignados por TO, para aumentar la precisión en la calificación de los ítems de la escala FIM.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, rehabilitación neurológica, actividades de la vida diaria, estado funcional, reproducibilidad de resultados.

Abstract

The Functional Independence Measure (FIM) is one of the most used scales to assess performance in activities of daily living in neurological rehabilitation worldwide. Although it is a scale with proven validity and reliability, some studies report little agreement between evaluators when scoring it. A prospective, longitudinal, experimental and quantitative study was carried out with the purpose of analyzing and comparing the degree of agreement between occupational therapists (OT) in the scoring of the FIM scale items when using different reference resources. This was carried out in a neurological rehabilitation center in Argentina in 2019-2020. The study was divided into 4 stages using different reference resources. As a result, although there is satisfactory agreement, variations were detected in the degree of agreement in the FIM scale score administered by the TOs between the stages studied. No consistent pattern was found in the degree of agreement between the items on the scale. The item with the greatest agreement in general was the use of stairs. No influence of the reference resources used on the degree of agreement between TO in the FIM score was observed since no statistically significant differences were found in the different stages. It is concluded that although the degree of agreement in the scale scores was satisfactory, it is necessary to reduce the variability in the scores assigned by TO, to increase the precision in the qualification of the FIM scale items.

Keywords: Occupational Therapy, neurological rehabilitation, activities of daily living, functional status, reproducibility of results.

Introducción

Las lesiones neurológicas representan un desafío significativo en el ámbito de la salud, ya que representan una de las principales causas de discapacidad. En Argentina, se estima que alrededor del 5.5% de la población vive con discapacidad debido a estos desórdenes, y la mayoría de estas personas requieren servicios de rehabilitación neurológica para mejorar su calidad de vida (Somoza y Melcon, 2015).

La rehabilitación neurológica es un proceso integral que tiene como objetivo principal promover la recuperación funcional y mejorar la independencia de las personas afectadas por estos desórdenes. En este contexto, los terapeutas ocupacionales tienen un rol crucial al diseñar planes de tratamiento centrados en mejorar el desempeño ocupacional y las actividades de la vida diaria (AVD) de los pacientes.

En el ámbito de la rehabilitación, es fundamental contar con herramientas de medición efectivas para plantear objetivos y evaluar los resultados de la intervención (Stineman *et al.*, 1996). La Medida de Independencia Funcional (FIM) es una escala desarrollada en 1984 con el objetivo de proporcionar una medición objetiva y estandarizada de la independencia funcional. Evalúa el nivel de discapacidad y la necesidad de asistencia que el individuo requiere para realizar las AVD (Hamilton *et al.*, 1994). Consta de 18 ítems que se dividen en el dominio motor, que incluye las subescalas de autocuidado, control de esfínteres, transferencias y caminar/uso de silla de ruedas, y el dominio cognitivo que se compone de las subescalas de comunicación y conexión social. **Figura 1:** Estructura de la Medida de Independencia Funcional (FIM). Cada ítem se califica en una escala ordinal de 7 puntos, que va desde la dependencia total (1) hasta la independencia completa (7). (UBFA Inc., 2002) **Figura 2:** Niveles de función y puntajes en la Medida de Independencia Funcional (FIM).

El FIM es un instrumento de evaluación reconocido internacionalmente y una de las medidas de discapacidad más utilizadas en el ámbito de la rehabilitación a nivel mundial (Kohler *et al.*, 2009). De la misma manera, es una de las evaluaciones más aceptadas en el ámbito de la rehabilitación neurológica a nivel local. En un estudio sobre la práctica de Terapia Ocupacional en la rehabilitación de adultos con lesión neurológica en Argentina, ésta fue la evaluación más utilizada, ya que el 92.2% de los terapeutas ocupacionales indicó administrar la escala (Zerboni *et al.*, 2023).

A través del tiempo, se han llevado a cabo investigaciones en diferentes contextos para evaluar las propiedades psicométricas del FIM. La literatura publicada evidencia que es una herramienta con validez, sensibilidad y fiabilidad (Hamilton *et al.*, 1994; Segal *et al.*, 1993; Stineman *et al.*, 1996) cuando es administrada por evaluadores entrenados y certificados en el uso de la misma (Hamilton *et al.*, 1994; Kohler *et al.*, 2009).

Figura 1

Estructura de la Medida de Independencia Funcional (FIM)

Dominios	Subescalas	Ítems
Motor	Cuidado propio	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación Aseo Baño Vestido de tren superior Vestido de tren inferior Uso de inodoro
	Control de esfínteres	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de vejiga Manejo de intestino
	Transferencias	<ul style="list-style-type: none"> Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas Transferencia al inodoro Transferencia a la ducha o bañera
	Locomoción	<ul style="list-style-type: none"> Caminar / Uso de silla de ruedas Uso de escaleras
Cognitivo	Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> Comprensión Expresión
	Conexión social	<ul style="list-style-type: none"> Interacción social Resolución de problemas Memoria

Fuente: UBFA Inc. (2002). IRF-PAI Training Manual. Section III: The FIM Instrument: Underlying Principles for Use of the FIM Instrument.

Figura 2

Niveles de función y puntajes en la Medida de Independencia Funcional (FIM)

Independencia completa (7 puntos)
Todas las tareas constituyentes de la actividad son desempeñadas típicamente sin riesgo, sin modificación, ni dispositivos auxiliares, o ayuda, y dentro de un periodo razonable de tiempo.
Independencia modificada (6 puntos)
La actividad requiere de un dispositivo auxiliar, la actividad emplea más tiempo del razonable, o existen consideraciones de seguridad (riesgo).
Supervisión o preparación (5 puntos)
La persona no requiere otra ayuda que preparación, indicación o persuasión, sin contacto físico, o, el asistente prepara los ítems necesarios o aplican ortesis.
Asistencia mínima (4 puntos)
La persona no requiere más ayuda que el contacto, y emplea el 75% del esfuerzo.
Asistencia moderada (3 puntos)
La persona requiere más ayuda que el contacto, p emplea la mitad (50%) o más (hasta 75%) del esfuerzo.
Asistencia máxima (2 puntos)
La persona emplea menos de 50% del esfuerzo, pero por o menos 25%.
Asistencia total (1 punto)
La persona emplea menos del 25% del esfuerzo.

Fuente: UBFA Inc. (2002). IRF-PAI Training Manual. Section III: The FIM Instrument: Underlying Principles for Use of the FIM Instrument.

Sin embargo, existen estudios que reportan poco acuerdo entre evaluadores al utilizar la escala (Daving *et al.*, 2001; McPherson *et al.*, 1996) y dificultades para calificarla de manera precisa (Doctor *et al.*, 2003). Kolher *et al.* (2009) establece que se requieren más estudios que investiguen la precisión en la puntuación de la escala en entornos clínicos.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo principal analizar el grado de acuerdo entre terapeutas ocupacionales en la puntuación de los ítems de la escala FIM en un centro de rehabilitación neurológica en Argentina, y comparar este grado de acuerdo al utilizar diferentes recursos de referencia para la puntuación. Es necesario determinar si la puntuación brindada por los profesionales en un entorno clínico real es confiable y evaluar estrategias que mejoren la puntuación de la escala para obtener resultados más objetivos que reflejen el estado funcional de los pacientes. Se espera que los resultados de esta investigación contribuyan a la reflexión sobre el uso de esta herramienta para mejorar la precisión en la evaluación de la independencia funcional de los pacientes y optimizar la calidad de la atención. De esta manera, se busca aportar a la práctica clínica y a la investigación en rehabilitación neurológica en el ámbito local.

Método

Se utilizó un diseño longitudinal, prospectivo, experimental y cuantitativo.

La investigación se llevó a cabo en un centro de rehabilitación que brinda servicios a adultos con lesión neurológica en las modalidades de internación y hospital de día. De acuerdo al programa de tratamiento de cada paciente, el mismo puede ser atendido por una o dos terapeutas ocupacionales. La muestra comprende las escalas FIM administradas por terapeutas ocupacionales del centro de rehabilitación entre octubre 2019 y febrero 2020. Las profesionales cuentan con entrenamiento clínico en la administración de la misma. Se incluyeron las evaluaciones de pacientes atendidos por dos terapeutas a fin de poder comparar las puntuaciones. Para disminuir la posibilidad de cambio en el estado funcional de los pacientes, se estableció un intervalo máximo de 48 horas entre cada entrevista. La muestra es no probabilística.

La investigación fue aprobada por el comité de ética de la institución. Las terapeutas ocupacionales que formaron parte del estudio firmaron un consentimiento informado previo a la realización de las entrevistas.

En la investigación se estudió el grado de acuerdo entre terapeutas ocupacionales en la puntuación del FIM y la influencia de diferentes recursos de referencia en dicho grado de acuerdo. Se analizó la relación entre las variables a fin de determinar si existe una relación causal entre las mismas.

La variable independiente principal fue “Recursos de referencia”. Se consideran recursos de referencia a las herramientas que pueden ser utilizadas como guía para la puntuación de la escala FIM, debido a que proporcionan criterios y lineamientos para su correcta calificación. Los recursos de referencia estudiados fueron (1) Conocimiento y experiencia previa del profesional; (2) Consulta con otros profesionales del equipo interdisciplinario; (3) Consulta con el instructivo de la escala FIM; (4) Consulta con recursos de referencia de preferencia del profesional.

La variable dependiente principal fue el “Grado de acuerdo entre terapeutas ocupacionales en la puntuación de la escala FIM”. Existe una amplia discusión en la literatura disponible acerca de los métodos más apropiados para analizar el acuerdo entre evaluadores (Hamilton *et al.*, 1994). En este estudio, se compararon las puntuaciones asignadas por dos terapeutas ocupacionales a cada ítem de la escala FIM de un mismo paciente. El grado de acuerdo fue medido según la variabilidad en la puntuación y la concordancia entre evaluadores. La variabilidad en la puntuación se calculó a través de la media de diferencia y el rango de diferencia en los puntajes asignados en cada ítem de la escala FIM entre evaluadores. La concordancia se expresó mediante el porcentaje de acuerdo total en cada ítem de la escala FIM entre evaluadores de un mismo paciente. Tomando como referencia a McPherson *et al.* (1996), se consideró acuerdo satisfactorio al porcentaje de concordancia entre evaluadores superior al 70% en cada ítem. Además, dentro de los ítems con acuerdo total, se calculó la frecuencia porcentual de aquellos en los que la concordancia sucedía al puntuar 1 (mínimo) o 7 (máximo), para poder inferir la influencia del efecto techo y/o efecto piso en el porcentaje de ítems con acuerdo total observado.

La recopilación de datos se realizó en cuatro etapas, cada una de un mes de duración. Durante el período comprendido dentro de la investigación se solicitó a las participantes que eviten discutir el puntaje con la profesional que evaluaría al mismo paciente.

En la primera etapa, considerada como el grupo control, las terapeutas debían administrar el FIM de la manera habitual en que lo hacían. No se brindó ninguna indicación específica sobre cómo puntuar la escala, es por eso que se consideró al conocimiento y experiencia previa como el recurso de referencia a analizar. En la segunda etapa, debían realizar interconsulta con otros profesionales del equipo interdisciplinario antes de puntuar los ítems de la escala. Se sugirió consultar los ítems de control de esfínteres con el área de enfermería, transferencias con los camilleros, caminar/uso de silla de ruedas con kinesiología, comunicación con el área de rehabilitación del lenguaje y conexión social con el área de rehabilitación cognitiva. Durante la tercera etapa, las terapeutas debían utilizar el instructivo de la escala FIM al calificarla. Al finalizar dicha etapa, se llevó a cabo una revisión junto a todo el equipo en la

que se repasaron en profundidad los criterios de puntuación de cada ítem. A su vez, se confeccionó un documento llamado “Anexo instructivo” en el que se aclararon aspectos a tener en cuenta al momento de puntuar la escala, tomando como referencia el Apéndice H de un manual de entrenamiento de la escala FIM (UBFA Inc., 2002). En la cuarta etapa, las terapeutas podrían puntuar la escala utilizando los recursos de referencia de su preferencia utilizados en las etapas anteriores, combinarlos o implementar el que consideraban necesario. El “Anexo instructivo” podía utilizarse como un recurso de referencia en la última etapa.

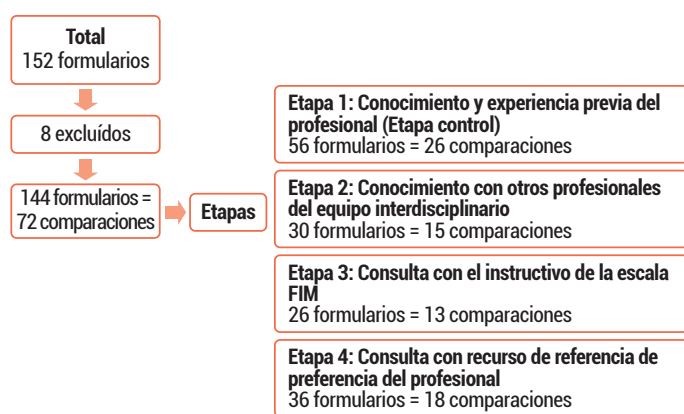
La recolección de datos se efectuó a través de un formulario online para cada evaluación administrada, completado de manera anónima. En cada formulario las terapeutas debían completar (a) iniciales del nombre y apellido del paciente, (b) persona entrevistada, (c) diagnóstico del paciente, (d) fecha de administración de la evaluación, (e) puntaje en cada ítem y (f) puntaje total, (g) indicar qué ítems de la escala fueron consultados utilizando algún recurso de referencia, e (h) indicar si hubo modificaciones en el puntaje asignado luego de consultar el recurso de referencia.

Resultados

Se recolectaron 152 escalas FIM entre las cuatro etapas de la investigación, de las cuales 8 fueron excluidas por no cumplir con el criterio de inclusión relacionado con el tiempo transcurrido entre cada entrevista. En total, se analizaron las evaluaciones de 72 pacientes. **Figura 3:** Diagrama de flujo de formularios.

Figura 3

Diagrama de flujo de formularios.



La tabla 1 expone el grado de acuerdo según la variabilidad en las puntuaciones entre terapeutas ocupacionales en los ítems de la escala FIM, representado con la media y rango de la diferencia en las cuatro etapas descritas anteriormente. **Tabla 1** - Grado de acuerdo según la variabilidad en las puntuaciones entre terapeutas ocupacionales en la puntuación de la escala FIM, en un centro de rehabilitación neurológica en Argentina en 2019-2020 (N= 72).

Tabla 1. Grado de acuerdo según la variabilidad en las puntuaciones entre terapeutas ocupacionales en la puntuación de la escala FIM, en un centro de rehabilitación neurológica en Argentina en 2019-2020 (N= 72)

Ítems	Conocimiento y experiencia previa del profesional: etapa control (N: 26)		Consulta con otros profesionales del equipo interdisciplinario (N: 15)		Consulta con el instructivo de la escala FIM (N: 13)		Consulta con recursos de referencia de preferencia del profesional (N: 18)	
	Media	Rango	Media	Rango	Media	Rango	Media	Rango
Alimentación	0,31	0-2	0,33	0-1	0,31	0-1	0,17	0-1
Aseo	0,31	0-3	0	0-0	0,46	0-1	0,33	0-1
Baño	0,31	0-1	0,2	0-1	0,46	0-2	0,17	0-1
Vestido de tren superior	0,23	0-2	0,2	0-1	0,38	0-2	0,44	0-2
Vestido de tren inferior	0,38	0-2	0,2	0-1	0,23	0-1	0,28	0-2
Uso de inodoro	0,19	0-3	0,2	0-2	0,23	0-1	0,22	0-3
Manejo de vejiga	0,15	0-2	0,73	0-3	0,69	0-3	0,11	0-2
Manejo de intestino	0,54	0-4	0,4	0-4	0,69	0-3	0,06	0-1
Transferencia a la cama	0,23	0-1	0,53	0-1	0,85	0-2	0,44	0-1
Transferencia al inodoro	0,31	0-2	0,2	0-1	0,85	0-4	0,39	0-3
Transferencia a la ducha	0,35	0-2	0,13	0-1	0,69	0-2	0,17	0-1
Caminar / Uso de sdr	0,38	0-2	0,53	0-2	0,15	0-1	0,44	0-4
Uso de escaleras	0,12	0-3	0	0-0	0,08	0-1	0,00	0-0
Comprensión	0,31	0-2	0,53	0-6	0,15	0-1	0,44	0-3
Expresión	0,31	0-1	0,27	0-1	0,62	0-2	0,22	0-1
Interacción social	0,54	0-3	0,2	0-1	0,38	0-2	0,56	0-2
Resolución de prob.	0,38	0-3	0,13	0-1	0,54	0-2	0,44	0-3
Memoria	0,35	0-2	0,13	0-1	0,23	0-3	0,33	0-3
Media total	0,32		0,27		0,44		0,29	

En la tabla 2 se presenta el grado de acuerdo según la concordancia observada representada con los porcentajes de registros con acuerdo total y el porcentaje de los mismos con efecto techo y efecto piso. **Tabla 2** - Grado de acuerdo según la concordancia observada entre terapeutas ocupacionales en la utilización de la escala FIM en cada una de las etapas e impacto del efecto techo/piso en cada ítem (N= 72)

Tabla 2 - Grado de acuerdo según la concordancia observada entre terapeutas ocupacionales en la puntuación de la escala FIM en cada una de las etapas e impacto del efecto techo/piso en cada ítem (N= 72)

Ítems	Conocimiento y experiencia previa del profesional: etapa control (N: 26)				Consulta con otros profesionales del equipo interdisciplinario (N: 15)				Consulta con el instructivo de la escala FIM (N: 13)				Consulta con recursos de referencia de preferencia del profesional (N: 18)			
	% de acuerdo	Efecto piso (%)	Efecto techo (%)	Suma efectos (%)	% de acuerdo	Efecto piso (%)	Efecto techo (%)	Suma efectos (%)	% de acuerdo	Efecto piso (%)	Efecto techo (%)	Suma efectos (%)	% de acuerdo	Efecto piso (%)	Efecto techo (%)	Suma efectos (%)
Alimentación	73	42	11	53	67	10	20	30	69	11	11	22	83	33	0	33
Aseo	81	29	5	34	100	13	13	26	54	14	14	28	67	25	0	25
Baño	69	33	0	33	80	17	0	17	62	25	0	25	83	33	0	33
Vestido de tren superior	81	14	0	14	80	8	0	8	69	11	0	11	61	18	0	18
Vestido de tren inferior	65	29	0	29	80	25	0	25	77	30	0	30	78	43	0	43
Uso de inodoro	92	54	8	62	87	54	15	69	77	80	0	80	89	56	0	56
Manejo de vejiga	88	52	43	95	67	50	40	90	62	63	13	76	94	65	29	94
Manejo de intestino	73	47	42	89	80	50	42	92	62	63	25	88	94	53	24	77
Transferencia a la cama	77	20	5	25	47	43	14	57	38	40	0	40	56	40	0	40
Transferencia al inodoro	73	37	5	42	80	42	0	42	46	67	0	67	72	62	0	62
Transferencia a la ducha	69	39	0	39	87	38	0	38	46	83	0	83	83	53	0	53
Caminar / Uso de sdr	73	79	0	79	60	67	0	67	85	91	0	91	83	73	0	73
Escaleras	96	84	0	84	100	73	0	73	92	100	0	100	100	100	0	100
Comprensión	81	10	76	86	80	0	75	75	85	0	82	82	72	0	62	62
Expresión	69	11	50	61	73	0	36	36	54	0	71	71	78	7	43	50
Interacción social	65	6	41	47	80	0	42	42	69	0	56	56	56	10	40	50
Resolución de prob.	77	25	35	60	87	23	46	69	69	22	44	66	78	36	43	79
Memoria	77	15	50	65	87	8	62	70	92	8	67	75	83	20	60	80

En la etapa control, la media de diferencia entre evaluadores fue de 0.32 y la media de porcentaje de registros con acuerdo total fue de 77%. Los ítems que presentaron mayor acuerdo en la puntuación fueron uso de escaleras, uso de inodoro y manejo de vejiga. Los ítems que presentaron menor acuerdo fueron interacción social y vestido de tren inferior. Dentro de los ítems con mayor porcentaje de registros con acuerdo total, aquellos con significativa influencia del efecto techo y/o piso fueron manejo de vejiga y uso de escaleras.

En la consulta con otros profesionales del equipo interdisciplinario, la media de diferencia entre evaluadores fue de 0.27 y la media de porcentaje de registros con acuerdo total fue de 79%. Los ítems que presentaron mayor acuerdo en la puntuación fueron aseo, uso de escaleras, transferencia a la ducha/bañera, resolución de problemas y memoria. Los ítems que

presentaron menor acuerdo fueron transferencia a la cama, caminar/uso de silla de ruedas, manejo de vejiga. No se observó influencia significativa del efecto techo/piso en los ítems con mayor acuerdo. El 19.4% de los evaluadores reportó haber modificado el puntaje luego de la consulta con otros profesionales del equipo.

En la consulta con el instructivo de la escala FIM, la media de diferencia entre evaluadores fue de 0.44 y la media de porcentaje de registros con acuerdo total fue de 67%. Los ítems que presentaron mayor acuerdo en la puntuación fueron uso de escaleras, memoria, caminar/uso de silla de ruedas y comprensión. Los ítems que presentaron menor acuerdo fueron transferencias a la cama, transferencias a la ducha/bañera y transferencias al inodoro. Dentro de los ítems con mayor porcentaje de registros con acuerdo total, se observó significativa

influencia del efecto techo y/o piso en todos los ítems enumerados menos en comprensión. En esta etapa, el 60% de los evaluadores reportó haber modificado el puntaje luego de la consulta con el instructivo. Los puntos de la escala más consultados fueron manejo de intestino, manejo de vejiga, interacción social, expresión y resolución de problemas.

En la consulta con el recurso de referencia de preferencia del profesional, la media de diferencia entre evaluadores fue de 0.29 y la media de porcentaje de registros con acuerdo total fue de 78%. Los ítems que presentaron mayor acuerdo en la puntuación fueron uso de escaleras, manejo de vejiga, manejo de intestino y uso de inodoro. Los ítems que presentaron menor acuerdo fueron interacción social, transferencias a la cama y vestido de tren superior. Dentro de los ítems con mayor porcentaje de registros con acuerdo total, se observó significativa influencia del efecto techo y/o piso en todos los ítems enumerados menos en uso de inodoro. En el 81% de los casos, las terapeutas refirieron que no fue necesario utilizar ninguno de los recursos de referencia, en el 16.3% utilizaron el instructivo, en el 2.3% utilizaron el anexo, y por último, solo en el 0.5% se realizó interconsulta. Los ítems más consultados fueron caminar/uso de silla de ruedas, expresión, baño, comprensión y aseo.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grado de acuerdo a partir de la utilización de diferentes recursos de referencia. Sin embargo, se observa una leve mejoría en la variabilidad en la puntuación y el porcentaje de registros con acuerdo total al consultar con otros profesionales del equipo interdisciplinario y con los recursos de referencia de preferencia del profesional. Además, la etapa de consulta con el instructivo fue la que tuvo menor acuerdo en general, presentando 12 ítems con un porcentaje de registros con acuerdo total menor al 70%, mientras que en las otras etapas el número varió entre 4 y 5 ítems.

Discusión

Considerando el acuerdo satisfactorio al porcentaje de concordancia superior al 70%, puede establecerse que en el análisis general del presente estudio existe acuerdo satisfactorio en la puntuación de la escala administrada por las terapeutas ocupacionales. Sin embargo, existen variaciones en el grado de acuerdo al momento de puntuar. Los resultados coinciden con lo reportado por Kohler *et al.* (2009) y McPherson *et al.* (1996) quienes, si bien encontraron un acuerdo aceptable entre evaluadores en general, observaron una variación considerable en la puntuación de los ítems.

Si bien existen estudios que reportan que los ítems cognitivos son los que presentan mayor diferencia entre evaluadores (Daving *et al.*, 2001; McPherson *et al.*, 1996; Segal *et al.*, 1993), no se observó un patrón consistente al analizar en profundidad

el acuerdo en cada ítem durante las 4 etapas. Sin embargo, los ítems más consultados con los recursos de referencia corresponden a las subescalas de comunicación y conexión social que conforman el dominio cognitivo, y a la subescala de control de esfínteres. Se puede inferir que estas categorías resultan ser las más desafiantes a la hora de puntuar, ya que presentan criterios más abstractos. El único ítem que se encontró dentro de los de mayor acuerdo en las 4 etapas fue el uso de escaleras, lo cual puede deberse al considerable impacto del efecto piso. Ambos hallazgos coinciden con lo reportado por Kohler *et al.* (2009).

Al analizar el efecto techo/piso se observa que, en general, los ítems que presentan mayor acuerdo entre evaluadores están condicionados por dicho efecto. La subescala de autocuidado fue la que menor influencia recibió del efecto techo/piso. Esto permite inferir que dicha subescala posee acuerdo satisfactorio entre evaluadores incluso en puntajes intermedios, los cuales suelen resultar los más controversiales.

A pesar de que se esperaba encontrar mayor acuerdo al consultar con los diferentes recursos de referencia en comparación a la etapa control, la variabilidad en la puntuación y el porcentaje de registros con acuerdo total no variaron considerablemente. Se observó un leve aumento en el grado de acuerdo al consultar con otros profesionales del equipo interdisciplinario y con los recursos de referencia de preferencia del profesional. La etapa con menor acuerdo en general fue la de la consulta con el instructivo. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grado de acuerdo a partir de la utilización de diferentes recursos de referencia para la puntuación. Por esta razón, no se pudo establecer una relación causal entre las variables de estudio. Es decir, no se observó una influencia del uso de recursos de referencia sobre el grado de acuerdo en la puntuación de la escala FIM.

El estudio presenta ciertas limitaciones que pueden afectar la interpretación de los resultados. En primer lugar, los evaluadores no estaban ciegos al propósito de la investigación, lo que podría haber introducido sesgos en la recopilación de datos. Además, el grupo de evaluadores era heterogéneo en términos de nivel de entrenamiento y experiencia en el uso de la escala, lo que podría haber influido en la consistencia de los puntajes asignados. Dado que se llevó a cabo en un entorno clínico real, no fue posible controlar la variable años de experiencia de la profesional. En la institución estudiada se suele atender a un paciente entre una profesional experimentada con otra con menor experiencia y las parejas de profesionales que atendían al mismo paciente no podían modificarse. Asimismo, participar en el estudio implicó una tarea adicional para las terapeutas ocupacionales. Esto, sumado a la duración del estudio podría haber afectado el grado de atención, compromiso y rigor al puntuar a lo largo del tiempo. Además, las

etapas estuvieron determinadas por el tiempo transcurrido y no por la cantidad de comparaciones alcanzadas. Esto generó una variabilidad en el tamaño muestral y sumado a su pequeño tamaño puede limitar la generalización de lo observado. Estas limitaciones sugieren que los resultados deben interpretarse con precaución y que se necesitan estudios adicionales para confirmar y ampliar los hallazgos de este estudio.

A partir de la variación en el grado de acuerdo en la puntuación detectada en el estudio, se puede reflexionar sobre los posibles factores influyentes, con el objetivo de considerar soluciones para implementar en la práctica clínica. Esta variabilidad puede atribuirse a diversas razones relacionadas con el evaluador, el contexto de evaluación y la propia escala.

En cuanto al evaluador, factores como el nivel de entrenamiento en el uso de la escala (Kohler, *et al.*, 2010) y la certificación en su aplicación (Segal *et al.*, 1993), pueden influir en la consistencia de los puntajes. En Argentina, el entrenamiento con el que cuentan los terapeutas ocupacionales en la administración del FIM es principalmente clínico y basado en el instructivo de la evaluación. Generalmente, es difícil acceder a capacitaciones oficiales en el uso de la herramienta y la mayoría de los profesionales que la administra no cuenta con certificación en el uso de la misma. La experiencia en la utilización de la escala también puede afectar la precisión de los puntajes (Eisenstadt *et al.*, 2017; Kohler *et al.*, 2010). Tanto la falta de experiencia como el exceso de confianza en el conocimiento de la herramienta por parte de profesionales experimentados pueden llevar a la inexactitud en la puntuación (Doctor *et al.*, 2003; Eisenstadt *et al.*, 2017). Además, la forma en que se administra la escala puede variar entre diferentes evaluadores (McPherson *et al.*, 1996), lo que puede resultar en diferentes niveles de rigurosidad al indagar en el desempeño del paciente y al calificar los ítems (Kohler *et al.*, 2010). También pueden existir diferentes interpretaciones subjetivas (McPherson *et al.*, 1996; Russo *et al.*, 2013), tanto en el entendimiento de la escala como en el análisis del nivel funcional del paciente, lo que podría afectar la asignación de puntajes.

El contexto de evaluación también juega un papel crucial, ya que el entorno y el tiempo disponible para administrar la escala puede variar. Asimismo, la persona entrevistada puede cambiar entre un evaluador y otro. La información proporcionada por el entrevistado puede variar según la motivación (Segal *et al.*, 1993) o fatiga al momento de la evaluación. También, puede influir la subjetividad al brindar la información o la fluctuación del desempeño del paciente según el momento del día o el asistente.

En cuanto a la escala y el procedimiento de evaluación, aunque el FIM establece los parámetros de medición, puede ser difícil cuantificar el nivel de asistencia que requiere la persona. La complejidad de algunas categorías de evaluación o la

falta de claridad en algunos criterios de puntuación puede contribuir a la variabilidad en la asignación de puntajes.

La fluctuación en el grado de acuerdo en la puntuación de la escala FIM puede entenderse como un fenómeno multifactorial, con algunos aspectos susceptibles de modificación y otros inherentes al proceso de evaluación. Para mejorar la precisión en la calificación del FIM, es fundamental considerar algunas estrategias.

En primer lugar, se destaca la importancia del entrenamiento adecuado y la certificación de los evaluadores en el uso de la escala (Hamilton *et al.*, 1994; Kohler *et al.*, 2009; Kohler *et al.*, 2010). Este entrenamiento y la capacitación continua (Russo *et al.*, 2013) es esencial para que los evaluadores sean competentes al administrar la escala, comprendan claramente los criterios de puntuación y puedan aplicarla de manera consistente. Para mantener la capacitación continua se propone realizar sesiones regulares de revisión y discusión, donde se puedan compartir experiencias, abordar preguntas y discutir casos complejos, para intentar alinear las interpretaciones de los evaluadores.

Por otro lado, Doctor *et al.* (2003) argumentan que la evaluación exacta no solo depende del conocimiento del profesional, sino también del uso adecuado de recursos de referencia para la puntuación. Aunque no se hayan encontrado diferencias significativas en los resultados, se considera enriquecedor utilizar los recursos de referencia de manera combinada para apoyar la decisión clínica al momento de puntuar la escala. Tanto la consulta con otros profesionales del equipo interdisciplinario como la consulta con los instructivos de la escala, se sugiere realizarlas según el criterio de la terapeuta ocupacional en ítems puntuales que generen dudas o en los que la información disponible no sea confiable o suficiente para calificar la escala.

Además, se sugiere puntuar la escala de manera consensuada entre terapeutas, a través de una comunicación constructiva para discutir los casos puntuales antes de puntuar, evitando discrepancias en la calificación. Sin embargo, esta estrategia implicaría más tiempo para la administración de la escala (Kohler *et al.*, 2009).

En conclusión, el grado de acuerdo entre terapeutas ocupacionales en la puntuación del FIM fue satisfactorio. Sin embargo, existen variaciones en el grado de acuerdo al momento de puntuar los ítems de la escala. Es necesario reducir la variabilidad en los puntajes asignados por terapeutas ocupacionales, para aumentar la precisión en la calificación de los ítems de la escala FIM. No se observó un patrón consistente en el grado de acuerdo durante las etapas de estudio. El ítem con mayor acuerdo en las 4 etapas fue el uso de escaleras. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grado de acuerdo a partir de la utilización de diferentes recursos de

referencia para la puntuación. A partir de los resultados, puede establecerse que el uso de recursos de referencia no influye en el grado de acuerdo en la puntuación del FIM. ■

[Recibido 06/09/2023 - Aprobado 27/06/24]

Referencias

- Daving, Y., Andren, E., Nordholm, L. & Grimby, G. (2001). Reliability of an interview approach to the Functional Independence Measure. *Clinicas Rehabilitation*, 15, 301-310.
- Doctor, J. N., Wolfson, A. M., Mcknight, P., & Burns, S. P. (2003). The effect of inaccurate FIM instrument ratings on prospective payment: A study of clinician expertise and FIM rating difficulty as contributing to inaccuracy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(1), 46–50. doi: 10.1053/apmr.2003.50063
- Eisenstadt, D., Summar, A., & Beckel, J. (2017). Development of Professionalism and Performance Accountability for Sustained FIM Accuracy Improvement. *Rehabilitation Nursing*, 42(2), 67–74. <https://doi.org/10.1002/rnj.224>
- Hamilton, B., Laughlin, J., Fiedler, R., & Granger, C. (1994). Interrater reliability of the 7-level functional independence measure (FIM). *Journal of Rehabilitation Medicine*, 26(3), 115–119. <https://doi.org/10.2340/165019771994263115119>
- Kohler, F., Dickson, H., Redmond, H., Estell, J. & Connolly, C. (2009). Agreement of functional independence measure item scores in patients transferred from one rehabilitation setting to another. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 45(4), 479-485.
- Kohler, F., Redmond, H., Dickson, H., Connolly, C., & Estell, J. (2010). Interrater Reliability of Functional Status Scores for Patients Transferred From One Rehabilitation Setting to Another. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(7), 1031–1037. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.03.020>
- McPherson, K. M., Pentland, B., Cudmore, S. F., & Prescott, R. J. (1996). An inter-rater reliability study of the Functional Assessment Measure (FIM + FAM). *Disability and Rehabilitation*, 18(7), 341–347. <https://doi.org/10.3109/09638289609165892>
- Russo, T., Felzani, G., Giunta, M., Mascio, C. D., & Marini, C. (2013). Monitoring recovery by physical therapists using the FIM scale during rehabilitation programs: An inter-rater and intra-rater reproducibility study. *Health*, 05(06), 99–104. <https://doi.org/10.4236/health.2013.56a2015>
- Segal, M. E., Ditunno, J. F., & Staas, W. E. (1993). Interinstitutional agreement of individual functional independence measure (FIM) items measured at two sites on one sample of SCI Patients. *Spinal Cord*, 31(10), 622–631. <https://doi.org/10.1038/sc.1993.101>
- Somoza, M. J., y Melcon, M. O. (2015). Discapacidad por enfermedades neurológicas. Carga, población y recursos humanos en Argentina. *Neurología Argentina*, 7(4), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2015.07.004>
- Stineman, M. G., Shea, J. A., Jette, A., Tassoni, C. J., Ottenbacher, K. J., Fiedler, R., & Granger, C. V. (1996). The functional independence measure: Tests of scaling assumptions, structure, and reliability across 20 diverse impairment categories. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(11), 1101–1108. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(96\)90130-6](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(96)90130-6)
- UBFA Inc. (2002). IRF-PAI Training Manual. En *Centers for Medicare & Medicaid Services*. UBFA. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/InpatientRehabFacPPS/downloads/irfpai-manualint.pdf>
- Zerboni, C., Dominguez, S., Buzzelli, C., Nagelkop, N. D., Roselló, M., & Ron, M. I. (2023). Occupational Therapy Practice in the Rehabilitation of Adults with Occupational Dysfunction following a Neurological Injury in Argentina: A Descriptive Study. *Occupational Therapy in Health Care*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/07380577.2023.2238225>

Cómo citar este artículo:

Dominguez, S., Zerboni, C., Buzzelli, C., Charytoniuk., V. (2024). Acuerdo entre terapeutas ocupacionales en la puntuación de la Medida de Independencia Funcional: comparación en la utilización de diferentes recursos de referencia. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 29-36.

Existencia de estresores previos en personas que sufrieron condiciones musculoesqueléticas y nerviosas compresivas en miembro superior. Estudio prospectivo desde Terapia Ocupacional

Existence of Previous Stressors in People Who Suffered Musculoskeletal and Compressive Nervous Conditions in the Upper Limb. A Prospective Study from Occupational Therapy

Milagros Oilhaborda

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Jefa de residentes de Terapia Ocupacional del Sistema de Residencias para Profesionales de la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, del programa del Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia.

oilhaborda.milagros@gmail.com

Milagros Oilhaborda

Resumen

En el consultorio externo de traumatología y reumatología se atiende un gran caudal de pacientes que han sufrido algún traumatismo en miembro superior. Desde Terapia Ocupacional, se pudo pesquisar que los mismos referían haber atravesado estresores previos, es decir habían sufrido la pérdida o fallecimiento de un familiar/amigo, separaciones de cónyuges, despido laboral, peleas con familiares, jubilaciones, etc. previas a que les ocurriera la lesión traumática. Estas lesiones resultan disruptivas en su cotidianidad, afectando directamente la participación independiente en las actividades de la vida diaria. **Objetivo:** Estimar la prevalencia y la distribución de frecuencia de estresores previos a una condición musculoesquelética y nerviosa compresiva en personas con traumatismos de miembro superior. **Objetivo específico:** Permitir a los participantes la identificación de posibles estresores previos a la lesión por la cual consultan. **Metodología:** Estudio de cuantificación, descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Muestra de 93 personas que ingresaron al consultorio de traumatología y reumatología de Terapia Ocupacional de un Hospital de Agudos entre octubre del 2022 y octubre de 2023. **Resultados:** El estresor más identificado por las personas fue *Cambio en el ritmo del sueño* con un 5.8% (IC 95% 419.800- 789.700) y *Muerte de un familiar cercano* un 4.7 % (IC 95% 332.100-671.100). El 99% de las personas identificaron al menos un estresor previo a su lesión traumática (IC 95% 94.091.600- 99.972.800). **Conclusión:** No existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio y las variables a controlar.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, trastornos musculoesqueléticos, trastornos de los nervios periféricos, síndrome de compresión nerviosa, miembro superior.

Abstract

The trauma and rheumatology outpatient clinic sees a large number of patients who have suffered some kind of trauma to the upper limb. From Occupational Therapy's area, it was found that these patients reported having suffered previous stressors, i.e. the loss or death of a family member/friend, separation of spouses, dismissal from work, fights with relatives, retirement, etc. before the traumatic injury occurred. These injuries are disruptive to their daily lives, directly affecting independent participation in activities of daily living. Objective: To estimate the prevalence and frequency distribution of stressors prior to a compressive musculoskeletal and nerve condition in people with upper limb trauma. Specific objective: To enable participants to identify possible stressors prior to the injury for which they consult. Methodology: A descriptive, observational, prospective, cross-sectional, quantitative study. Sample of 93 people admitted to the occupational therapy trauma and rheumatology clinic of an acute care hospital between October 2022 and October 2023. Results: The stressor most identified by individuals was Change in sleep rhythm at 5.8% (95% CI 419,800- 789,700) and Death of a close family member at 4.7% (95% CI 332,100-671,100). 99% of people identified at least one stressor prior to their trauma injury (95% CI 94,091,600-99,972,800). Conclusion: There is no statistically significant relationship between the studied variables and the variables under control.

Keywords: Occupational Therapy, Musculoskeletal Disorders, Peripheral Nerve Disorders, Nerve Compression Syndrome, Upper Limb.

Introducción

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, define la práctica de Terapia Ocupacional como el uso terapéutico de las actividades diarias con individuos o grupos de personas con el objetivo de facilitar la participación en roles y ambientes en los cuales se desempeñan. Los terapeutas ocupacionales tienen por objetivo promover la salud y el bienestar de aquellas personas que tienen, o están en riesgo de desarrollar, limitaciones o restricciones en su participación en actividades significativas (Ávila Álvarez *et al.*, 2008). En línea con esta definición, Frigeri *et al.* (2020) definen la Terapia de mano como el arte y la ciencia de la rehabilitación de la extremidad superior, que incluye el tratamiento de cualquier lesión en la mano, la muñeca, el codo y la cintura escapular. Es un tipo de rehabilitación especializada, llevada a cabo por un terapeuta ocupacional, con el objetivo de que el paciente retome sus actividades diarias y mejore su calidad de vida.

En el Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, el equipo de Terapia Ocupacional realiza esta práctica en el consultorio externo de traumatología y reumatología, donde se reciben derivaciones de diversos hospitales, lo que se refleja en un amplio flujo de pacientes. La mayoría de estos pacientes acuden por fracturas (postoperatorias o con tratamiento conservador), tenosinovitis flexora, traumatismos graves de mano, lesiones de tendones y lesiones nerviosas. Los tiempos de rehabilitación de estas lesiones pueden variar, incluyendo desde 2 meses hasta un año de seguimiento, según la necesidad y gravedad de cada caso.

Estas lesiones resultan profundamente disruptivas en la vida cotidiana de los pacientes, afectando directamente su capacidad para participar de manera independiente en las actividades diarias. La incapacidad para llevar a cabo actividades que antes eran simples y rutinarias, como vestirse, cocinar o trabajar, puede llevar a sentimientos negativos como frustración, tristeza y disminución de la autoestima. En consecuencia, estas lesiones no solo tienen un impacto físico, sino también, emocional y psicológico.

Al indagar sobre la situación individual de cada paciente al momento de lesionarse, muchos expresaron que les sucedió “en su peor momento”, refiriéndose a que no estaban atravesando un buen período en sus vidas. Este “peor momento” se caracterizaba por la presencia de **estresores previos** a la condición musculoesquelética y nerviosa por la cual asistían al consultorio. Estos estresores incluían la pérdida o fallecimiento de un familiar o amigo, separaciones conyugales, despidos laborales, conflictos familiares, jubilaciones, entre otros, que ya afectaban negativamente su bienestar emocional y físico.

La lesión se percibía entonces no solo como un evento físico aislado, sino como la culminación de una serie de eventos es-

tresantes, lo que intensificaba su impacto en la salud mental y emocional. Por lo tanto, los pacientes no solo estaban lidiando con el dolor físico y las limitaciones funcionales de sus lesiones, sino también con un alto nivel de estrés emocional preexistente, lo cual complicaba aún más su recuperación y bienestar general.

En una situación de estrés, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas como las catecolaminas. Estas producen distintos efectos en el organismo, como aumento de la presión sanguínea, vasoconstricción/vasodilatación, preparación del cuerpo para la lucha o la huida, influencia en los procesos metabólicos con la liberación/supresión de hormonas de la hipófisis anterior, insulina, glucagón, hormona del crecimiento, incremento del consumo de oxígeno y regulación de la movilización de glucosa y grasa (García y Heredia, 2018), lo cual evidencia la influencia del estrés sobre diferentes sistemas del cuerpo.

En línea con lo anterior, Gómez-González y Escobar (2006) afirman que el estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona y produce cambios bioquímicos en el cuerpo. Estos autores, en su artículo de revisión, concluyen que las hormonas del estrés modulan el funcionamiento del sistema inmunológico, siendo un aspecto fundamental a tener en cuenta en enfermedades infecciosas, autoinmunes y en la cicatrización de heridas, ya que el estrés disminuye el funcionamiento normal de dicho sistema, empeorando las condiciones de salud de las personas.

En relación a lo anteriormente expuesto, el presente estudio propone como marco lo expresado por la disciplina científica denominada Psiconeuroinmunoendocrinología, la cual estudia, documenta y comprende los diferentes mecanismos de regulación y control que se ponen en juego en la intercomunicación de los sistemas psíquico, nervioso, endocrino e inmune de las personas, proponiendo de esta manera un modelo integrador que permite considerar los factores biopsicosociales y la interacción mente-cuerpo-ambiente en los procesos de salud-enfermedad (Guzmán y Pérez, 2013).

Moscoso (2020, citado en García y Heredia, 2018) describe la interacción psiconeuroinmunoendocrina frente al estrés, exponiendo que el cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, emocional y comportamental del estrés, percibiendo y determinando los factores estresantes a través del lóbulo frontal con un componente cognitivo, que en definitiva está influenciado por el ambiente y los estilos de vida de cada persona en particular. Estos autores resaltan el hecho de que el cerebro no solo comanda el sistema nervioso autónomo, sistema endocrino y sistema inmune, sino que también dirige el comportamiento del individuo y su forma de relacionarse con el medio ambiente.

El modelo biomédico de salud, utilizado actualmente, presenta como eje central lo biológico y deja de lado aspectos

biopsicosociales, satisfaciendo parcialmente los problemas de salud de las personas (Guzmán y Pérez, 2013). Estos autores afirman que existe una distancia entre los aspectos biomédicos y los psicosociales, llevándolos a retomar el proceso salud-enfermedad como una interacción compleja sustentada en el equilibrio de los factores biopsicosociales, haciendo hincapié en la interacción mente-cuerpo-ambiente de las personas en los diversos ámbitos en los que se desempeñan.

En relación a lo descrito anteriormente, es que resulta interesante poder realizar una investigación cuyo objetivo general es estimar la prevalencia y la distribución de frecuencia de estresores previos a una condición musculoesquelética y nerviosa compresiva en personas con traumatismos de miembro superior. El objetivo específico es permitir a los participantes la identificación de posibles estresores previos a la lesión por la cual consultan.

A través de una búsqueda bibliográfica realizada en relación al tema seleccionado de investigación, no se han encontrado artículos científicos que estudien las mismas variables seleccionadas, ni que hagan referencia a una población de estudio similar. Por lo tanto se considera de gran importancia sumar información confiable sobre la temática de estudio, que enriquezca el trabajo disciplinar.

Materiales y método

Tipo de diseño: Estudio de cuantificación, descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

Población y muestra: La muestra fue no probabilística consecutiva, quedó conformado por 93 personas de 18 y 85 años con condiciones musculoesqueléticas y nerviosas compresivas en miembro superior que asistieron a consultorios externos de Traumatología y Reumatología de Terapia Ocupacional entre Octubre de 2022 y Octubre de 2023.

Se estimó el tamaño muestral usando el Programa EPITOOLS (<https://epitools.ausvet.com.au/oneproportion?page=1Proportion>) y se requieren 93 casos, con un nivel de confianza de un 95%, proporción esperada del 0.6% y una precisión del 0.1%.

Criterios de inclusión: Toda persona de entre 18 y 85 años ingresados a consultorio externo de Terapia Ocupacional del Hospital B. Rivadavia entre Octubre 2022 y Junio 2023 que presentaron una condición musculoesquelética y nerviosa compresiva en miembro superior, incluyendo dentro de las mismas a lesiones tendinosas, lesiones nerviosas, fracturas, lesión grave de mano, síndrome doloroso regional complejo, según derivación médica. Se incluyeron a pacientes que tengan uno o más de estas patologías. Esta condición debió ser dentro de los 12 meses previos.

Criterios de exclusión:

- Padecimiento de salud mental previo a lesión referido por el paciente.
- No deseo de participar en investigación
- Pacientes con discapacidad cognitiva, considerando la misma como la incapacidad de referir su nombre, apellido, fecha de nacimiento, lugar de residencia y año actual.
- Pacientes con incapacidad para hablar, incompreensión del idioma español y posea fallas de memoria que imposibilite dar cuenta de situaciones vividas previas a la lesión.

Procedimientos

Previo a llevar a cabo la investigación científica, el protocolo fue presentado para valoración y posterior aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital B. Rivadavia, y se siguieron las normas establecidas para mantener la confidencialidad de los datos. Se entregó un cuestionario autoadministrado con posibilidad de asistencia por parte del profesional tratante en caso de que el paciente tuviera dificultades para la comprensión o escritura. El cuestionario fue creado por la investigadora y no ha sido validado.

El cuestionario persiguió el objetivo de que las personas pudieran identificar, a partir de la lectura de los posibles estresores, si alguno se correspondía a algún evento vivido previo a la lesión por la cual asistieron al consultorio. A su vez, se brindó la opción de "otros" por si consideraban algún estresor no mencionado. Teniendo en cuenta el posible impacto emocional que pudiera generarse al realizar el cuestionario, en el que los participantes podían darse cuenta de que tenían algún tipo de "asociación" con algún estresor, se llevó a cabo escucha activa y contención por parte de la profesional que administraba el cuestionario. Se ofreció la interconsulta o derivación con el servicio de Salud Mental del Hospital en caso de necesitarse.

El cuestionario se tomó a todas las personas que cumplieron con los criterios de inclusión previa toma de un consentimiento informado.

Variables

Variables de estudio:

Estresores previos hasta 12 meses antes de la lesión. Se toma este intervalo de tiempo debido a que en la bibliografía encontrada la mayoría de los autores refieren que el tiempo estándar máximo del impacto de estresores es de 12 meses. Se entiende a los estresores previos como:

Aquella situación en la cual las demandas externas (sociales) o las demandas internas (psicológicas) superan

nuestra capacidad de respuesta. Se provoca así una alarma organiza que actúa sobre los sistemas nervioso, cardiovascular, endocrino e inmunológico, produciendo un desequilibrio psicofísico y la consiguiente aparición de la enfermedad (López Rosetti, 2005, p. 18).

Se tomaron como estresores las diferentes situaciones personales vividas enumeradas en una adaptación española del "Test de eventos de vida" elaborado por los psicólogos Thomas Holmes y Richars Rahe en 1967:

1. Muerte del cónyuge
2. Separación
3. Divorcio
4. Matrimonio
5. Reconciliación con pareja
6. Rotura de un noviazgo o relación similar
7. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda
8. Embarazo deseado
9. Embarazo no deseado
10. Aborto provocado
11. Aborto no deseado
12. Relación sexual al margen del matrimonio
13. Ruptura de la relación sexual a margen del matrimonio
14. Dificultades sexuales
15. Dificultades en la educación de los hijos
16. Niños bajo el cuidado de otras personas
17. Muerte de un familiar cercano
18. Enfermedad o mejoría de una enfermedad de un miembro a la familia
19. Incorporación de un nuevo miembro a la familia
20. Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar
21. Ruptura de la familia (separación de padres)
22. Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar
23. Desaparición de problemas con los vecinos o familiares que no viven en la casa familiar
24. Período de alejamiento del hogar
25. Hijos lejos del hogar
26. Quedarse sin trabajo
27. Retiro laboral/Jubilación
28. Despido
29. Cambio de lugar de trabajo
30. El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de casa
31. Ascenso en el trabajo
32. Problemas superiores en el trabajo
33. Nueva actividad en el mismo trabajo

34. Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo
35. Cambio de horario de las condiciones del trabajo actual
36. Problemas con colegas o compañeros de trabajo
37. Préstamo o hipoteca de más de gran cantidad de dinero
38. Ingresos aumentados sustancialmente (25%)
39. Ingresos reducidos sustancialmente (25%)
40. Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento
41. Problema legal menor
42. Complicación en una pelea
43. Enfermedad o accidente que requiera reposo cama
44. Muerte de un amigo
45. Cambio de casa
46. Compra de casa
47. Accidente o situación de violencia física
48. Éxito personal de gran importancia
49. Exámenes
50. Reformas en la casa
51. Cambio en las costumbres personales (de salir, de vestir, de estilo de vida. etc.)
52. Cambio en opiniones religiosas
53. Cambios en opiniones políticas
54. Cambios en costumbres sociales
55. Cambio en el ritmo del sueño
56. Cambio en las costumbres alimenticias o de apetito
57. Vacaciones fuera de casa
58. Fiesta de Navidad y Reyes
59. Problemas relacionados con el alcohol o drogas
60. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico
61. Repentino y serio deterioro de la audición y/o visión
62. Otros ¿cuáles?

(Rivera *et al.*, 1983, p. 2-5)

Estas variables se registraron por referencia de los pacientes a través de una escala nominal dicotómica (si- no).

Variables de categorización:

- **Edad:** Se midió a través de una escala numérica. Teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha de ingreso a tratamiento por consultorio externo. Se agruparon en escalas de intervalos de 20 años: 18 a 40 años, 41 a 60 años y más de 61 años.
- **Diagnóstico:** Medido en escala nominal, según el diagnóstico anotado en la derivación a Terapia Ocupacional.

VARIABLES A CONTROLAR:

- **Sexo:** medida en escala nominal según referencia de la persona categorizada en femenino o masculino.
- **Estado civil:** medida en escala nominal según referencia de la persona contemplando las siguientes categorías: soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/ separado.
- **Grupo conviviente:** medida en escala nominal incluyendo las siguientes categorías: Vive solo o acompañado.

Resultados

El cuestionario fue completado por 93 personas que ingresaron al consultorio de traumatología y reumatología de Terapia Ocupacional del Hospital Bernardino Rivadavia.

En relación a la **caracterización de la muestra**, la misma se encuentra conformada por una mayoría de pacientes dentro de un rango etario de 41 a 61 años con un 46%, un 31% entre 18 y 40 años; y un 23% más de 61 años.

En cuanto al **diagnóstico**, la muestra se encuentra conformada por una mayoría de personas con Fracturas en un 43% (IC 95% 3.292.200 - 5.368.300), un 17% de Síndrome del Túnel Carpiano (IC 95% 1.045.000 - 2.673.700), un 12% de Tenosinovitis flexoras en dedos (IC 95% 633.800 - 2.058.300), un 5% de Tenorrafias y lesiones nerviosas (IC 95% 1.671.100 - 12.652.600), un 4% de Tendinitis (C 95% 1.184.100 - 12.752.200), un 2% de Rigidez articular de dedos, Mallet finger, Tenosinovitis de Quervain y herida de partes blandas en mano (IC 95% 261.300 - 8.008.700) y un 1% conformadas con diagnóstico de Epicondilitis, Ganglión en mano, Amputación y Carpectomía proximal del carpo (IC 95% 27.200 - 5.908.400).

El estresor más identificado por las personas fue **cambio en el ritmo del sueño** con un 5.8% (IC 95% 419.800 - 789.700) y **muerte de un familiar cercano** un 4.7 % (IC 95% 332.100 - 671.100), siendo un total de 674 estresores identificados por las personas que participaron (ver tabla 1).

A su vez, el 3.7% de la muestra identificó estresores que **no se encontraban enunciados en el cuestionario** (IC 95% 246.500 - 550.500). Agregando estresores como "Consumo problemático de sustancias de personas que viven en el hogar familiar, migraciones, dificultades para concentrarse, distanciamiento de hijos y familia, culpa por muerte de cónyuge o por accidentes de personas a su cuidado, cuidado de otros, hijos con discapacidad, pérdida de embarazo de cónyuge, traumas de la infancia no resueltos, preocupación por salud mental propia" y, en mayor frecuencia, el fallecimiento de familiares que han fallecido hace más de 12 meses pero consideran que es un estresor que se encuentra presente interfiriendo en el desempeño diario.

Tabla 1. Distribución de frecuencia de estresores identificados en la muestra.

Estresores	Frac Abs.	Porcentaje	IC 95%	
Embarazo no deseado	0	0	0	557.300
Aborto no provocado	0	0	0	557.300
Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento	0	0	0	557.300
Matrimonio	1	0.14	3.800	945.900
Embarazo deseado	1	0.14	3.800	945.900
Aborto provocado	1	0.14	3.800	945.900
Complicación en una pelea	1	0.14	3.800	945.900
Divorcio	2	0.29	35.900	1.083.500
Niños bajo el cuidado de otras personas	2	0.29	35.900	1.083.500
Préstamo o hipoteca de gran cantidad de dinero	2	0.29	35.900	1.083.500
Compra de casa	2	0.29	35.900	1.083.500
Cambio en opiniones políticas	2	0.29	35.900	1.083.500
Relación sexual al margen del matrimonio	3	0.44	91.600	1.667.100
Ruptura de la relación sexual al margen del matrimonio	3	0.44	91.600	1.667.100
Desaparición de los problemas con los vecinos o familiares que no viven en la casa	3	0.44	91.600	1.667.100
Despido	4	0.59	158.300	1.715.300
Ascenso en el trabajo	4	0.59	158.300	1.715.300
Problema legal menor	4	0.59	158.300	1.715.300
Cambio en opciones religiosas	4	0.59	158.300	1.715.300
Problemas relacionados con el alcohol o drogas	4	0.59	158.300	1.715.300
Muerte del cónyuge	5	0.74	228.500	2.871.900
Reconciliación con la pareja	5	0.74	228.500	2.871.900
Ingresos aumentados sustancialmente (25%)	5	0.74	228.500	2.871.900
Accidente o situación de violencia física	5	0.74	228.500	2.871.900
Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	6	0.89	287.100	3.216.200
Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo	8	1.19	392.100	3.721.500
Éxito personal de gran importancia	8	1.19	392.100	3.721.500
Dificultades sexuales	9	1.33	484.000	3.859.300
Retiro laboral/jubilación	9	1.33	484.000	3.859.300
El cónyuge comienza o deja de trabajar	9	1.33	484.000	3.859.300
Exámenes	9	1.33	484.000	3.859.300
Fiesta de Navidad o Reyes	9	1.33	484.000	3.859.300
Problemas superiores en el trabajo	10	1.48	75.600	280.400
Nueva actividad en el mismo trabajo	10	1.48	75.600	280.400
Enfermedad o accidente que requiera reposo en cama	11	1.63	86.100	299.300

Estresores	Frac Abs.	Porcentaje	IC 95%	
Separación	12	1.78	96.700	317.900
Cambios en costumbres sociales	12	1.78	96.700	317.900
Periodo de alejamiento del hogar	13	2	107.600	336.400
Muerte de un amigo	13	2	107.600	336.400
Dificultades en la educación de los hijos	14	2	118.600	354.800
Ruptura de la familia	14	2	118.600	354.800
Problemas con los vecinos o familiares que no viven en la casa	14	2	118.600	354.800
Cambio de lugar de trabajo	14	2	118.600	354.800
Problemas con colegas o compañeros de trabajo	14	2	118.600	354.800
Reformas en la casa	14	2	118.600	354.800
Vacaciones fuera de casa	14	2	118.600	354.800
Rotura de un noviazgo o relación similar	15	2	129.700	373.000
Cambio de horario de las condiciones de trabajo	15	2	129.700	373.000
Repentino y serio deterioro de audición y/o visión	15	2	129.700	373.000
Incorporación de un nuevo miembro de la familia	16	2.4	141.000	391.200
Quedarse sin trabajo	18	2.7	163.800	427.100
Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar	20	3	187.000	462.800
Hijos lejos del hogar	20	3	187.000	462.800
Cambio de casa	20	3	187.000	462.800
Ingresos reducidos sustancialmente (25%)	24	3.6	234.400	533.100
Enfermedad o mejoría de una enfermedad de un miembro de la familia	25	3.7	246.500	550.500
Otros. ¿Cuáles?	25	3.7	246.500	550.500
Cambio en las costumbres personales (de salir, vestir, estilos de vestir, estilos de vida, etc)	26	4	258.500	567.900
Enfermedad prolongada que requiere de tratamiento médico	27	4	270.700	585.200
Cambio en las costumbres alimenticias o de apetito	28	4.15	282.900	602.500
Muerte de un familiar cercano	32	4.7	332.100	671.100
Cambio en el ritmo del sueño	39	5.8	419.800	789.700
TOTAL	674	100%		

Cabe destacar que de las 93 personas que participaron del estudio solo una no identificó algún estresor previo a su lesión traumática de miembro superior, por lo que el 99% de la muestra ha identificado al menos un estresor (IC 95% 94.091.600 - 99.972.800). De las 93 personas, 12 identificaron 1 estresor siendo un 13% (IC 95% 713.400 - 2.183.800), 12 personas identificaron 3 estresores siendo un 13% (IC 95% 713.400 - 2.183.800) y 11 personas identificaron 11 estresores siendo un 12 % (IC 95% 633.800 - 2058.300).

En relación a las variables a controlar, se realizó el análisis estadístico correspondiente (análisis bivariado y prueba chi-cuadrado) y se registró que no existe una relación significativa entre las siguientes variables:

1. El **sexo** de las personas que participaron y la cantidad de estresores identificados, que se detalla en la tabla 2. (Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,174454$). Cabe destacar que el 65% de la muestra fueron mujeres, de las cuales el 53% marco entre 0 y 5 estresores y que en contraparte, del 35% de muestra masculina, el 45% marco de 0 a 5 estresores, siendo ambos números muy similares. Contradiciendo así las teorías de que ser mujer pudiera influir en la cantidad de situaciones estresantes que se identifican en la vida diaria.
2. El **grupo conviviente** de las personas que conforman la muestra y la cantidad de estresores que identificó cada uno, detallada en la tabla 3, (Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,553242$).
3. El **estado civil** de las personas que participaron de la muestra y la cantidad de estresores que identificó cada uno, detallada en tabla 4. (Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,976721$)

Tabla 2. Cruce de variable sexo y cantidad de estresores identificados.

Estresores / Sexo	M	F	Total
0-5	15	32	47
	45%	53%	50%
6 -oct	11	10	21
	33%	17%	23%
Más de 10	7	18	25
	21%	30%	27%
Total	33	60	93
	100%	100%	100%

Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,174454$.

Tabla 3. Cruce variables grupo conviviente y cantidad de estresores identificados

Estresor / Grupo	Solo	Acompañado	Total
0-5	12	35	47
	55%	49%	50%
6 -oct	6	15	21
	27%	21%	23%
Más de 10	4	21	25
	18%	30%	27%
Total	22	71	93
	100%	100%	100%

Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,553242$.

Tabla 4. Cruce de variables Estado civil y cantidad de estresores identificados

Estresor / Grupo	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Total
0-5	27	13	4	3	47
	50%	57%	40%	50%	50%
6 -oct	13	4	3	1	21
	24%	17%	30%	17%	23%
Más de 10	14	6	3	2	25
	26%	26%	30%	33%	27%
Total	54	23	10	6	93
	100%	100%	100%	100%	100%

Prueba Chi - cuadrado de Pearson $p < 0,976721$.

Discusión

El objetivo del presente trabajo es estimar la prevalencia y la distribución de frecuencia de estresores previos a condiciones musculoesqueléticas y nerviosas compresivas de miembro superior. Además, se busca que las mismas identifiquen, a partir de la lectura de los posibles estresores, si alguno se corresponde a algún evento vivido previo a la lesión por la cual asisten al consultorio de Traumatología y Reumatología de Terapia Ocupacional en un Hospital de Agudos.

Los resultados mencionados reflejan la cantidad de estresores a los que las personas están expuestas hoy en día y el impacto de los mismos en el organismo. Asimismo, muestran cómo desde el consultorio de Terapia Ocupacional se abordan las problemáticas no solo desde su carácter biológico, como podrían ser condiciones musculoesqueléticas y nerviosas compresivas de miembro superior, sino también desde aspectos psicosociales que impactan directamente en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Esto obliga a los profesionales a focalizar sus intervenciones para mitigar estos efectos y promover el desempeño ocupacional de las personas.

En la tabla 1, que muestra la distribución de frecuencia de los estresores identificados por la muestra, se observa que el cambio en el ritmo de sueño y la muerte de un familiar cercano son los estresores más frecuentes. Además, se observa la presencia de intervalos de confianza amplios, lo que sugiere la necesidad de aumentar el tamaño de la muestra para mejorar la confiabilidad de los resultados y poder generalizarlos a la población.

Siguiendo los resultados y destacando la cantidad de estresores identificados por las personas, es de suma importancia reconocer que la salud y el bienestar no pueden reducirse simplemente a la ausencia de enfermedad física. La Psiconeuroinmunoendocrinología es una disciplina científica que propone un modelo no lineal del proceso salud-enfermedad, en el que se retoman los factores biopsicosociales y las interacciones mente-cuerpo-ambiente que experimentan las personas, lo-

grando un abordaje desde la complejidad e interacciones en el desempeño diario. Esta perspectiva promueve un abordaje ético, digno, humano y científico (Guzmán y Pérez, 2013).

La Psiconeuroinmunoendocrinología está estrechamente vinculada al estrés, dado que el mismo afecta las conexiones entre los sistemas neurológico, psicológico, inmunológico y endocrino, los cuales están profundamente interrelacionados. Comprender esta perspectiva implica reconocer cómo emociones como la angustia, la tristeza y el miedo pueden influir mutuamente en estos sistemas corporales. Según García y Heredia (2018), entender la integración de los sistemas y cómo se afectan mutuamente es fundamental. Esto ayuda a tomar conciencia y a motivarse para evitar que emociones negativas perturben la estabilidad. Controlar las mismas y dirigir las señales de comunicación entre las células del sistema nervioso, estabilidad inmune y endocrino permite mantener un estado de equilibrio que preserve la vida.

Es fundamental destacar que lo mencionado anteriormente es crucial para enfatizar la importancia del autoconocimiento y el reconocimiento de las emociones, con el objetivo de poder tomar medidas para abordarlas, pedir ayuda y trabajar en su gestión, con el fin de evitar que tengan un impacto adverso en los sistemas corporales, considerando el impacto de la salud mental en la manifestación de enfermedades. Por otro lado, los profesionales de la salud deben estar plenamente conscientes del impacto significativo que los sentimientos negativos tienen en la salud general de los individuos, afectando todos los sistemas corporales. Es fundamental que se mantengan alerta para ofrecer una atención integral, donde las personas se sientan acogidas y comprendidas. Esto implica facilitar un espacio de escucha activa y consciente, donde los pacientes puedan expresar sus emociones y preocupaciones libremente.

Además, es crucial empoderar a los pacientes para que se ocupen de su salud mental, reconociendo que el bienestar psicológico juega un papel fundamental en la recuperación física. Al fomentar este enfoque holístico, los profesionales de la salud no solo ayudan a mitigar los efectos negativos de los sentimientos adversos, sino que también promueven una mejoría integral en la salud de sus pacientes.

En relación a las limitaciones del presente estudio, se advierte que puede existir cierto sesgo en la recolección de datos, ya que el cuestionario realizado implica que la persona elija qué estresores compartir con el profesional. Por esta razón, se considera que el estudio podría aportar datos más precisos si fuera anónimo y virtual, sin la presencia de un profesional observando.

Conclusión

La presente investigación destaca la relevancia de identificar los principales estresores entre los pacientes que acuden a

consultas externas de traumatología en Terapia Ocupacional en un hospital de agudos. Se encontró que los cambios en el ritmo del sueño y la muerte de un familiar cercano son los estresores más comunes que afectan significativamente el desempeño ocupacional de las personas.

El cambio en el ritmo del sueño puede influir en la función cognitiva, emocional y física, enfatizando la importancia de mantener hábitos de sueño saludables para el bienestar general. Por otro lado, el duelo por la pérdida de un ser querido es una experiencia profundamente dolorosa y compleja, que puede desencadenar emociones intensas y dificultades en la adaptación a la nueva realidad sin la presencia del ser querido.

Además, se pudo observar que algunas personas continúan en duelo por familiares fallecidos hace más de 12 meses, resaltando la importancia de un abordaje adecuado del duelo para prevenir efectos duraderos y perjudiciales en la salud emocional, mental y física. La Terapia Ocupacional juega un papel crucial al proporcionar un espacio seguro para que las personas expresen sus emociones y procesen su dolor.

Es fundamental reconocer que la salud y el bienestar no pueden reducirse simplemente a la ausencia de enfermedad física, sino que también incluyen aspectos emocionales, creencias y factores psicosociales. En este contexto, la Psiconeuroinmunoendocrinología se revela como vital para el abordaje de la Terapia Ocupacional, al integrar los sistemas nervioso, inmune y endocrino en un enfoque holístico y científico que favorece la salud y la recuperación física de las personas.

Por otro lado, resulta significativo que los hallazgos de esta investigación indican que el 99% de los pacientes que asistieron al consultorio enfrentaron estresores previos. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes han enfrentado recientemente un nivel significativo de estrés emocional. Este hallazgo indica que, además de sus condiciones traumatológicas visibles, es probable que estos individuos estén sufriendo un impacto emocional considerable.

Este fenómeno subraya la importancia de considerar y abordar tanto los aspectos físicos como los emocionales en la atención en consultorio externo. Ignorar el impacto emocional podría limitar la eficacia del tratamiento y la recuperación completa. Por lo tanto, es crucial no pasar por alto el estado emocional de la persona durante la evaluación y el tratamiento de Terapia Ocupacional, ya que esto puede influir significativamente en su bienestar general.

Por esta razón, se considera crucial proporcionar el apoyo necesario y capacitar a los profesionales en estrategias específicas de escucha y acompañamiento para abordar las necesidades de manera adecuada y respetuosa. La formación en habilidades de comunicación es esencial, ya que impacta directamente en la calidad del tratamiento y el bienestar de las personas. Una comunicación efectiva establece una relación

de confianza y colaboración, motivando al paciente a participar activamente en su rehabilitación y asegurando que se sienta escuchado y comprendido. Por consiguiente, se considera que invertir en el desarrollo de estas habilidades es fundamental para proporcionar una atención de alta calidad y centrada en la persona.

Por último, los resultados de este estudio demuestran la variabilidad de estresores que puede haber atravesado una persona, lo que subraya la necesidad de trabajar de manera interdisciplinaria con otros profesionales de la salud. La complejidad de las vivencias individuales exige un abordaje integral que involucre diversas disciplinas. Es crucial reconocer esto y estar dispuestos a trabajar en equipo, aceptando que las herramientas de cada disciplina, por sí solas, son insuficientes. Como señala Montobbio (2013), "ningún actor ni ninguna disciplina pueden dar respuesta por sí solos a la complejidad de los problemas". Por lo tanto, es esencial no solo formarse en habilidades de comunicación para mejorar el abordaje a las personas que asisten al consultorio, sino también reconocer la necesidad de trabajar en red con otros profesionales para enfrentar esta problemática de manera efectiva.

Agradecimientos

Quisiera expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de manera significativa a la realización de este estudio. Principalmente a Camargo Celina y Cimini Di Gloria Elisa. Este proyecto no habría sido posible sin su valioso apoyo y colaboración. A su vez, me gustaría agradecer a Mariela Pérez, por sus valiosas sugerencias que contribuyeron de manera significativa al desarrollo de este trabajo. Así como también a todo el servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Bernardino Rivadavia, quienes brindaron su apoyo y comprensión a lo largo de este proceso de investigación.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a todos los participantes del estudio por su colaboración y dedicación, sin la cual este trabajo no habría sido posible. ■

[Recibido: 07/03/24 - Aprobado: 24/06/24]

Referencias

- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., & Talavera Valverde, M. A. (2008). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. *Traducido de: American Occupational Therapy Association*.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2002). Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso. *Revista Americana de Terapia Ocupacional (AJOT)*, 56, 609-639.
- Frigeri, S. B., Barbero, M., Lasser, D., y Ortiz, J. (2020). Cuando la unión hace la diferencia: rehabilitación de la mano en la Argentina. Un

- repasso por la historia. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, 85, 40-44.
- Hurtado Guzmán, D. F., & Henao Pérez, J. (2013). *La psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) aplicada a la salud laboral*. Universidad CES. 1-24
- García, A, C., y Heredia, C. (2018). Estrés crónico: ejemplo de interacción entre sistemas nervioso, inmune y endocrino: Chronic stress: example of interaction between nervous, immune and endocrine systems. *Revista Con-Ciencia*, 6(2), 97-110.
- Gómez-González, B., y Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Rev Mex Neuroci*, 7(1), 30-8.
- López Rosetti, D. (2005). *Estrés, epidemia del siglo XXI: cómo entenderlo, entenderse y vencerlo*. 4° ed. Argentina: Lumen.
- Montobbio, A. (2013). *Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud Mental y Atención Primaria con niños y adolescentes*. Noveduc.

Cómo citar este artículo:

Oilhaborda, M. (2024). Existencia de estresores previos en personas que sufrieron condiciones musculoesqueléticas y nerviosas compresivas en miembro superior. Estudio prospectivo desde Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 37-45.

Estudio de las prácticas profesionales de Terapia Ocupacional con niñeces desde una perspectiva de género

Study of occupational therapy professional practices with children from a gender perspective

Marianela Den Dauw | Virginia Fernández | Valentina Vinzón

Marianela Den Dauw

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral. Diplomada en Formación en Educación Sexual Integral, Escuela de Humanidades de la Universidad Nacional de San Martín. Diplomada en Acompañamiento y Abordaje Territorial de Situaciones de Violencias por Razones de Género, Universidad Nacional de Rafaela y Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad de la Provincia de Santa Fe.

mariandendauw@gmail.com

Virginia Fernández

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral.

fernandezvvirginia96@gmail.com

Valentina Vinzón

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral. Magister en Terapia Ocupacional, Universidad Federal de Sao Carlos. Especialista en Epistemologías del Sur, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Directora del Área Derechos Humanos, Género y Diversidad. Municipalidad de Villaguay. Docente en la carrera de Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral. Cursando la maestría en Género y Derechos, Universidad Autónoma de Entre Ríos.

valentinavinzon.to@gmail.com

Resumen

Introducción: En este artículo estudiamos la perspectiva de género en las prácticas profesionales y en la formación de terapeutas ocupacionales que trabajan con niñeces de 6 a 13 años en las ciudades de Paraná y Santa Fe. **Objetivos:** Describir los recursos lúdicos, verbales y literarios utilizados por terapeutas ocupacionales en las prácticas con niñeces de 6 a 13 años, desde un enfoque de género; identificar si les terapeutas ocupacionales que atienden a niñeces tienen formación vinculada a temáticas de género; indagar si las prácticas profesionales de Terapia Ocupacional desarrollan praxis con perspectiva de género. **Metodología:** estudio cualitativo, tipo exploratorio-descriptivo. Para la construcción de los datos se utilizaron los instrumentos: cuestionario virtual, observación y entrevistas. Participaron seis profesionales. El análisis de datos fue temático. **Resultados:** Al hablar de perspectiva de género, la mayoría del grupo participante expresó que ésta es externa a sus prácticas. Se observa que existe un cissexismo o binarismo naturalizado, en la práctica y en la formación, cristalizado en la percepción de que la cuestión de género es una temática ajena a los espacios de atención de Terapia Ocupacional, notables en las acciones y expresiones verbales binarias. Además, en ocasiones se perciben algunos estereotipos de género en las actividades y recursos implementados. **Conclusiones:** Revisar desde qué marcos de referencia se realizan las prácticas e incluir una perspectiva de género, permitirá poder desarrollar abordajes que no reproduzcan miradas binarias y sexistas, y así orientarse a promover mayor bienestar, garantizando derechos en personas y comunidades, hacia una sociedad más igualitaria.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, prácticas profesionales, perspectiva de género, niñeces, formación.

Abstract

Introduction: This article studies the gender perspective in professional practices and training of occupational therapists working with children from 6 to 13 years old in the cities of Paraná and Santa Fe. **Objectives:** to describe the ludic, verbal and literary resources, selection criteria and ways of instrumentation used by OTs in their practices with children, from a gender perspective; to investigate if occupational therapy professional practices promote non-sexist praxis; to identify if occupational therapists working with children have training related to gender issues. **Methodology:** qualitative, exploratory-descriptive study. For the construction of the data, the following instruments were used: virtual questionnaire, observation and interviews. Six professionals participated and the data analysis was thematic. **Results:** When talking about gender perspective, most of the participating group expressed that it is external to their practices. It is observed that there is a naturalised cissexism or binarism, in practice and in training, crystallised in the perception that the gender issue is a topic that is alien to occupational therapy care spaces, noticeable in binary actions and verbal expressions. Moreover, some gender stereotypes are sometimes perceived in the activities and resources implemented. **Conclusions:** Reviewing the frames of reference from which practices are carried out and including a gender perspective will allow us to develop equal approaches that do not reproduce binary and sexist views, and thus aim to promote greater well-being, guaranteeing the rights of individuals and communities, towards a more egalitarian society.

Keywords: Occupational Therapy, professional practices, gender perspective, children, training.

Introducción

Este artículo surge del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional (UNL) presentado por las dos primeras autoras y dirigido por la tercera.

Los objetivos fueron indagar sobre la perspectiva de género en las prácticas profesionales de terapeutas ocupacionales que trabajan con niñas de 6 a 13 años, en las ciudades de Paraná y Santa Fe. Para ello se buscó describir los recursos instrumentados por terapeutas ocupacionales en las prácticas con niñas, desde una perspectiva de género; como también indagar si dichas prácticas profesionales resultan praxis con enfoque de género. Finalmente, identificar si les profesionales participantes cuentan con formación vinculada a esta perspectiva.

En este estudio problematizamos la reproducción de patrones socioculturales del sistema patriarcal y cisheteronormado, entendiendo que existimos como sujetos históricos sociales en la medida en que estamos dentro y formamos parte de diferentes modos de discursos (Carballeda, 2015), así observamos la relación entre las prácticas de Terapia Ocupacional y la perspectiva de género, considerando que ambas tienden a un mayor entendimiento de los modos en que los vínculos sociales influyen en la salud y el bienestar, en la construcción identitaria, del cotidiano y en las elecciones ocupacionales. En este sentido, se vuelve necesario conceptualizar la noción de patriarcado, en tanto refiere al sistema de organización social donde existe una dominación masculina sobre las mujeres e identidades disidentes, expresándose en la mayoría de las actividades de la vida cotidiana (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de Argentina, 2020). En su entramado, la cultura fomenta determinados modelos y comportamientos, expectativas, valores, normas e impone necesidades que condicionan y limitan formas de ser, pensar, sentir y actuar, para mantener un orden dentro de determinados mandatos patriarcales. Podemos considerar que aprendemos desde una lectura particular, una perspectiva específica e injusta: el cissexismo, que refiere a una jerarquización social que entiende a las personas trans como anormales o patológicas, en contraposición a las personas cis, que representarían lo "normal" o "correcto". La diferencia entre varón y mujer constituye en la heteronormatividad un escalón fundante de la identidad de género y de la posibilidad de deseo y prácticas con otro género "opuesto". Así, la heteronormatividad busca anular el sexo-género-deseo-práctica sexual (Butler, 2001) de forma continua y coherente, presuponiendo una forma única de vinculación (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de Argentina, 2020).

Desde la perspectiva de género se cuestionan los estereotipos y elaboran nuevos contenidos que permiten incidir en el imaginario colectivo de una sociedad al servicio de la igualdad y la equidad (UNICEF, 2018a). Por tanto, decidimos usar un lenguaje inclusivo y repensar los efectos que el discurso y

las palabras tienen en el camino hacia la igualdad. Entendiendo que el modo en que nos comunicamos es una forma de transmisión y construcción de sentidos comunes, su uso no es neutral en relación a los géneros e identidades. En esa misma línea, decidimos hablar de niñas, optando por un término que resalta la pluralidad, siendo una categoría amplia y genérica que posee una peculiaridad histórica, cultural y temporal (Sarat, 2012).

El enfoque de género permite reconocer que: a) las relaciones de poder en la sociedad, son mayormente favorables a los varones y discriminatorias para las mujeres e identidades disidentes, b) y que han sido construidas social e históricamente y son constitutivas de las personas, c) atraviesan todo el entramado social y se articulan con la clase, etnia, edad, orientación sexual, entre otras dimensiones (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de Argentina, 2020). El derecho a la identidad de género, por su parte, involucra por su contenido personalísimo, el derecho a la dignidad personal, no discriminación, vida privada, salud, trabajo, integridad psicofísica, planificación y construcción de un proyecto de vida y a una adecuada calidad de vida (Ley Nacional 26.743).

De este modo, nos posicionamos desde la perspectiva crítica que analiza las ocupaciones desde el orden político que las atraviesan; resaltando las expresiones de poder que pueden habilitar u oprimir la autonomía de la persona (Simó; Guajardo; Correa, 2016). Asimismo, trabajamos desde el concepto de praxis, entendiéndolo como el sentido de práctica humana transformadora y productora, de acuerdo a condiciones históricas y culturales (Guajardo, 2014). Proponemos entonces pensar cómo las normas socioculturales se instalan en lo cotidiano, produciendo y reproduciendo roles de género, estereotipos binarios y condiciones de vida desiguales.

A su vez, en este trabajo contemplamos el marco legal vigente en materia de derechos, respecto tanto de la perspectiva de género como de las niñas; consideramos así las legislaciones nacionales e internacionales:

- Ley Nacional de Identidad de Género - 26.743, que define identidad de género como una vivencia interna e individual, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer; también menciona el derecho a ser reconocidos y nombrados por la identidad autopercebida en todos los ámbitos y desde el momento que cada persona lo explicita.
- Ley de Protección Integral a NNyA - 26.061, que refiere el derecho a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta, respetando el pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural.
- Convención de los Derechos de los Niños (CDN), particularmente el artículo 28: el principio de igualdad; siendo

entonces la desigualdad de género considerada como un obstáculo para el desarrollo sostenible.

- Código Civil y Comercial (2016), que establece el cambio de paradigma en la percepción de las niñeces, incluyendo sus derechos personalísimos, asentado el reconocimiento de la autonomía progresiva junto con la capacidad de discernimiento.
- Los principios de Yogyakarta (2006), documento con una serie de principios sobre la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género (Comisión Internacional de Juristas, 2007).

Asimismo, otras normativas nacionales existentes de relevancia en el tema que promueven la capacitación en perspectiva de género y fortalecen esta propuesta son: la Ley Micaela 27.499 (2019), que establece la capacitación obligatoria en género para todas las personas que se desempeñan en la función pública y; la ley de Educación Sexual Integral 26.150 (2006), para garantizar el derecho a recibir Educación Sexual Integral en los establecimientos educativos del país, de gestión estatal y privada.

Por otro lado, en la revisión de antecedentes científicos en el tema se identificó una escasa cantidad de estudios nacionales que abordaran Terapia Ocupacional y perspectiva de género. Sin embargo, se encontraron estudios relevantes provenientes de otras disciplinas del campo de la salud, la comunicación y de los movimientos feministas. La búsqueda se realizó en marzo del año 2020 a través de plataformas digitales académicas (SciELO, JSTOR, La Referencia, Google), en revistas de Terapia Ocupacional de la región, y en sitios de bibliotecas de universidades nacionales; las palabras claves de búsqueda fueron: Terapia Ocupacional, feminismo, perspectiva de género, niñeces, infancias, niñas/niños. Algunos de los antecedentes que consideramos importantes y en proximidad con el objeto de estudio de este trabajo son: "Influencia de la heteronorma en las elecciones ocupacionales y construcción de identidad de género de niñas y niños. Análisis del contexto educativo" (Aravena, *et al.*, 2017), estudio chileno donde se define identidades de género como procesos, con repercusión en el autodescubrimiento y autoexploración de les niñes, influenciando la gama de elecciones ocupacionales; se enfoca en el juego, entendiéndolo como un acto político. Se pudo observar la importancia de analizar patrones normativos socioculturales y los modos en que éstos se reproducen históricamente. Otro antecedente importante hallado se titula "Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente" (Arcos *et al.*, 2007), donde visualiza la utilización de un discurso pedagógico sexista, y menciona que es imprescindible pensar a la salud desde el género para el diseño e implementación de políticas públicas. En sín-

tesis, el estado de la cuestión permitió observar la vacancia de investigaciones sobre las prácticas de Terapia Ocupacional y la perspectiva de género, en particular, en relación con las niñeces; y aquellos que analizan la formación de profesionales de salud en género reflejan la falta de incorporación de esta perspectiva.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, con temporalidad transversal. El objeto de estudio es: las prácticas profesionales y la formación de terapeutas ocupacionales desarrolladas con niñeces de 6 a 13 años en las ciudades de Santa Fe y Paraná, desde una perspectiva de género. En cuanto a los instrumentos para la construcción de datos, se utilizó inicialmente un formulario de Google, compartido a través de los colegios profesionales de las provincias de Santa Fe y Entre Ríos, indagando acerca de sus espacios de trabajo, tipo de población que atienden y perspectivas desde las cuales abordan sus prácticas. El formulario fue respondido por 28 profesionales: 10 residentes en Santa Fe, 16 en Paraná y 2 en el interior de Entre Ríos. Ambos colegios no cuentan con información detallada respecto de la cantidad de profesionales matriculados que atienden/trabajan con niñeces. Posteriormente se seleccionó al grupo de profesionales participantes, teniendo en cuenta la disponibilidad para las instancias de observación y entrevistas. Así, el grupo a participar resultó de tres (3) Terapeutas ocupacionales de la ciudad de Santa Fe y tres (3) TO de Paraná, siendo la muestra de un total de seis (6) personas. Si bien se consideraron instituciones tanto del sector público como del privado, al momento de realizar el trabajo de campo se presentaron dificultades para conseguir autorizaciones por parte de las instituciones públicas, por lo que el estudio se realizó en cinco instituciones de salud privadas y en un efector de salud pública.

Se coordinaron encuentros para realizar una observación, donde se buscó conocer acerca de los recursos utilizados (verbales, lúdicos y literarios), y vínculos e interacciones entre les profesionales y las niñeces; y una entrevista semiestructurada para conocer y profundizar acerca de los puntos antes mencionados desde la mirada de les participantes. Se incluyeron también preguntas relacionadas con la formación en perspectiva de género. Para la confección de los instrumentos de recolección de datos, se consideró la Guía de Atención con Enfoque de Género, desarrollada por UNICEF y la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social Argentina (2018). El análisis de los datos fue de tipo temático.

En cuanto a las consideraciones éticas, fue orientado con el modo de investigación a través de sujetos: donde el interés estuvo centrado en la dinámica social y en los intereses pertinentes al campo de la Terapia Ocupacional. Por esto, es que

se tuvieron como consideraciones éticas: a) el valor social y científico del proyecto; b) la positiva relación riesgos-beneficios, considerando beneficioso la disminución de desigualdades favoreciendo la integración social; c) aplicación de un consentimiento informado para cada participante, d) el respeto permanente por las personas participantes, permitiendo el cambio de opinión respecto a la participación de cada una.

Resultados y discusión

A partir de las entrevistas realizadas, las seis personas que participaron expresaron que los criterios de selección de los recursos tienen que ver con la utilidad de los objetos, y las posibilidades creativas que el recurso pueda presentar en pos del cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Un participante, por su parte, manifestó que en la elección de los recursos literarios por ejemplo, considera las diferentes identidades que visibilizan. Les profesionales participantes indicaron que la construcción de vínculos con las niñas es de gran importancia para el abordaje, ya que es un facilitador para alcanzar los objetivos que se proponen. Las expresiones de las niñas, sus gestos, el lenguaje corporal y las actitudes durante los encuentros son de las principales consideraciones que tienen para llevar adelante sus propuestas en las prácticas. Para describir la observación realizada en los espacios de atención de las terapeutas ocupacionales consideramos la Guía de Atención con Enfoque de Género, desarrollada por UNICEF y la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social Argentina (2018). En primer lugar, se percibieron algunas diferencias entre lo que les terapeutas ocupacionales respondieron en las entrevistas y algunas de sus acciones durante las sesiones. En algunas sesiones fueron identificados distintos estereotipos de género vinculados al binarismo en la selección de recursos lúdicos, preestablecidos por la persona adulta a cargo (por ejemplo: superhéroes para los varones, muñecas y cocinita para las niñas).

En relación a los recursos verbales y gestuales utilizados en sus prácticas, tanto en las enunciaciones orales como en las acciones, se observó en la mayoría de los casos denominaciones de “niño” y “niña”, solo un profesional utilizó lenguaje inclusivo en su abordaje y mencionó en la entrevista la relevancia que tiene considerar estos factores para la Terapia Ocupacional y la influencia de la cultura machista sobre la salud integral, así refirió:

“El género es una construcción social, mental, psicológica, biológica, familiar. Se nutre de todos esos aspectos y cuanto más posibilidades tengan de ser “libres” más saludables van a ser. No podemos pensar a una persona sin esa definición de sí mismo que tiene en relación al género.” (Participante A).

El sistema binario de representación se refiere a los rasgos psicológicos y culturales que influyen en las construcciones

y especificidades que la sociedad considera como “masculino” o “femenino”, siendo planteados como complementarios. Esta atribución se concreta utilizando como medios privilegiados el uso del lenguaje, la educación y el “ideal” de la familia heterosexual, y la religión. Las tramas simbólicas cotidianas se modifican y operan diariamente en las formas de comprensión del mundo, permitiéndonos crear horizontes de posibilidad y deseo pero también influyendo sobre los modos de opresión, subordinación y dominancia (Figari y Scribano, 2009). La igualdad entre los géneros implica la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades entre las personas, y las posibilidades de libre y pleno desarrollo de las niñas.

Otro aspecto a destacar obtenido en las entrevistas fue que varias personas nombraron las legislaciones vigentes en materia de derechos e identidad de género y de niñas y adolescencias, expresando la importancia de su conocimiento y cumplimiento desde la responsabilidad legal. Sin embargo, las mismas están ausentes en la formación académica y, en algunos casos, quedan por fuera de las intervenciones también.

“Hay leyes que tienen que cumplirse y nos dicen que nosotros como agentes de salud tenemos que estar trabajando desde una perspectiva de género, trasciende las creencias de cada uno; es ético conocer ese marco legal y tenemos que trabajar desde ahí. En nuestra formación eso fue una falencia total. Yo nunca me enteré ni del marco legal ni nada, yo todo eso lo vi después.” (Participante B).

En la instancia de las entrevistas, al hablar sobre la perspectiva de género, les profesionales han expresado en la mayoría de los casos, que ésta es externa a sus prácticas en el consultorio:

“Particularmente en mi consultorio no sé cómo se podría abordar desde ese lado, porque yo no tengo dificultades ni situaciones que se me hayan presentado en relación al género (...). Como no lo tengo muy incorporado, yo no lo veo como perspectiva de género.” (Participante E).

En contrapartida, un profesional la consideró transversal en el abordaje cotidiano, siendo éste un espacio de atención integral de salud para personas trans.

Al momento de definir el término género, todas las personas participantes lo relacionaron con la posibilidad de libre elección, a la sexualidad y vivencia personal, resaltando la influencia del contexto histórico, social y cultural, y mencionando en reiterados casos que la diversidad de género era un concepto reciente. Al mismo tiempo, las descripciones en general resultaban vagas o ambiguas y lo refirieron como ajenas a sus vivencias.

“No tengo por ahí estos términos nuevos, ahora transmutó un montón pero a mí me enseñaron el género desde la sexualidad.” (Participante E).

Además, mencionaron que el género en la niñez debía considerarse como incipiente:

“También de los diagnósticos escritos con lápiz y demás, también la cuestión de la identidad de género en un niño chiquito está todavía... incipiente... y uno está atento a qué es lo que va apareciendo” (Participante F).

Los autores Aravena *et al.* (2017) definen identidades de género como procesos, con componentes sociales y personales, con repercusión en el autodescubrimiento y autoexploración de las niñas. Así, el género se constituye como un factor estructurante en la vida y determina oportunidades, elecciones, vivencias e intereses. Pensar nuestras actividades cotidianas como parte del resultado de convenciones, normas y valores sociales instituidos a lo largo de nuestro tránsito por ellas, nos permite observar que se sostienen modelos presentados como homogéneos, complementarios, jerárquicos y excluyentes que condicionan el desarrollo personal y las relaciones entre los géneros; el desafío radica en tener una escucha atenta y sin prejuicios, en atender las necesidades sin limitar oportunidades y acompañar en la trayectoria de identificar y alcanzar sus deseos (Fink, 2016).

Con respecto a la formación de este grupo de terapeutas ocupacionales (6), todas realizaron la carrera de Terapia Ocupacional con el plan de estudios de 1994, en la Universidad Nacional del Litoral, obteniendo el título de grado entre 2005 y 2015. En relación con las valoraciones sobre la formación recibida en la carrera, han coincidido en considerarla “buena”, resaltando la importancia de las prácticas pre-profesionales como instancias de gran riqueza en el proceso de aprendizaje. Una sola persona disiente de la valoración mencionada, expresando que la formación no ha sido una preparación completa para afrontar la salida laboral y que le resulta “anacrónica”:

“Diría que la formación es anacrónica, excepto por algunas instancias que estuvieron muy copadas como ser la práctica de salud mental; la práctica en comunidad me marcó mucho en relación a poder pensar las comunidades, las personas como parte de una cultura, de un determinado marco, territorio.” (Participante A).

El total de participantes refirió que fue necesario cursar capacitaciones posteriores para ejercer la profesión, profundizando los estudios en las distintas áreas en las que se fueron dedicando, principalmente aquellas vinculadas a la neurorehabilitación y desarrollo, Integración Sensorial y método Bobath. Además resaltaron que en dichas formaciones no se abordaban cuestiones relacionadas a los Derechos Humanos y al género. En relación a la perspectiva de género y diversidad, sólo un participante mencionó que en su formación profesional estudió la temática de género, luego de recibirse, a través de algunas capacitaciones (por ejemplo, un curso virtual brindado por una fundación que aborda el tema de sa-

lud sexual). Resultó notorio que la formación en materia de derechos y género queda sujeta a los intereses, creencias y/o voluntades individuales de cada profesional.

Conclusiones

A partir de este estudio se observa como necesario la incorporación de la perspectiva de género que aloje y respete la diversidad de identidades, promueva la igualdad y libertad en las construcciones subjetivas, superando los estereotipos que genera el sistema cis-sexista; más aún teniendo en cuenta que las instituciones de salud son de las primeras que transitan las niñas. Según el Ministerio de Salud, a la hora de buscar acompañamiento, las personas adultas responsables de niñas que manifestaron la autopercepción de un género distinto al asignado al nacer recurrieron con mayor incidencia (79%) a servicios de salud (Ministerio de Salud, 2021).

La falta de formación en perspectiva de género deja un punto ciego en la atención integral y, así hay un desfase entre las prácticas de los terapeutas ocupacionales y prácticas que proponen las legislaciones vigentes. Al no estar en conocimiento de la temática y de este modo no poder identificar sesgos de género en las actividades y vínculos construidos, no se puede visibilizar la estrecha relación entre patrones socioculturales normativos y los modos en que se reproducen en las niñas. A partir de los resultados obtenidos en este trabajo podemos ver que la tensión radica en el cissexismo presente en los contenidos y en su naturalización social, tanto en la formación como en la práctica. Cuestionarse desde qué marco de referencia se realizan los abordajes, permitirá poder re-pensarse e implementar modelos de atención que no reproduzcan miradas patologizadoras, binarias y/o cissexualizantes. Desarrollar prácticas con niñas desde una perspectiva de género, es central para poder fomentar abordajes profesionales no sexistas que impulsen la autonomía y el desarrollo pleno de la identidad, en pos de construir una atención integral de la salud. ■

[Recibido 01/05/24 - Aprobado 24/06/24]

Referencias

- Arcos, E., Poblete, J., Vega, I. M., Miranda, C., Zúñiga, Y., Fecci, E., Rodríguez, L., Márquez, M., & Ramírez, M. (2007). Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 135(6), 708-717. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente — Universidad Andrés Bello (unab.cl)
- Aravena, V., Larsen, C., Orsini, F., Morrison, R. (2017). Influencia de la heteronorma en las elecciones ocupacionales y construcción de identidad de género de niñas y niños. Análisis del contexto educativo. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 51-74. Equipo editorial | Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional (ubo.cl)

- Carballeda, A. J. M. (2015). El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Revista Margen* N°76.
- Comisión Internacional de Juristas [ICJ] (2007), *Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Marzo 2007.
- Figari, C. y Scribano, A. (2009). *Cuerpo(s), subjetividad(es) y conflicto(s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. Buenos Aires: Ciccus.
- Fink, N. (2016). La literatura y el cine en la producción de estereotipos de género. En *Ni una menos desde los primeros años*, Fink y Merchant (comp.). *Educación en géneros para infancias libres*. Buenos Aires: Editorial Las Juanas.
- Guajardo, A. (2014). *Debates sobre la producción del conocimiento en Terapia Ocupacional*. Caracas: Cuadernos de la Escuela de Salud Pública; Universidad Central.
- Guajardo, A. (2016) "Construcción de identidades, epistemias y prácticas en terapia ocupacional en América Latina", en *Terapias ocupacionales desde el sur: derechos humanos, ciudadanía y participación*. Santiago: Editorial Usach.
- Ley 26.743 de 2012. Identidad de Género. Congreso de la Nación Argentina. 9 de Mayo de 2012.
- Ley 26.061 de 2005 Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Congreso de la Nación Argentina. 28 de septiembre de 2005.
- Ley 27.499 de 2019. Ley Micaela. Congreso de la Nación Argentina, 10 de enero de 2019.
- Ley 26.150 de 2006. Educación Sexual Integral. Congreso de la Nación Argentina, 24 de octubre de 2006.
- Ministerio de salud Argentina. (2021). *Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries*. <https://bancos.salud.gob.ar>
- <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/2021-06-24-recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-niñeces-adolescencias-ttnb.pdf>
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. (2020). *(Re) Nombrar. Guía para una comunicación con perspectiva de género*. Presidencia de la Nación Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_una_comunicacion_con_perspectiva_de_genero_-_mmgyd_y_presidencia_de_la_nacion.pdf
- Sarat, M. (2012) Proceso Civilizatorio, Infancia y Educación: Contribuciones de Norbert Elias. *Subje/Civitas* 9. Disponible en: http://www.subjecivitas.com.mx/num9/sarat_proceso_civilizatorio.pdf
- Simo, S., Guajardo, A., Correa, F., Galheigo, S., & García, S. (2016). *Terapias Ocupacionales desde el sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Santiago de Chile: Editorial USACH.
- Unicef Argentina (2018). *Guía de Atención con Enfoque de Género*. Child Helpline International. Unicef. Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación Argentina. <https://www.unicef.org/argentina/media/3831/file/Linea%20102-%20Gu%C3%ADa%20G%C3%A9nero.pdf>
- Unicef Argentina. (2017). *Guía Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas*. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/CO_M-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf
- Polanco Cerón, N. y Morrison, R. (2015). *Patriarcado, masculinidad hegemónica y ocupaciones: procesos de perpetuación del sexismo*. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, N° 1.

Cómo citar este artículo:

Den Dauw, M., Fernández, V., Vinzón, V., (2024). Estudio de las prácticas profesionales de Terapia Ocupacional con niñeces desde una perspectiva de género. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 46-51.

Victoria Jablonski

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín.

victoriajablonski28@gmail.com

Nicole Kopp Castagna

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín.

nicolekoppcastagna@gmail.com

Tamara Chaparro

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín.

tamachaparro@gmail.com

Vanina Pérez Benítez

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín.

vaninaperezbenitez@gmail.com

Resumen

El artículo da cuenta de los resultados del trabajo final de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín, Argentina, realizado por las autoras. El mismo revisa la importancia de la intervención desde un paradigma social durante las prácticas de Terapia Ocupacional basándose en el Modelo de la Diversidad. Elabora un análisis desde las perspectivas de terapeutas ocupacionales y usuarios a través de relatos compartidos en entrevistas, con el propósito de conocer de qué manera es posible articular la filosofía que promueve el Modelo de la Diversidad con las prácticas de Terapia Ocupacional. Para ello, se tomaron como ejes de análisis la idea de ser humano, el foco de intervención y el rol profesional en las prácticas de Terapia Ocupacional. Los resultados revelan una serie de aspectos importantes que son capaces de contribuir a las prácticas de Terapia Ocupacional dentro del modelo social, interpellando a los modelos alineados a la medicina hegemónica y haciendo una invitación a la reflexión crítica continua.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Modelo de la Diversidad, paradigma social, prácticas clínicas, diversidad funcional.

Abstract

The article reports the results of the final degree work of the Bachelor's Degree in Occupational Therapy at the National University of San Martín, Argentina, carried out by the authors. It reviews the importance of intervention from a social paradigm during occupational therapy practices based on the Diversity Model. It elaborates an analysis from the perspectives of occupational therapists and users through stories shared in interviews, with the purpose of finding out how it is possible to articulate the philosophy promoted by the Diversity Model with Occupational Therapy practices. For this purpose, the axes of analysis were the idea of the human being, the focus of intervention and the professional role in occupational therapy practices. The results reveal a series of important aspects that are able to contribute to Occupational Therapy practices within the social model, questioning models aligned to hegemonic medicine and making an invitation to continuous critical reflection.

Keywords: Occupational Therapy, Diversity Model, social paradigm, clinical practices, functional diversity.

Introducción

A lo largo de la historia, se pueden distinguir diferentes formas de trato social hacia las personas con diversidad funcional, lo cual son reflejos del pensamiento de una sociedad en un momento específico (Romañach, 2009). Así es que se pueden caracterizar tres modelos de tratamiento hacia las personas con diversidad funcional (Palacios, 2008). El primero es el **modelo de prescindencia** donde, por causas religiosas, las personas con diversidad funcional eran consideradas innecesarias dado que no contribuían con las necesidades de la comunidad, por ello, a través de políticas eugenésicas, se prescindía de ellas.

El segundo es el denominado **modelo rehabilitador**, con su auge luego de la Segunda Guerra Mundial para tratar a los llamados mutilados de guerra. Las causas de la diversidad funcional están basadas en las limitaciones individuales, ya que el foco se encuentra en la persona y su deficiencia. Se sostenían tratamientos de rehabilitación bajo los cuales se buscaba la cura, lo que fue fuente de instauración del saber médico como palabra de autoridad (REDI, 2008).

El último es el **modelo social**, que surge a partir del cuestionamiento al discurso del modelo médico rehabilitador y las consecuentes condiciones de exclusión social de las personas con diversidad funcional. Desde esta perspectiva, se reconoce a las personas de este colectivo como sujetos de derechos y se busca potenciar la inclusión, el respeto, la igualdad y la libertad. Así se plantea el lema *Nada sobre nosotros sin nosotros* que quiere decir que el discurso ya no es construido por otros, sino que las personas con diversidad funcional asumen el poder de construcción de su propia identidad.

Como consecuencia de este último y gracias al Movimiento de Vida Independiente, surge el **Modelo de la Diversidad**, un modelo conceptual que propone una perspectiva superadora y que busca dar respuestas a determinados retos bioéticos, proponiendo como cambios fundamentales erradicar la capacidad como indicador para las personas y sustituirlo por la dignidad; reivindicar el valor de la diversidad humana y la participación en la diversidad, y; propugnar un cambio de terminología en el que se sustituye la denominación de personas con discapacidad por personas con diversidad funcional (Foro de Vida Independiente [FVID], s/f). Se aleja del **capacitismo**, el cual se define como una multitud de prácticas y representaciones que participan en la producción del cuerpo normativo y de su carácter regulador como norma y criterio de normalidad (Toboso Martín y Guzmán Castillo, 2010). Un aspecto fundamental de la mirada capacitista es la creencia de que la diversidad funcional -de cualquier tipo- es en sí misma negativa y debería, por consiguiente, ser curada, rehabilitada, incluso, eliminada (Campbell, 2008, citado en Álvarez Ramírez, 2023).

Entonces, si el concepto de salud varía de acuerdo al contexto histórico en función de una lógica social, también modifica los presupuestos y las prácticas de las profesiones de la salud. Esto quiere decir que cambian los sustentos epistemológicos, las fundamentaciones teóricas y los modos de intervención de estas profesiones según se modifican los valores y las configuraciones de los poderes políticos en los contextos en que ellas están incluidas (Medeiros, 1999).

Con el fin de intentar comprender los discursos que circulan en la profesión, Nabergoi *et al.* (2019) elaboran un mapa que brinda una lógica para identificar similitudes y diferencias entre los diferentes discursos, así como también, algunos indicadores para comprender lo que no está explicitado en los textos y en las prácticas. De aquí se toman los tres ejes fundamentales para comprender las prácticas que se enmarcan dentro del modelo social.

En primer lugar, es importante definir **la idea de ser humano** que toma la disciplina dado que este es considerado como el eje central de la práctica, hacia donde van dirigidas las intervenciones de los terapeutas ocupacionales (Kielhofner, 2006).

La idea de ser humano como sujeto colectivo se evidencia al considerarlo como un ser eminentemente social en constante interacción con lo que lo rodea y que necesita ocuparse para estar bien (Navarrete *et al.*, 2015). Entender la concepción de las personas como relacional nos permite comprender que siempre se es en relación con otro, y eso nos habilita la posibilidad de agenciar y generar cambios desde lo micro a lo macro (Gutiérrez Monclús, 2015).

Hay una **idea de ser humano como sujeto de derechos** al comprender a la persona teniendo en cuenta sus derechos, sus trayectorias de vida y el desarrollo humano integral, donde surge como respuesta asumir la diversidad y las diferencias como propiedades de la condición humana (Cella y Polinelli, 2017).

Se evidencia una **idea de ser humano como sujeto actuante y productor de su sociedad** cuando se lo piensa como un ser social e histórico, que produce, crea y transforma a la naturaleza y a sí mismo a través de su hacer. Como un agente activo, hacedor de sus cambios que puede encontrar su espacio propio de desarrollo individual y social siendo protagonista y reconociéndose autor de sus actos (Sbriller, 1997).

En segundo lugar, también es importante definir el concepto de **foco de intervención**, que se constituye por los servicios especializados prestados por terapeutas ocupacionales en colaboración con los usuarios para facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud, el bienestar y la participación (AOTA, 2014).

La sociedad como foco de intervención significa que se hace énfasis en el terreno social, el cual comprende a los contextos individuales y colectivos. Son prácticas con un abordaje cen-

trado en las comunidades y territorios que buscan intervenir en lo estructural de los problemas colectivos (Galheigo y Simó Algado, 2012).

La **participación en la comunidad como foco de intervención** busca la creación de espacios de encuentro y facilitar la participación en ocupaciones colectivas que estimulen y faciliten la interacción positiva, la creación de redes y la transformación de las comunidades con el fin de que las personas se encuentren activamente involucradas en sus entornos sociales y obtengan el apoyo necesario para realizar sus ocupaciones cotidianas (Sanz Victoria, 2016).

Lo relacionado a un **foco de intervención basado en los derechos humanos** debe tener como objetivo preservar la dignidad humana, respetar la diversidad y apoyar la emancipación y ciudadanía de los sujetos y de los colectivos de forma que puedan garantizar su acceso a los derechos y a la justicia social (Galheigo, 2012).

En tercer lugar, resulta igualmente relevante definir el concepto de **rol profesional**. Se entiende a los roles como “el conjunto de comportamientos esperados por la sociedad y moldeados por la cultura y el contexto” (AOTA, 2014, p. 12). Y en cuanto al término **profesional de Terapia Ocupacional**, el mismo hace referencia a quienes son responsables de todos los aspectos de la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional y que son responsables tanto de la seguridad como de la eficacia del proceso de prestación de estos servicios (AOTA, 2014).

El terapeuta ocupacional asume un **rol de articulador social y promotor de cambios** al propiciar el desarrollo de las posibilidades de la persona como protagonista de su propia vida, por esto es que no sólo la intervención se centra en el entrenamiento o recuperación de la patología de una persona, sino que también, favorece su desarrollo y reconocimiento como sujeto de derechos (Medeiros, 2008). Para ello, es importante posicionarse desde un rol de apoyo, para promover el desarrollo social en los colectivos y para facilitar y/o brindar información a los usuarios (Sanz Victoria, 2016).

El terapeuta ocupacional asume un **rol que considera que los objetivos los define el usuario** al respetar que la gestión de los recursos que afectan a sus vidas recaiga en las personas con diversidad funcional en lugar de que sean las instituciones o profesionales quienes tomen las riendas (Sanz Victoria, 2016). Se hace foco en la comprensión de las necesidades y demandas manifestadas por las personas, la escucha de sus historias de vida y de sus modos de vivir, y entender sus redes sociales de soporte (Galheigo, 2012).

El terapeuta ocupacional asume un **rol que prioriza un vínculo terapéutico horizontal** por el trabajo en equipo en donde cada parte colabora con sus potenciales y competencias en función de objetivos ocupacionales significativos, generando respeto mutuo y confianza (De las Heras de Pablo, 2015). El te-

rapeuta ocupacional se dispone a incomodar, activar y revelar un conflicto que se buscará superar en un trabajo en conjunto, desde una equiparación como sujetos, donde el profesional se convierte en un recurso terapéutico más (Sbriller, 1997).

Sin embargo, actualmente, se cuestiona el desarrollo convencional de la Terapia Ocupacional contemporánea, ya que su visión se ha alineado con la biomedicina; un discurso que reduce las necesidades y prioridades de las personas a unas patologías corporalizadas. Por ello, resulta necesario reflexionar sobre nuestra profesión, problematizar su fundamento y su práctica, pero es riesgoso hacerlo estando nosotros –profesionales– en el centro de la reflexión en lugar de poner a las personas destinatarias de nuestros servicios (Guajardo, 2016).

Por todo esto, es relevante revisar las formas de comprensión de nuestro objeto de estudio e intervención, la racionalidad con la que como profesión construimos conocimiento y prácticas cuando las personas destinatarias de nuestros servicios se constituyen como sujetos de derecho (Nabergoi *et al.*, 2019). Asimismo, resulta valioso visibilizar las prácticas de Terapia Ocupacional que se enmarcan en el modelo social y se construyen alrededor de la filosofía del Modelo de la Diversidad.

De esta manera, surge el presente trabajo que tiene como propósito identificar los aportes que realiza el Modelo de la Diversidad a las prácticas de Terapia Ocupacional, teniendo en cuenta tanto la perspectiva de terapeutas ocupacionales como de usuarios.

Método

El trabajo es de diseño cualitativo y de carácter exploratorio. La pregunta orientadora del mismo es ¿Cuáles son los aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de Terapia Ocupacional desde las perspectivas de terapeutas ocupacionales y usuarios?

El objetivo general es describir los aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de Terapia Ocupacional según la perspectiva de terapeutas ocupacionales y usuarios. Mientras que los objetivos específicos buscan identificar la idea de ser humano, el foco de intervención y el rol profesional que tienen los terapeutas ocupacionales durante sus prácticas y que valoran los usuarios del servicio.

El mismo consta de dos muestras compuestas por seis personas cada una. Por un lado, terapeutas ocupacionales de Argentina que inspiran sus prácticas en el Modelo de la Diversidad y, por otro, usuarios de Terapia Ocupacional de Argentina que conozcan el Modelo de la Diversidad.

Para alcanzar los objetivos mencionados se han utilizado como instrumentos de recolección de datos dos entrevistas semiestructuradas de elaboración propia, una para cada muestra.

Resultados

Para el análisis de los resultados, se exponen las respuestas obtenidas sobre los tres ejes de análisis desde ambas perspectivas entrevistadas.

Idea de ser humano

En primer lugar, en relación a la **idea de ser humano como sujeto colectivo**, todos los profesionales entrevistados la tienen presente durante sus prácticas. Esto da cuenta de que la filosofía del Modelo de la Diversidad hace aportes a la promoción de la participación en espacios sociales, a través de los cuales se puede construir una identidad a partir de experiencias colectivas. Por su parte, la mitad de los usuarios entrevistados valoran que el terapeuta ocupacional tenga presente esta idea y plantean lo significativo que resulta para una persona con diversidad funcional sentirse parte de un colectivo y participar de un espacio social que posibilite co-actuar con otros, en comunidad.

“Algo que me parece muy importante es que las personas con diversidad funcional seamos nutridas por un entorno de personas con diversidad funcional. En eso también se puede acompañar a los usuarios, es fundamental.” (Usuario 5).

Además, se observa que ambas partes hacen referencia al término **interdependencia**.

“Creo que en algún punto todos somos dependientes e interdependientes, dependiendo de lo que sea, porque siempre, constantemente, estamos en contacto con otras personas y muchas veces necesitamos de la ayuda de otras personas y no me parece que esté mal.” (Terapeuta ocupacional 6).

“Poder plantear una interdependencia es también poder correrse de este paradigma tan médico rehabilitador y tan tendiente a la normalización para poder decir: ‘bueno, hasta acá... si el paciente no quiere hacer más, está perfecto’ y se buscarán las maneras en las que encuentre apoyo en su entorno o en otras personas.” (Usuario 4).

Este término es introducido por el Modelo de la Diversidad y significa que nadie es completamente independiente, sino que vivimos en un estado de interdependencia mutua, lo que significa que todas las personas somos interdependientes y necesitamos apoyo para el desarrollo de nuestra autonomía (Palacios, 2008).

En cuanto a la **idea de ser humano como sujeto de derechos**, todos los profesionales entrevistados la tienen en cuenta en sus prácticas. En los distintos relatos se ve reflejada la valoración sobre lo diverso como identidad y la promoción de la ciudadanía como derecho, donde se remarca la importancia de la visión como seres políticos.

“Considerarnos seres políticos es la posibilidad de saber qué opciones hay y elegir, eso nos hace políticos. El conocimiento es poder.” (Terapeuta ocupacional 1).

Mientras que todos los usuarios entrevistados valoran ser vistos como sujetos de derecho.

“Sólo se va a poder garantizar sobre la base de un modelo social de la discapacidad en el momento que el profesional nos vea, nos piense y nos trate como sujetos/sujetas de derechos y sujetos/sujetas de deseo.” (Usuario 3).

Sobre la **idea de ser humano como sujeto actuante y productor de su sociedad** la gran mayoría de los profesionales entrevistados la considera en sus prácticas. Tienen en cuenta que el cambio de terminología de persona con discapacidad a persona con diversidad funcional es un posicionamiento de reclamo donde los usuarios ya no se ven a sí mismos con menos capacidades, sino con capacidades y necesidades de apoyo diversas. Un profesional entrevistado comentó la manera en que se refleja esto en sus prácticas:

“Charlando esto con los pacientes y entendiéndolo de esta manera juntos puedes hacer que el paciente se pare en otro lugar y tome un rol activo y pueda de alguna manera empoderarse en su posición de sujeto civil.” (Terapeuta ocupacional 3).

Por su parte, la gran mayoría de los usuarios entrevistados valoran que los terapeutas ocupacionales cuenten con esta idea de ser humano y que fomenten que las personas se perciban como seres sociales y protagonistas de su propia vida.

Foco de intervención

Con respecto al **foco de intervención en la sociedad**, la gran mayoría de los profesionales entrevistados tiene presente esta idea en sus prácticas. Aquí se entiende por sociedad tanto a los contextos individuales como colectivos, es decir, que tienen en cuenta a la persona, la relación con otros y las redes que la sostienen.

“La prioridad está siempre en los usuarios, pero, justamente, entendido desde un modelo social y considerando que somos seres sociales, más o menos indirectamente se trabaja con los contextos de esas personas. Yo no puedo dejar de lado a la familia, a los cuidadores, a la escuela o a otros terapeutas.” (Terapeuta ocupacional 1).

Mientras que la mitad de los usuarios entrevistados valoran que los terapeutas ocupacionales hagan foco en esta idea.

“[Es fundamental que nos enseñen] a ver a la discapacidad como el resultado de la interacción entre un entorno inaccesible y mi cuerpo.” (Usuario 5).

“[Es necesario] romper con esa mirada tan patologizante que se tiene de la discapacidad y de las corporalidades, romper con esta idea capacitista de que hay una única capacidad posible a todas las corporalidades.” (Usuario 4).

Entonces, resulta importante que los profesionales tengan conciencia de que las posibilidades de cada persona dependen, principalmente, de las barreras impuestas por la sociedad.

Sobre el **foco de intervención orientado a la participación en la comunidad**, la mayoría de los profesionales entrevistados pueden dar cuenta de que logran abordar esta temática. Realizar salidas a la comunidad es una manera concreta que encontraron de fomentar esto. Otra forma es la intervención como pregunta o invitación a los usuarios que motive la participación en espacios sociales desde un lugar activo. Por su parte, la gran mayoría de los usuarios entrevistados le dan importancia a que se haga foco en esta temática dado que valoran los abordajes en escenarios reales para contar con herramientas más concretas que posibiliten la participación en espacios comunitarios.

En cuanto al **foco de intervención en los Derechos Humanos** la gran mayoría de los profesionales entrevistados fundamentan su práctica en esta idea, basándose en el empoderamiento de los usuarios del servicio y brindando información acerca de sus derechos. Por su lado, la gran mayoría de los usuarios entrevistados valoran que se haga foco en los Derechos Humanos. Coinciden en que los profesionales deben dejar de ver a los usuarios como un cuerpo a arreglar y verlos como sujetos de derechos. Además, resaltan la importancia de que los profesionales brinden información sobre sus derechos.

“Si una persona no conoce sus derechos, no va a saber cómo reclamarlos, lo cual debería ser algo básico, aunque hoy en día no se fomenta en todos los ámbitos de la salud.” (Usuario 5).

Rol del terapeuta ocupacional

En cuanto al **rol del terapeuta ocupacional como articulador social y promotor de cambio**, la gran mayoría de los terapeutas ocupacionales entrevistados realizan acciones tales como concientizar y brindar recursos e información. Toman un rol de apoyo en el que promueven el desarrollo de las personas con diversidad funcional y su reconocimiento como sujetos de derechos.

“Nuestro rol hoy es de aliados ¿De qué manera podemos aportar a esta causa? Concientizando y difundiendo a estas familias, a estas escuelas, a estos acompañantes, a estos cuidadores porque sino creo que, en parte, seguimos potenciando este lugar de saber y que nos vengamos a consultar para ver cómo tienen que hacer. Hay que empezar a masivizar esta voz.” (Terapeuta ocupacional 1).

Por su parte, la totalidad de los usuarios entrevistados valoran que el terapeuta ocupacional asuma este rol. Consideran relevante que el profesional transmita una perspectiva crítica. Además, también proponen pensar a los profesionales como aliados de la lucha por los derechos de las personas con diversidad funcional:

“No son protagonistas. Creo que deberían entender el lugar que les corresponde, que es un lugar de acompañamiento y de resistencia a un modelo médico que está todo el tiempo marcándonos la diferencia.” (Usuario 5).

En este caso, se comprende al aliado como alguien que es parte de la lucha del cambio social, pero no lo protagoniza, sino que entiende que el lugar que le corresponde es un lugar de acompañamiento.

Con respecto al **rol del terapeuta ocupacional que prioriza que los objetivos los defina el usuario**, la gran mayoría de los profesionales entrevistados consideran que logran llevarlo a cabo en sus prácticas. Buscan establecerlos en conjunto con el usuario y/o su familia.

“Es que justamente: ‘Nada sobre nosotros sin nosotros.’ Es devolverles ese rol protagónico. Es darles ese espacio de protagonismo, el Modelo aporta eso. Hago sugerencias, no impongo nada porque no soy yo la persona que está viviendo esas vulnerabilidades, esas injusticias, o esos privilegios, entonces, paso a un lugar de asesoría casi todo el tiempo.” (Terapeuta ocupacional 1).

Por su lado, todos los usuarios entrevistados valoran que los objetivos sean propuestos desde su propia iniciativa y luego consensuados en conjunto.

“[Los objetivos] tienen que estar planificados siempre con el consentimiento de la persona y sabiendo si es realmente lo que la persona quiere hacer. Se tienen que pactar entre ambas partes, sí o sí, de otra forma es una imposición sobre tu corporalidad.” (Usuario 4).

Por ello, es importante que los profesionales se tomen el tiempo para escuchar qué quiere el usuario y saber cuáles son sus necesidades.

Por último, con respecto a un **rol que prioriza un vínculo terapéutico horizontal**, la mitad de los profesionales entrevistados identifica que logran hacerlo. Dicho vínculo es así ya que priorizan consultar con los usuarios y/o sus familias en lugar de imponer alguna decisión. La relación no es unidireccional, sino que se trata de un trabajo en conjunto el cual deja a un lado la jerarquía entre profesionales y usuarios que proviene del modelo médico hegemónico.

“Hacerlos partícipes activos del tratamiento y escuchar lo que tienen para decir, cómo se sienten en base a eso. Es un ida y vuelta.” (Terapeuta ocupacional 4).

Desde su perspectiva, todos los usuarios valoran que haya horizontalidad en el vínculo terapéutico y que el profesional no se imponga sobre ellos desde un lugar jerárquico del saber médico.

“La horizontalidad permite la circulación de conocimiento. Desde ese lado podemos construir vínculos más sanos. Habilitar la horizontalidad habilita la escucha para que el usuario tenga la posibilidad de decir lo que quiere trabajar.” (Usuario 5).

Conclusiones

Los resultados revelan una serie de aspectos importantes que son capaces de contribuir a las prácticas de Terapia Ocupacional dentro del Modelo Social, interpelando a modelos alineados al modelo médico hegemónico.

Los relatos de los profesionales dan cuenta de que es posible considerar la idea de ser humano como sujeto colectivo, sujeto de derechos y sujeto actuante durante las prácticas. Y los usuarios relatan que les resulta importante que los terapeutas ocupacionales cuenten con estas concepciones. En este eje, el término *interdependencia* cobra valor ya que invita a dejar de valorar a las personas en relación a sus capacidades, permitiendo cuestionar la norma sobre los cuerpos y su funcionalidad, y reconocer que todas las personas necesitamos de apoyos para desempeñar las diferentes actividades de la vida cotidiana.

En relación al foco de intervención, los relatos evidencian que la filosofía del Modelo de la Diversidad nos invita a dejar a un lado una mirada *capacitista* para valorar la diversidad existente y nos permite entender que la limitación en la participación comunitaria que vivencian las personas con diversidad funcional se debe a causas fundamentalmente sociales. Asimismo, queda en evidencia la perspectiva de Derechos Humanos con la que cuenta este modelo al destacar que el foco de intervención debe estar ligado al empoderamiento de los usuarios.

En cuanto al rol profesional, los relatos dejan ver que tener en cuenta la filosofía del Modelo permite a los profesionales pensarse como aliados de la lucha que lleva adelante el colectivo de personas con diversidad, brindando apoyo e información a los usuarios. El lema *nada sobre nosotros sin nosotros* que difunde el Modelo de la Diversidad transmite que los usuarios del servicio deben ser protagonistas durante las prácticas de salud, pudiendo proponer los objetivos de tratamiento que desean alcanzar. En estos relatos también se refleja que establecer un vínculo horizontal entre profesionales y usuarios habilita la co-construcción democrática dentro del espacio terapéutico.

Consideramos que todo esto nos invita a preguntarnos cómo es posible desnaturalizar las desigualdades que operan en la concepción sobre el ser humano y la diversidad; pensar de qué manera transformar los vínculos terapéuticos jerárquicos en relaciones más horizontales que favorezcan la circulación del conocimiento; considerar cuáles son las acciones que se pueden llevar a cabo para promover el respeto a la diversidad a fin de favorecer la participación social activa de las personas con diversidad funcional; y reflexionar sobre nuestro rol profesional con el fin de convertirnos en un agente de cambio en lugar de limitarnos a ser adaptadores sociales.

Creemos que la perspectiva crítica y compleja no debe ser considerada un proceso que ocurre solamente en el plano re-

flexivo teórico. Es fundamental que ocurra como un proceso en la praxis (Galheigo, 2012). De lo contrario, se reproduce de manera repetitiva el modelo creado por otros, generando modos de abordaje en nuestra profesión y el sostén de intervenciones dominantes funcionales al modelo médico hegemónico que naturalizan diferencias sociales excluyentes (Cella y Polinelli, 2017).

Finalmente, la propuesta de este trabajo radica tanto en la invitación a la reflexión crítica continua, como también, a la implementación de estrategias y acciones concretas para integrar de manera efectiva la filosofía del Modelo de la Diversidad a las prácticas de Terapia Ocupacional. ■

[Recibido: 27/07/22 - Aprobado: 24/06/24]

Referencias

- Álvarez Ramírez, G. (2023). *El capacitismo, estructura mental de exclusión de las personas con discapacidad*. España: Cinca.
- American Occupational Therapy Association [AOTA] (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 68, pp. 1-48.
- Cella, A. y Polinelli, S. (2017). Conferencia: Historia, encuentros con el otro, espacios de emancipación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3 (1), 35-38.
- De las Heras de Pablo, C. (2015). Significado de la Terapia Ocupacional: Implicancias para la mejor práctica. *TOG (a coruña)*. Monog. 7, pp. 127-145. <https://www.revistatog.com/mono/num7/mono7.pdf>
- Foro de Vida Independiente y Divertad [FVID]. (s/f). El modelo de la diversidad [Mensaje en un blog]. http://forovidaindependiente.org/el_modelo_de_la_diversidad
- Galheigo, S. (2012). Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *TOG (A Coruña)* 5, pp. 176-187. <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>
- Galheigo, S. y Simó Algado, S. (2012). Maestras de la terapia ocupacional. Sandra Galheigo: la poderosa emergencia de la terapia ocupacional social. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 9 (15), pp. 1-41. <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/maestros.pdf>
- Guajardo, A. (2016). Construcción de identidades, epistemes y prácticas en Terapia Ocupacional en América Latina. En Simó Algado S., Guajardo Córdoba A., Correa Oliver, F., Galheigo S. y García Ruiz, S. *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*. (pp. 41-62). Chile: USACH.
- Gutiérrez Monclús, P. (2015). *Terapia Ocupacional. Una disciplina para la autonomía. Prácticas y discursos de Gubernamentalidad y subjetivación en torno a una ciencia emergente*. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona, España.]
- Kielhofner, G. (2006). El desarrollo del conocimiento de la Terapia Ocupacional. En *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional (3ª ed)*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Medeiros, M. H. (1999). *La terapia ocupacional en relación con la producción de conocimiento*. Texto basado en la conferencia pronun-

- ciada en el V Congreso Argentino y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional, La Rioja, Argentina, septiembre de 1999. Traducción: Martínez Antón, M. Ficha de cátedra de la materia Teoría y Técnica de la TO I, Carrera de Terapia Ocupacional, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires.
- Medeiros, M. H. (2008). *Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- Navarrete Salas, E., Cantero Garlito, P., Guajardo Córdoba, A., Sepúlveda Prado, R. y Moruno Miralles, P. (2015). *Terapia ocupacional y exclusión social. Hacia una praxis basada en los derechos humanos (1ed)*. Chile: Segismundo Spa.
- Nabergoi, M., Rossi, L., Albino, A. F., Ortega, M. S., Venturini, Y. D., Ito-vich, F., Medina, L. N., López, M. L. y Presa, J. (2019). Tradiciones en Terapia Ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(2), pp. 12-24.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. España: CERMI. <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/El-modelosocialdediscapacidad.pdf>
- Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad [REDI]. (2011). Tercera Parte. *En el derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento para la participación social*. Argentina: REDI. <http://www.redi.org.ar/Documentos/Publicaciones/El-derecho-a-la-autonomia-de-laspersonas-con-discapacidad-como-instrumento.pdf>
- Sanz Victoria, S. (2016). Pasos hacia una Terapia Ocupacional de base comunitaria. Una aproximación conceptual al enfoque comunitario en la disciplina. En S, Simó Algado, F. Guajardo Córdoba, S. Correa Oliver, S. Galhego, y S. García Ruiz. *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 225-244). Chile: USACH.
- Sbriller, L. (1997). *Introducción a la Terapia Ocupacional Marcos conceptuales (1ra ed.)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Toboso Martín M. y Guzmán Castillo F. (2010). Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Procusto. *Política y Sociedad*, 47(1), 67-83. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO1010130067A>

Cómo citar este artículo:

Jablonski V., Kopp Castagna, N., Chaparro, T., Perez Benitez V. (2024). Aportes del modelo de la diversidad a las prácticas de Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 52-58.

Programa de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Quilmes (PUNQAM): desde la perspectiva de envejecimiento activo y el enfoque de derechos de las Personas Mayores

Senior Citizens Program of the National University of Quilmes (PUNQAM): from the perspective of active aging and the focus on the rights of the Elderly

Romina Magali Tomé | María Ángeles Fernández | Daria Marseeva

Romina Magali Tomé

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Terapista Ocupacional de niños y adolescentes, en Consultorios Cuatro Estaciones. Terapista Ocupacional de niños y adolescentes, en Equipo Interdisciplinario en Trastornos del Desarrollo Hábilmente. Terapista Ocupacional en Municipalidad de Presidente Perón, Equipo TEA.

romina.m.tome@gmail.com

María Ángeles Fernández

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Docente de los cursos PUNQAM. Terapista Ocupacional en clínica privada de salud mental en sector de gerontopsiquiatría y Hospital de Día.

angeles1643@gmail.com

Daria Marseeva

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes. Auxiliar de aula de cursos UPAMI en el PUNQAM. Integrante del Proyecto de Extensión Universitaria: Servicio de Asesoramiento a la Discapacidad "SaDis", Universidad Nacional de Quilmes (UNQ).

marseevadaria@gmail.com

Resumen

El propósito de este documento es describir los cursos PUNQAM, dirigidos a Personas Mayores, que organiza actualmente la Licenciatura de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes en la ciudad de Bernal. Dichos cursos que iniciaron en el año 2014, se han sostenido hasta la actualidad como parte de las propuestas de la Secretaría de Extensión Universitaria, generando un espacio de socialización, reflexión y crítica, basado en el marco político de Envejecimiento activo de la Organización Mundial de la Salud y dentro del enfoque de la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Palabras clave: persona mayor, Terapia Ocupacional, participación de la comunidad, envejecimiento activo.

Abstract

The purpose of this document is to describe the experience of the PUNQAM courses, addressed to Older People and currently organized by the Occupational Therapy Degree at the National University of Quilmes (UNQ) in the city of Bernal. These courses began in 2014 and have been sustained to the present day as part of the proposals of the Secretariat of University Extension, generating a space for socialization, reflection and criticism, based on political framework of Active Aging (WHO, 1999) and within the focus of the protection of the human rights of the Elderly (Law No. 27360, 2014).

Keywords: senior person, Occupational Therapy, community participation, active aging .

Introducción

El año 1999 fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el año de los Adultos Mayores, con el objetivo de llamar la atención y alentar acciones dirigidas al cuidado y acompañamiento de personas mayores de sesenta y cinco años. Se consolida el concepto de envejecimiento activo, en reemplazo al concepto de envejecimiento saludable (desde OMS), pero la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de la Persona Mayores fue aprobada y ratificada años más tarde (2015 y 2017 respectivamente).

Roqué y Fassio (2015) refieren que pensar en el envejecimiento debe tener un impacto en materia de políticas públicas para garantizar los Derechos Humanos de las personas mayores, reflejando en las leyes los intereses de este sector de la sociedad.

En este artículo, se describe un programa universitario basado en el marco legal de derechos de las personas mayores, que promueve la intergeneracionalidad y la participación activa en la comunidad, favoreciendo la identidad ocupacional de los participantes.

Se hace referencia al Programa Intergeneracional cuando “se piensa en implicar en proyectos y prácticas a generaciones diferentes, no consecutivas, en función de edad” (Sáez Carreras, 2009, p.4).

El concepto siempre fue más utilizado desde el punto de vista etario que, desde su impacto en la perspectiva social y comunitaria, parándose más en lo *generacional* que en lo *enriquecedor* de lo *inter* y de compartir entre personas, teniendo en cuenta que, como seres sociales los individuos son en relación con un otro, donde se produce, se forma y transforma una identidad cultural y se construyen roles sociales. Es por eso que la intergeneracionalidad construye un nosotros más solidario, fortaleciendo los procesos de desarrollo humano.

Vejez y vejezes

Según el informe *Situación de la Población Mayor en Argentina* (UNFPA, 2009), la prolongación de la expectativa de vida en los últimos 50 años en América Latina y el Caribe ha aumentado casi 20 años. Según el Censo argentino de 2010, la población mayor de 60 años en nuestro país es de 5.725.838 de habitantes, que representan el 14,3% de la población, de los cuales el 57% son mujeres y el 43% varones.

Ratificada en el año 2017, bajo la Ley Nacional 27.360, la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos de las Personas Mayores (2015) publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina, define a la vejez como “construcción social de la última etapa del curso de la vida” (Ley N° 27360, 2017, p.4).

La primera declaración de los derechos de la vejez fue propuesta por Argentina en 1948, conocida como *El Derecho de la Ancianidad*. La misma fue enviada por Eva María Duarte de Perón a París, Francia, para su retransmisión por radiodifusión

francesa. El documento establece diez derechos, el derecho a la asistencia, la vivienda, los alimentos, el vestido, la salud física y mental, la salud moral, la recreación, el trabajo, la estabilidad y el respeto. (Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto Argentina, 2018).

Se considera “persona mayor, aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor” (Ley N° 27360, 2017, p.4).

Según Montero García (2015) “La vejez es un fenómeno personal y colectivo: porque no solo envejece la persona, sino también la sociedad, de manera simbólica. Las personas cambian con los años, como cambian los tiempos para cada individuo” (p.68). Para Manes *et al.* (2016), no existe una vejez universal, sino que se trata de distintas y múltiples vejezes, que se van configurando y viviendo situacionalmente dependiendo del contexto y de los sujetos. Los estereotipos mayormente relacionados con este término son la sobreprotección de la persona mayor, la inactividad, la falta de interés sexual, la disminución de aptitud funcional, la falta de compromiso con la participación, entre otros.

El término “vejez” tradicionalmente se relacionaba con las enfermedades y era sinónimo de improductividad. En la actualidad, estos supuestos no coinciden con la realidad, ya que este grupo etario ha demostrado una creciente capacidad de adaptación a los cambios y el desarrollo de herramientas propias para incluirse en la comunidad.

Envejecimiento activo y enfoque de derechos

Tomando de referencia la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de la Persona Mayor (2015), el envejecimiento es un “proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio” (p.4). Esta población se ve afectada por estereotipos negativos en torno a la vejez.

Estos estigmas, “comienzan a desaparecer cuando las personas mayores continúan siendo activas. Esto es esencial para crear una comunidad armoniosa e intergeneracional en la cual las personas de edad puedan contribuir plenamente en la sociedad” (OMS, 2001, p.2). Esta forma productiva de envejecer, es definida por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017), como envejecimiento activo:

Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas,

y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2017, p. 4,5)

Se entiende a la participación social como toda aquella vinculación social con otro, ya sea familia, amigos o personas que brinden apoyo a la independencia social, dentro de los diferentes niveles de la comunidad y según requerimientos de cada uno de ellos (grupal, individual historia ocupacional, etc.):

En relación a la participación, las personas mayores podrán contribuir productivamente a la sociedad en actividades tanto remuneradas como no remuneradas, cuando las políticas y los programas sociales, laborales, de empleo, de educación y sanitarios fomenten su participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias. (OMS, 2002, p.27)

Para la OMS (2001) uno de los objetivos de fomentar el envejecimiento activo es, “extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas” (p.2):

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (OMS, 2016)

La importancia de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017), es darles un marco a las diversas formas de envejecer puesto que, no todas las personas envejecen y transitan el envejecimiento de la misma manera. Según la OMS (2015), la salud pública debe acompañar las diferentes fases de la vejez que atraviesan las personas según las destrezas y aptitudes de cada fase favoreciendo el pasaje de una etapa a la otra. Promover el envejecimiento activo y saludable implica potenciar la capacidad funcional de la persona mayor.

El Modelo de la Ocupación Humana (MOHO), propuesto por Kielhofner (2011) establece que las personas están conformadas por volición, habituación y capacidad de desempeño, tres elementos, que se relacionan entre sí. Cualquier componente del individuo (volición, habituación o desempeño) es atravesado por el ambiente y el impacto que este produce en la motivación, los patrones y el desempeño del individuo. El ambiente interactúa continuamente con la ocupación y es una influencia constante en la misma. Los escenarios ocupacionales no pueden entenderse sino se comprende primero el ambiente que los atraviesa.

Este modelo, fundamenta la importancia de la participación de personas mayores en la universidad dentro de los cursos, promoviendo un ambiente intergeneracional que desafía su capacidad de habituación en contextos y entornos nuevos, favoreciendo su desempeño ocupacional.

Con las bases de la Convención y con el fin de garantizar la inclusión al momento de pensar en la construcción, planificación y organización de espacios para personas mayores dentro del ámbito educativo se consideran los diferentes tipos de educación y aprendizaje.

La educación no formal es toda actividad educativa organizada, sistemática, impartida fuera del marco del sistema formal, para suministrar determinados tipos de aprendizaje a subgrupos concretos de la población, tanto adultos como niños. (Montero García, 2005)

Tener en cuenta las diferentes posibilidades y márgenes de la educación y la variabilidad de sus escenarios, permite ampliar el rol de alumno y ponerle diferentes rostros, como por ejemplo el de una persona mayor.

Partimos de la convicción de que la finalidad básica desde el ámbito socioeducativo, no es otra que la que permite a la persona, a cada persona, sin ningún tipo de limitaciones por razones de edad, género o condición cultural, un mejor conocimiento de sí mismo y una mayor capacidad de actuación y de elección en los distintos momentos que se suceden a lo largo de su vida. (Montero García, 2005, p.222)

Intervención desde Terapia Ocupacional: incumbencias en el ámbito comunitario

La práctica de los terapeutas ocupacionales con las comunidades tiene como objetivo mejorar el desempeño ocupacional, la participación, la salud y el bienestar a nivel comunitario (WFOT, 2019). En la comunidad las incumbencias del terapeuta ocupacional se encuentran en constante movimiento y expansión. Los campos de intervención cada vez son más amplios, y dejan de limitarse solo al diagnóstico y la rehabilitación, lo que implica el desafío de “ampliar la visión profesional hacia el bienestar, la salud, la prevención, la promoción de la salud y poder articular estos conceptos con la ocupación como agente de salud” (Pellegrini, 2015, p.42).

Peloquin (2004) sugiere que, si la Terapia Ocupacional se autodefine como arte y ciencia, se señala como una práctica que tiene como labor, crear y producir al mismo tiempo. Esta integración entre ambos conceptos, indica que la profesión se compone de individuos que se implican en el hacer con otros.

La terapeuta ocupacional Mosey (1981) sostiene que el arte no es la habilidad de aplicar la ciencia, sino el deseo de ayudar a otros. Esta autora, señala que el arte del trabajo comunitario es asistir a otros individuos en el aprendizaje y crecimiento. Entonces, podemos resumir diciendo que el

arte es la habilidad de guiar a otros a conocer y utilizar su potencial y a participar en su comunidad para amar, jugar y encontrar el propósito en la vida. (Pellegrini, 2015, p.57)

En este sentido, y en relación con el envejecimiento, De Carvalho (2018) afirma que “el envejecimiento necesita ser pensado y abordado por los terapeutas ocupacionales desde diferentes perspectivas, contemplando también los aspectos sociales que involucran a esta población” (p.31).

Las bases teóricas mencionadas anteriormente, sustentan la importancia de que la carrera de Terapia Ocupacional forme parte de la coordinación del PUNQAM, desde un paradigma comunitario en la ocupación de las personas mayores.

Descripción del programa

Origen de los Programas Universitarios

Los primeros Programas Universitarios a nivel mundial dedicados a Personas Mayores se registran desde 1973, en la Universidad de Tolouse, Francia, pensados por el profesor Pierre Vellas:

La aparición de estos centros educativos y recreativos para las personas mayores cubrieron un lugar necesario, para motivar a la participación y a la autorrealización, para una generación de personas que tomaron su integración a las aulas universitarias como un desafío intimidador (Ordano y López, 2015, p.101).

Los cursos nacen en paralelo con el llamado de la OMS, para generar políticas desde el envejecimiento activo. Comienzan a funcionar en la Secretaría de Extensión Universitaria en respuesta a la necesidad de las personas mayores de tener un espacio para continuar con uno de los pilares de la educación: el aprendizaje a lo largo de la vida.

Para desarrollar el presente escrito se han entrevistado algunas de las terapeutas ocupacionales que conocen el recorrido histórico del programa.

“Antes de surgir el PUNQAM (Programa Universitario para los Adultos Mayores) se abrieron los **Talleres para Adultos Mayores** en la Universidad Nacional de Quilmes en el año 1999. Estos talleres, fueron sugerencia de la primera directora de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional Marta Suter, según comenta Silvia Berezin, terapeuta ocupacional coordinadora de la propuesta en ese entonces. Gabriela Adur, terapeuta ocupacional, docente de la UNQ y actual Directora del PUNQAM, refiere que “Marta, fue visionaria en trabajar la educación no formal para adultos mayores”.

Las problemáticas que se hacen tangibles en los cursos, son acerca de temas como la vulnerabilidad ante la muerte, el paso del tiempo, la pérdida de poder familiar, la sexualidad, la salud física, la salud mental, entre otros y se reconocen como colectivas a partir del incremento en el número de participantes.

Origen del PUNQAM

En agosto de 2014 se firmó un convenio con UPAMI (Programa Universidad Para Adultos Mayores Integrados). En septiembre del mismo año se comienzan a dictar los primeros cursos, que marcan la articulación de políticas públicas entre dos instituciones del Estado: una Universidad y una agencia de los Adultos Mayores. En marzo de 2015 la UNQ, a través de su Consejo Superior, crea el Programa Universitario para los Adultos Mayores (PUNQAM).

Luego de la coordinación de los cursos a cargo de la Dra. Cristina Chardon, psicóloga y docente de la UNQ, en febrero de 2020 la Universidad otorga nuevamente a la carrera de Terapia Ocupacional el espacio del PUNQAM.

Fundamentación

El Programa de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Quilmes (1999-2021) es un Programa Institucional al que concurren aproximadamente 1400 estudiantes por año promedio. Los cursos son dictados por profesionales de los tres departamentos de la Universidad: Ciencias Sociales, Ciencia y Tecnología, Economía y Administración y de la Escuela de Artes.

Tiene cuatro ejes: Formación, Compartiendo el patrimonio cultural, Orientación y Difusión. El objetivo de este programa, es fomentar la socialización crítica, promover la salud colectiva, la construcción de la alteridad y la calidad de vida. Articula con docencia en el dictado de los diferentes cursos y talleres, con investigaciones acreditadas en la UNQ, y con actividades de grado y posgrados.

El trabajo con adultos mayores durante más de dos décadas, ha permitido construir una amplia experiencia acerca de los cursos por los que se interesan, de los temas que han podido ir surgiendo, como así también los prejuicios sociales, que es necesario ir resquebrajando para poder hablar de ellos. Se han ido abriendo cada vez más cursos que trabajan en formato de reflexión crítica sobre las problemáticas características de esas edades: la cercanía con la enfermedad y la muerte, los duelos y las problematizaciones acerca de la temporalidad, las transformaciones en amistades y familias y el surgimiento o no de la abuelidad. Asimismo, se abordan temas contingentes surgidos con la edad y los avances de las sociedades: familiarizarse con la computación, la necesidad de seguir aprendiendo, los problemas de memoria y el manejo de los tiempos. Pero también, sobre temas de sus propios intereses, que muchas veces a lo largo de su vida han tenido que dejar de lado por diferentes motivos. “Tienen ganas de aprender y también muchos intereses que han tenido que dejar de lado, posponer, pero no abandonar. Sienten que ya es hora de ocuparse de ellos. Plantean sus necesidades y buscan respuestas a sus demandas” (Adur, G., comunicación personal, 27 de febrero de 2021). En esta línea, desde el programa entendemos que la concepción del desarrollo como una curva ascendente en la que se van logrando distintas adquisiciones para pasar luego por una meseta y declinar más tarde, es obsoleta.

Objetivos del programa

- Realizar en forma conjunta acciones relativas a la promoción de objetivos educativos, culturales y sociales que contribuyan a una mejor calidad de vida de las personas mayores.
- Favorecer la calidad de vida de las Personas Mayores mediante la instrumentación de programas conjuntos, incentivando la participación de personas mayores, en los procesos culturales y recreativos, potenciar su autoestima, y al mismo tiempo, proteger el patrimonio y las tradiciones culturales.
- Generar acciones que tengan por finalidad mejorar el desempeño en la vida cotidiana de la persona mayor y la inserción en el entorno familiar, para que de esa forma recupere el protagonismo y la consideración de toda la sociedad.

Características de los cursos

Tal como se puede visualizar en la tabla 1, los cursos ofertados en el mes de octubre del año 2020 fueron un total 37. Debido al aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) por Covid-19 se realizaron por primera vez, tanto las inscripciones como los cursos, de forma virtual en el propio campus de la UNQ.

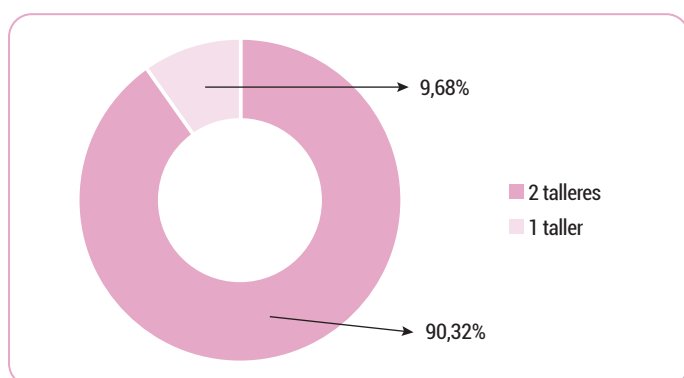
Los cursos cuentan con una duración bimestral y una cantidad promedio de 12 clases, con una frecuencia de un encuentro semanal. El cupo por clase en su mayoría es de 25 alumnos, a excepción de los cursos de informática que tienen como máximo 15 participantes. Para acceder a las clases, los inscriptos utilizaron el campus virtual de la universidad, contando en caso de ser necesario con la asistencia de las auxiliares de aula, 19 estudiantes y 2 egresadas de la carrera de Terapia Ocupacional.

Tabla 1. Descripción de talleres.

Taller	Descripción de contenidos
Informática Básica	Hardware y software; sistema operativo, carpetas y archivos; buscar en la pc, barras, Word, crear documentos.
Internet Básico	Conexión a internet, uso de navegadores, búsquedas, descargas de archivos, email, envío de archivos, drive, creación de documentos en grupo
Manejo de celulares	Configuración, wi fi y datos móviles, Bluetooth, ubicación, sonido y ringtone, configuración de pantalla, apps accesos directos, temas, bloqueo y seguridad.
Manejo de celulares	Características y almacenamiento, sistema operativo, cámara, usb, contactos, llamadas, ajustes, bluetooth, tipos de redes, apps, whatsapp, Facebook, Instagram.
Redes sociales. Uso y análisis.	Facebook, Twitter, Instagram: instalación, publicación, fake news, uso en celular y/o computadora, Whatsapp: herramientas básicas, noticias falsas, audios virales.
Manejo de redes sociales	Íconos, Apps, Facebook, Youtube, Instagram, Whatsapp: instalación, uso, publicaciones, privacidad, posteos, seguir cuentas.
Akortando distancias: aplicaciones para comunicarse y realizar videollamadas.	Aplicaciones para comunicarse: Whatsapp, Zoom, Jitsi, Messenger, usos básicos, diferencias, funciones.
Cuidados y salud mental entre nosotros. Cuerpos y legados.	Importancia de los lazos sociales en tiempos de aislamiento, Biopolítica y estrategias colectivas; distancias y cercanías, los cuerpos en la pantalla; memorias e historias singulares y colectivas, aprendizajes, riesgos, dolores y júbilos.
La Educación Sexual Integral en los Adultos Mayores.	Derechos, sexualidad, vínculos saludables, vejez y cambios corporales, expresión de sentimientos, mirada del otro, promoción de la salud, reflexión sobre concepciones de sexualidad, concepciones de belleza, ETS.
Memoria, afecto y color.	Funciones cognitivas en general: memoria, (la queja mnésica es uno de los principales factores de consulta profesional y de angustia en el adulto mayor) lenguaje, praxias, funciones ejecutivas, orientación, percepción, atención, etc.
Taller de Memoria	Ejercicios para mejorar la atención, memoria, lenguaje, sensopercepción y las funciones ejecutivas, específicos para cada categoría.
Taller de Memoria	Ejercicios de fluidez verbal, atención memoria a corto plazo, de memoria visual, de praxias, de discriminación y percepción visual, de memoria semántica, auditiva, visual y sensorial.
Activación cerebral y entrenamiento de la memoria	Tareas de orientación temporoespacial, de percepción y gnosias, de praxias, de memoria, de lenguaje/comunicación, de atención, concentración y cálculo, de estructuración cognitiva, etc.
Cómo funciona nuestro cerebro.	Envejecimiento activo, entrenamiento cerebral, técnicas y ejercicios para mejorar la capacidad atencional, factores que favorecen la memoria, técnicas mnemotécnicas, mindfulness.
Taller de Escritura.	Autobiografía y Biografía, cuento, microcuento, Haiku, remembranzas, mitos y leyendas, Fotografía y escritura, música y escritura, el monólogo.
Recorriendo y pensando destinos, cultura y gastronomía desde casa	Análisis de la gastronomía y Cultura de las ciudades de: CABA-Obelisco, Río de Janeiro, Lima, La Habana, Nueva York, Madrid, Londres, París, Roma, Dubai, Sidney.
Para no olvidar: reflexiones desde la memoria local (en la Argentina a partir de la segunda mitad del siglo XX).	Historia y memoria, migraciones y memoria, vida escolar y memorias, prensa y memoria, recorrido por los ex centros clandestinos de detención durante la última dictadura militar.
Sin ellas, otra sería la historia. Mujeres y Colectivos de mujeres en la Historia Argentina desde 1950 hasta la actualidad.	Surgimiento, análisis histórico de género; Eva Duarte, mujeres católicas, periodistas de la resistencia peronista; madres y abuelas de Plaza de Mayo, mujeres piqueteras, docentes, Norma Plá, mujeres y pandemia.
Sin ellas, otra sería la historia. Mujeres sufragistas.	Surgimiento del campo de estudio; análisis histórico de género; Elvira Rawson, Julieta Lanteri; Alicia Moreau de Justo, Carolina Muzzilli, Victoria Ocampo, Ma. Rosa Oliver, Unión Argentina de Mujeres; Eva Duarte.

Palacios porteños, cuna de una aristocracia sin reino	Palacios Pizzurno, Fernández-Anchorena, Paz, Madero-Unzué, Bosch, Ortíz-Basualdo, Errazuriz, Estrugamou, Anchorena, Pereda.
Acercamiento al teatro desde su historia.	Inicios en Grecia, tragedia y comedia; Edad Media, Renacimiento, comedia francesa, comedia italiana, teatro isabelino: Shakespeare; Realismo y Naturalismo, era Industrial; Modernidad: vanguardia las grandes guerras, teatro del absurdo.
Actuar de a uno. Monólogos en taller.	Monólogo, soliloquio, unipersonal; teatralidad y puesta en escena; selección y análisis del material a trabajar; improvisación individual; herramientas básicas de la técnica actoral; decisiones de puesta en escena.
Todos somos artistas.	Línea; matiz; materia y uso de herramientas; recursos: transparencia y superposición; composición; naturaleza muerta; Ensablaje; Pintura y paisaje argentino; Retrato; Informalismo; Americanismo; Prácticas artísticas contemporáneas.
Recortar y crear. Collage en casa.	Collage manual; Surrealismo; Recorte; Ensablaje artístico, Ilustración; Artistas argentinos contemporáneos.
Taller de Fotografía.	Funciones básicas; Tipos de Fotografía; tipos y partes de la cámara; reglas de composición; tipos de plano y ángulos; Fotografía creativa; Edición.
Taller práctico de producción de terrarios.	Fundamentos, características y funcionamiento; Especies de plantas y reproducción; cuidado y detección de enfermedades; mantenimiento; ambientación; ubicación; plantas de interior y de exterior.
Taller de Audiovisual.	Conceptos, tipos de audiovisual; elementos necesarios para captura de imagen; análisis; elementos que lo conforman; características, producción de videoclip; guión; tomas de cámara; grabación.
Taller de producción de radio y podcast.	Historia de la radio, Radio y Podcast; Lenguaje radiofónico; roles de la producción; Formatos; Radioteatro; Guión para radio, podcast y Radioteatro; Investigación para producir contenido; Entrevista; Comunicación comunitaria; redacción de proyecto.
Cine argentino contemporáneo	Contraste entre cine y producción audiovisualdigital; análisis de: "Un oso rojo", "La ciénaga", "El fondo del mar", "Silvia Prieto", "Tiempo de valientes", "La araña vampiro", "El estudiante", "Pizza, birra y faso", "Labios de churrasco", película a elección de los inscriptos.
Análisis del cine contemporáneo.	Conceptos básicos de sintaxis audiovisual y terminología; análisis de películas: "Había una vez en Hollywood", "El artista", "Dolor y gloria", "El irlandés", "1917", "Jojo rabbit", "Diamantes en bruto", "Birdman", "La llegada", "Ex machina", etc.
Taller de Radioteatro.	El Radioteatro argentino; elementos de lenguaje radiofónico; técnicas de uso de la voz; boletín informativo; podcast; representación de personajes; importancia del narrador; producción de efectos sonoros artesanales; elaboración de guión; grabación.
Claves para mejorar la calidad de vida	El ser humano como ser ocupacional; actividades de la vida diaria; debilidades y fortalezas de las personas; la alianza terapéutica; desempeño ocupacional; perspectiva centrada en la persona; creencias y experiencias; independencia, autonomía y salud funcional en las personas mayores.
Salud y Movimiento recreativo	Conceptos de salud, movimiento y calidad de vida; juego y fair play; flexibilidad y meditación para disminuir el estrés; lesiones; cuerpo humano: columna vertebral, enfermedades, estructura anatómica; juegos: en equipo tradicionales, con música; trabajos con pelota; técnicas de baile y de boxeo.
Hora de cuidarnos! Taller de hábitos saludables	Hábitos saludables, rutina, análisis de rutina y hábitos; postura, principios articulares, conservación de la energía, disminución de cargas; ocupación: concepto, importancia, tipos; análisis de ocupaciones y ambiente cotidiano; medidas de seguridad en el hogar, estrategias de adaptación, etc.
Expresión corporal. El cuerpo poético en casa	Corporalidad y expresión como categorías objetivas; senso-percepción, puntos de apoyo, eje postural; motricidad y tono; calidad y secuencia de movimiento; composición corporal; disparadores poéticos del cuerpo; el cuerpo como narrador y comunicador.
Los letristas del Tango.	Breve reseña histórica; el sainete criollo; tango humorístico; El grotesco, el teatro; grandes duplas; el verso libre; la década del 60; la mujer en la poesía del tango; poesía del tango a partir de los años 90.
Gestión de instituciones vecinales	Formas jurídicas; competencias municipales, rol del Estado provincial, organismos nacionales vinculados; organización y funcionamiento; estatuto; órganos de gestión y deliberación; participación; la construcción colectiva desde la comunicación; contextualización de los centros vecinales; organización de un plan de acción.

Figura I
Inscriptos por taller



Fuente: Datos recabados de una entrevista realizada a Gabriela Adur, actual Directora del Programa PUNQAM

Se registraron en los cursos 672 inscripciones, (Figura I) con un total de 372 inscriptos, indicando que el 90% de los mismos se inscribió en promedio a dos cursos, representando la cantidad de 336 alumnos.

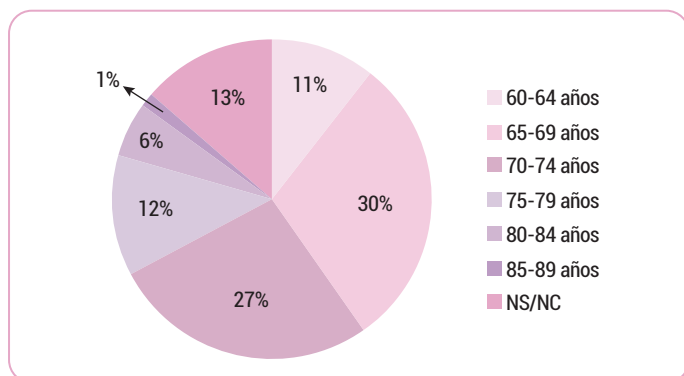
El mayor rango etario que representa casi el tercio de los alumnos es entre 65 y 69 años, siguiendo con más de un cuarto el rango entre 70 y 74 años (Figura II).

Tal como se observa en la figura III, dentro de la totalidad de los inscriptos hay un predominio en el género femenino.

Debido a la divulgación de la oferta de los cursos, al crecimiento del programa y a la virtualidad, se logró expandir la convocatoria y la confluencia de los alumnos. Si bien los asistentes pertenecen a zonas aledañas a la Universidad, con esta nueva modalidad se consiguió llegar a personas de otras loca-

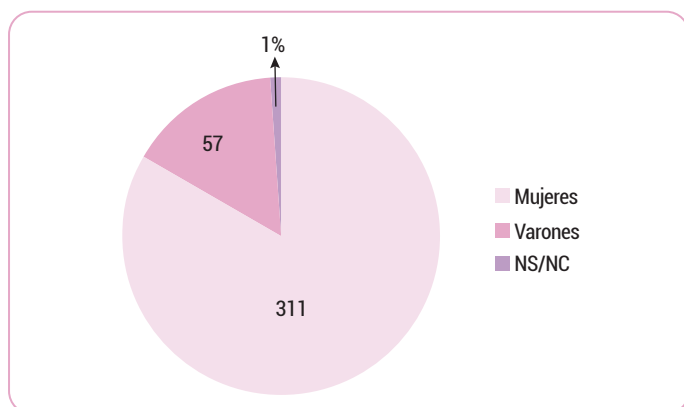
lidades tales como La Florida, La Plata, Mar del Plata y provincias como Córdoba, Chubut, entre otras. (Figura IV)

Figura II:
Edades



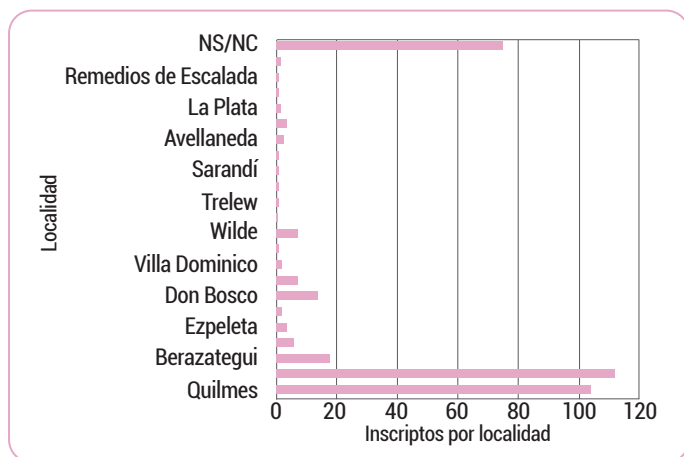
Fuente: Datos recabados de una entrevista realizada a Gabriela Adur, actual Directora del Programa PUNQAM

Figura III:
Inscripción por género



Fuente: Datos recabados de una entrevista realizada a Gabriela Adur, actual Directora del Programa PUNQAM

Figura IV:
Inscriptos por localidad



Fuente: Datos recabados de una entrevista realizada a Gabriela Adur, actual Directora del Programa PUNQAM

Descripción de la población que asiste

Los cursos PUNQAM están destinados a personas mayores de 60 años, que tengan o no cobertura de PAMI. Los mecanismos de inscripción son mediante la página web de Comunidad PAMI o la página de la Universidad Nacional de Quilmes.

Reestructuración durante la emergencia sanitaria

Durante el 2020, debido a la pandemia, la organización, planificación y desarrollo del Programa se vio modificado. Desde la pérdida de la presencialidad, el pase a la virtualidad, el cambio en la forma de inscribirse, la imposibilidad de las salidas y propuestas de recorrido por el patrimonio histórico, llevó a repensar los cursos. Debido a las restricciones por la pandemia por COVID-19, se propone poner total énfasis en mantener el contacto con y entre las personas mayores que ya formaban parte del Programa y con cualquier otro que pudiera acceder a la propuesta.

Durante el primer cuatrimestre del calendario universitario se crearon, fomentaron y divulgaron, espacios en las redes sociales donde se subía información de interés, se ofrecían actividades y se estimulaba a los alumnos a mantenerse en contacto con el Programa.

Además, se designaron alrededor de 70 voluntarios pertenecientes al Departamento de Ciencias Sociales, con la labor de comunicarse con aquellas personas que requieren mayor acompañamiento. También, se sumaron a las aulas virtuales, 21 voluntarios de la carrera de Terapia Ocupacional, otorgando apoyo técnico a los estudiantes.

Cada docente contó con un grupo de voluntarios supervisado una vez a la semana. Se brindó asistencia a problemáticas que surgieron en este nuevo contexto desde trámites administrativos, hasta turnos médicos o alguna inquietud personal.

Los cursos se re-adaptaron, y gracias a la participación de los voluntarios fue posible que muchas personas mayores que formaban parte de los cursos presenciales pudieran inscribirse y mantener la participación en los mismos de manera virtual. Durante el año 2020, el Programa de la Universidad fue el que más cursos logró abrir.

Una de las principales características que otorga PUNQAM, es que las personas mayores desarrollen el sentido de pertenencia y puedan ocupar al igual que un joven, su lugar de alumno dentro de la institución accediendo al comedor, a la biblioteca, a los centros de estudiantes, entre otros espacios.

Discusión

Actualmente estamos atravesando un cambio de paradigma en el ámbito de la salud hacia una mirada holística que, sin

dejar de lado el enfoque preventivo, propicie estilos de vida activos y saludables, para que la persona mayor no solamente se preocupe por no padecer una enfermedad, sino que también busque incrementar su participación en actividades que le generen bienestar y satisfacción.

Las bases teóricas en la temática fundamentan que el objetivo principal dentro del ámbito socioeducativo, es brindarles a las personas mayores, independientemente de su historia de vida o momento actual, las herramientas necesarias para un mejor entendimiento y confianza en sí mismas, haciéndoles protagonistas de sus propias decisiones.

Sin duda alguna, para que exista un envejecimiento activo y saludable, es necesaria la presencia de vínculos intergeneracionales. Para promoverlos, se debe producir a nivel social un cambio de perspectiva solidarizándose y respetando a cualquier persona sin importar la edad, con la creación y fortalecimiento de redes de contención que, no solamente acompañen, sino que también sirvan para desestigmatizar la mirada de la sociedad hacia las personas mayores y el envejecimiento, dando lugar a una mirada positiva que los convierta en un recurso invaluable para la comunidad.

Se considera la necesidad de entender y conocer las etapas del envejecimiento y sus cambios. Comprendiéndolas, se lograrán crear propuestas de prevención donde se puedan evitar desde enfermedades hasta situaciones de vulnerabilidad como maltrato o discriminación. De esta manera, a partir de las propuestas el tema vejez recobrará valor, no sólo como un proceso cíclico sino también compuesto por un factor psico-social.

Al repensar a la persona mayor como sujeto de derecho y otorgándole una entidad subjetiva dentro de la comunidad, se abre un abanico de posibilidades “habilitando nuevas prácticas emancipadoras con el poder de reinterpretar el rol de las personas mayores en el espacio social, transformando su lugar legal, moral y político” (Palma *et al*, 2019, p.12).

Es necesario ampliar los campos de conocimiento acerca de las personas mayores y sus motivaciones e intereses para poder responder a sus demandas. A través de programas y proyectos institucionales públicos o privados, es fundamental generar espacios de integración que favorezcan la calidad de vida y el envejecimiento activo, remarcando la importancia de promover y hacer extensivo a otras universidades el desarrollo de los cursos para que pueda replicarse este programa en otros espacios.

Lo importante no es solamente vivir más tiempo sino, cómo se vive.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a la Licenciada en Terapia Ocupacional, Docente y actual Directora de los cursos

PUNQAM, Gabriela Adur y a la Licenciada en Terapia Ocupacional y Docente Silvia Berezin, que ambas amablemente nos prestaron su tiempo y sus experiencias en el recorrido de los cursos para hacer aún más enriquecedor y significativo nuestro relato. ■

[Recibido 14/09/21 - Aprobado 24/06/24]

Referencias

- Convención Interamericana sobre protección de los Derechos Humanos de las personas mayores Ley N° 27360. Boletín Oficial N° 33635. mayo 2017. Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/275347/norma.htm>
- De Carvalho, C. R. A., Malfitano, A. P. S., y Lopes, R. E. (2018). Intervenciones sociales de Terapia Ocupacional con adultos mayores en América del Sur: una revisión no sistemática de la literatura: intervenciones colectivas, territoriales y sociales. [Archivo PDF]. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 18(2), 29-43. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103748>
- Fondo de población de las Naciones Unidas en Argentina (UNFPA). (2009). *Situación de la población argentina*. [Archivo PDF]. https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SITUACION_POBLACION_ARGENTINA_2009.pdf
- Kielhofner, G. (2001). Modelo de la Ocupación Humana. En B. Polonio López, Durante Molina Pilar, & B. Noya Arnaiz (Eds.) *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Ed. Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2011). *Modelo de la Ocupación Humana*. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Manes, R., Carballo, B., Cejas, R., Machado, E., Prins, S., Savino D. y Wood, S. (2016). Vejez desiguales. Un análisis desde el enfoque de derechos de las personas mayores. *Revista de Trabajo Social Margen*, (83). [Archivo PDF]. <https://www.margen.org/suscri/margen83/manes83.pdf>
- Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto Argentina. (2018). 70° Aniversario de la declaración de los Derechos de las Ancianidad. <https://www.cancilleria.gob.ar/es/institucional/patrimonio/archivo-historico-de-cancilleria/70deg-aniversario-de-la-declaracion-de-los#:~:text=El%2028%20de%20agosto%20de,%E2%80%9CDerechos%20de%20la%20Ancianidad%E2%80%9D.&text=Los%20derechos%20de%20la%20ancianidad%20fueron%20a%C3%B1adidos%20a%20la%20Constituci%C3%B3n,y%20cargo%20de%20su%20familia>
- Montero García, I. (2005). *El interés de las personas mayores por la educación: la educación. Estudio de campo*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. España. [Archivo PDF]. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/616/15428345.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OEA. Convención Interamericana sobre protección de los Derechos Humanos de las personas mayores. (2015). http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- OMS. 52° Asamblea Mundial de la Salud. (1999). Envejecimiento activo. Ginebra. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258944/WHA52-1999-REC-3-part1-spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37 (2). pp. 74-105.. https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
- OMS (2001). *El abrazo Mundial: el manual*. https://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1
- OMS. (2015). *Envejecimiento*. <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Ordano, S. y López, S. (2015). Educación Comunitaria, Módulo 11. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. 3 Ed. Ministerio de Desarrollo Social. [Archivo PDF]. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2018/10/EGCI-Mod-11.pdf>
- Palma, A., Perrota, V., y Rovira, A. (2019). *Las personas mayores como sujetos de derecho: el aporte de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores*. Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay [Archivo PDF]. https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/documento_inmayores_final_0.pdf
- Peloquin, S. (2004). El arte de la Terapia Ocupacional: el espíritu llevado a la práctica. En Simó Algado, S., Kronenberg, F. y Pollard, N. (Eds.) *Terapia Ocupacional sin fronteras*. Ed. Médica Panamericana, Madrid, (1era ed. pp. 98-110)
- Pellegrini, M. (2015). *La Terapia Ocupacional basada en la comunidad*. Terapia ocupacional en Comunidad. Cap.3. Universidad Virtual de Quilmes. 1 Ed. Bernal.
- Roqué, M. y Fassio, A. (2015). Educación Comunitaria, Módulo 2. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. 3era Ed. Ministerio de Desarrollo Social. [ArchivoPDF]. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2018/10/EGCI-Mod-02.pdf>
- Sáez Carreras, J. (2009). La intergeneracionalidad o la potencialidad de un concepto inexplorado. *Revista Espai Social*, 9 (2), 4-7. https://www.coeescv.net/docs/Revistas%20EspaiSocial/espai_social_09.pdf
- Universidad Nacional de Quilmes. *Programa de Adultos Mayores de la UNQ*. <http://www.unq.edu.ar/secciones/414-programa-de-adultos-mayores-de-la-unq/>
- Universidad Nacional de Quilmes (2020). *Cursos para Adultos Mayores*. <http://www.unq.edu.ar/secciones/398-cursos-para-adultos-mayores/>
- WFOT. (2019). *Terapia Ocupacional y Práctica Centrada en la Comunidad. Declaración de posicionamiento*. <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-and-community-centred-practice>

Cómo citar este Relato de Experiencia:

Tomé, R. M., Fernández M. A., Marseeva, D. (2024). Programa de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Quilmes (PUNQAM): desde la perspectiva de envejecimiento activo y el enfoque de derechos de las Personas Mayores. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 59-67.

Aportes a los fundamentos de Terapias Ocupacionales situadas. Diálogo con la ponencia de Sandra Galheigo en el Primer Encuentro Internacional Terapias Ocupacionales desde el Sur

Contributions to the foundations of situated Occupational Therapies. Dialogue with Sandra Galheigo's presentation at the First International Meeting of Occupational Therapies from the South

Natalia Yujnovsky

Terapeuta Ocupacional. Graduada, investigadora, extensionista y docente de Prácticas Pre-profesionales de TO en Salud Mental y de Terapia Ocupacional en Comunidad en la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", FBCB, Universidad Nacional del Litoral. Docente del Seminario Relaciones entre instituciones y sectores sociales FCEDU-UNER. Trabajó en el Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná en experiencias de salud mental interdisciplinarias e intersectoriales. Maestranda en Docencia Universitaria.

nataliayuj@yahoo.com.ar

Julia Benassi

Lic. en Terapia Ocupacional (UNL), Master en Psicología Cognitiva y del Aprendizaje (FLACSO y UAM), diplomada en Autismo y Síndrome de Asperger (Universidad de Belgrano). Docente, extensionista e investigadora de la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", FBCB, Universidad Nacional del Litoral y de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Miembro co-fundadora del equipo de profesionales Vaivén Infancias, Santa Fe, Argentina, coordinadora y terapeuta en dispositivos psicoeducativos para niños/niñas con condición de espectro de autismo y sus familias.

juliebenassi.jb@gmail.com

Mariela Nabergoi

Licenciada en Terapia Ocupacional. Doctora en Salud Mental Comunitaria. Docente en carreras de Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de San Martín y Universidad de Buenos Aires. Docente de posgrado en la Maestría en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús) y Especialización en Terapia Ocupacional Comunitaria (Universidad Nacional de Quilmes).

mnabergoi@yahoo.com.ar

Andrea Fabiana Albino

Licenciada en Terapia Ocupacional. Especialista y maestranda en Metodología de la Inves-

Natalia Yujnovsky | Julia Benassi | Mariela Nabergoi | Andrea Fabiana Albino | Maria Emilia Fraile

Resumen

El artículo recupera y comparte un recorrido construido en diálogo con la ponencia de Sandra Galheigo *Terapia Ocupacional Crítica y compromiso ético y político en el contexto del Sur: ejes para la construcción de prácticas emancipatorias*, presentada en el Primer Encuentro Internacional Terapias Ocupacionales desde el Sur, que tuvo lugar en la Universidad de Santiago de Chile, en noviembre de 2018. Galheigo propone seis ejes de las prácticas emancipatorias en base a desarrollos de autoría de Terapia Ocupacional (TO) brasileña desde fines de los años 70, junto a personas con discapacidad, sufrimiento psíquico y/o en situación de vulnerabilidad social como aportes para las prácticas de la TO en el contexto del Sur. En diálogo con el planteo de la autora, retomamos producciones previas de recorridos propios y compartimos matices y fundamentos que nutren desde hace décadas nuestra forma de comprender y hacer TO, desde lo que elegimos nombrar como poética de la actividad. Estas surgen de procesos de conversación, problematización e integración de y sobre la formación profesional y el desarrollo de acciones compartidas en diferentes espacios de praxis que han dado lugar a proyectos desde los ejes de salud mental comunitaria, derechos humanos, producción de conocimiento, vida cotidiana y participación ciudadana.

Palabras clave: Terapias ocupacionales desde el Sur, Terapia Ocupacional crítica, producción de vida, poética de la actividad, Salud comunitaria, actividades cotidianas.

Abstract

The article presents a dialogue with Sandra Galheigo's presentation "Critical Occupational Therapy and ethical and political commitment in the context of the South: axes for the construction of emancipatory practices"; presented at the First International Meeting of Occupational Therapies from the South, which took place in the University of Santiago de Chile, in November 2018. Galheigo proposes six axes of emancipatory practices based on developments authored by Brazilian OTs since the late 1970s, together with people with disabilities, psychological suffering and/or in situations of social vulnerability, as contributions to the practices of Occupational Therapy in Southern contexts. In dialogue with this approach, we return to previous productions and propose nuances and foundations that have nourished our way of understanding and doing Occupational Therapy for decades, from what we choose to call the poetics of activity. These arise from processes of conversation, problematization and integration of and about professional training and the development of shared actions in different spaces of praxis that have given rise to projects guided by concepts of community mental health, human rights, knowledge production, daily life. and citizen participation.

Keywords: Southern Occupational Therapies, critical Occupational Therapy, production of life, poetics of activity, community Health, daily activities .

tigación Científica. Docente de la Licenciatura en Terapia Ocupacional y la Especialización en Terapia Ocupacional: Patologías y terapéuticas de la niñez (Universidad de Buenos Aires). Docente en la Especialización en Terapia Ocupacional Comunitaria (Universidad Nacional de Quilmes). Docente de grado en la Universidad Nacional de San Martín. Docente de posgrado en Universidad Nacional de Lanús y Universidad Nacional de Arte. Coordinadora de equipo interdisciplinario especializado en niños y adolescentes. Vicepresidenta de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales.

aalbino@hotmail.com

María Emilia Fraile

Terapeuta Ocupacional. Graduada, docente de Terapia Ocupacional en Comunidad, extensionista e investigadora de la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", FCB- UNL. Docente en el Seminario Relaciones entre instituciones y sectores sociales de FCEDU- UNER. Integrante del Área Infancias y Juventudes de la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe. Co-coordinadora y co-fundadora de Vaivén Jóvenes. Diplomada en "Jóvenes en situación de dificultad. Prácticas profesionales y enfoques interculturales". Universidad Paris VIII/ Fundación CEM. Doctoranda en Sentidos Teorías y Prácticas de la Educación (FHUC-UNL)

emiliafraile@hotmail.com

Introducción

En noviembre de 2018 se realizó en Chile el Primer Encuentro Internacional Terapias Ocupacionales desde el Sur, organizado por el colectivo de Terapia Ocupacional de la Universidad de Santiago de Chile (USACH), junto a otras organizaciones.

En el mismo, compartimos una mesa de debate junto con las colegas Daniela Testa y Daniela Albuquerque, en diálogo con la presentación de Sandra Galheigo "Terapia Ocupacional Crítica y compromiso ético y político en el contexto del Sur: ejes para la construcción de prácticas emancipatorias". En dicha presentación, que parte de un análisis exhaustivo de la producción brasileña de Terapia Ocupacional (TO) en las últimas décadas, la autora propone seis ejes de las prácticas emancipatorias en base a desarrollos de la TO brasileña desde fines de los años 70, junto a personas con discapacidad, sufrimiento psíquico y/o en situación de vulnerabilidad social, como aportes para las prácticas de la Terapia Ocupacional en el contexto del Sur.

Desde la pertenencia a diversos espacios universitarios hemos sostenido procesos de conversación, problematización e integración de y sobre la formación profesional y el desarrollo de acciones compartidas que han dado lugar a proyectos desde los ejes de salud mental comunitaria, derechos humanos, producción de conocimiento, vida cotidiana y participación ciudadana. En diálogo con la sistematización de ejes propuestos por Galheigo como punto de partida, retomamos escritos previos de nuestra autoría y proponemos matices y fundamentos que nutren desde hace décadas nuestra forma de comprender y hacer en Terapia Ocupacional en docencia, investigación y extensión desde una idea de clínica ampliada, entramada en una poética de la actividad, como aporte a la construcción de Fundamentos de Terapias Ocupacionales desde el Sur y en nuestro contexto local.

Desarrollo

En ocasión de aquel encuentro del año 2018, construimos y compartimos un diálogo a partir de las provocaciones y resonancias que la presentación de Sandra Galheigo nos trajo. Retomamos entonces las tres *preposiciones* que encabezan las seis ideas y conceptos para la construcción de prácticas críticas y emancipatorias que la autora propone. Saberes y prácticas, enlazados siempre en el sentido que la idea de *praxis social* imprime, se construyen *desde, hacia y con*: 1. un contexto local y territorial; 2. la vida cotidiana; 3. la experiencia subjetiva, intersubjetiva y colectiva; 4. el reconocimiento de las relaciones de poder como inherentes a los intercambios sociales; 5. la producción de cuidado como producción de vida, de sentido y de cuidado de sí; y 6. con la diversidad.

Nos vimos convocadas a jugar con las preposiciones, y a revisar algunas de las discusiones y propuestas que venimos realizando en nuestros contextos. Así incorporamos una cuarta preposición: *en*, para afirmar que saberes y prácticas se construyen en territorio, en vida cotidiana, en experiencias subjetivas, intersubjetivas y colectivas. Aquí la preposición sitúa y nos invita a recurrir a un verbo que dé cuenta del movimiento: *siendo*... siendo territorio, siendo experiencia, siendo colectivo, y relaciones de subjetivación, de poderes, de saberes, siendo diversidad, en definitiva: siendo comunidad. Y quizás todavía otros verbos: *estando, haciendo, deviniendo*¹. Y así nos encontramos con que para nombrar procesos y nombrar lo que está junto necesitamos recurrir a la otra forma verbal, aquella que se utiliza para hablar de acciones en desarrollo, de lo que está pasando, aconteciendo.

Esta cuestión de las preposiciones y de los verbos introduce un posicionamiento con respecto a lo comunitario, no como algo que está por fuera, *desde y hacia o con* lo cual se trabaja, sino como aquello *que somos*. De esta manera la comunidad se corre del lugar de objeto de trabajo. Para nosotras, esta forma de pensar lo que hacemos ha devenido cada vez más relevante y vital, en un contexto de creciente fragmentación del tejido social y de precarización de las vidas. Señala la imperiosa necesidad de comprendernos siendo parte en la definición de los problemas que abordamos en nuestras intervenciones y de trabajar desde esta lógica en la formación profesional.

Esto nos lleva a visitar algunas preguntas ¿qué es una práctica en comunidad?, ¿una modalidad de intervención?, ¿el trabajo con una población determinada?, ¿un espacio específico de trabajo?, ¿el modo en que definimos la situación problema, la construcción de saberes, la praxis de Terapia Ocupacional?

1 La relevancia de estos verbos en gerundio en nuestra profesión fue señalada por Anne Wilcock (1999) en "Reflections on doing, being and becoming", aunque aquí se recuperan desde otros fundamentos.

Si la comunidad no está afuera, la comunidad no es sólo periferia, lo comunitario no es un trabajo que se hace exclusivamente *en lo público*², esto implica una comprensión de la práctica comunitaria, no como una metodología dirigida a ciertas poblaciones (vulneradas, en los márgenes), sino como una lógica de trabajo. En *lo público* y también en *lo privado*, en el consultorio, pero no sólo, adentro, en el centro y en los márgenes. Comunidad es un modo de comprender la salud, de posicionarnos y construir salud.

En este sentido, compartimos la propuesta de Liliana Paganizzi cuando plantea que, en Terapia Ocupacional, Comunidad se inicia como una práctica que amplía el escenario profesional hacia el territorio de vida de las personas con discapacidad y/o en situación de riesgo social, luego Comunidad se desarrolla como una estrategia dentro del campo de la salud mental básicamente y que en la actualidad Comunidad puede pensarse como un fundamento en ciernes que amplía el campo disciplinar (2017, p. 36).

Así, la autora indica que este *archi* concepto no se puede pensar desde un solo lugar, sino que en Argentina estas tres nociones conviven: una práctica profesional, una estrategia y un fundamento en ciernes.

¿Desde dónde y hacia dónde?

La formación y la práctica profesional de TO en nuestro país han estado históricamente orientadas a la tarea clínica/rehabilitadora en el campo de la salud. A lo largo de los años, la práctica tradicional en hospitales, consultorios, centros de rehabilitación, geriátricos, centros de día, en los contextos locales caracterizados por grandes desigualdades sociales, nos fue presentando realidades y perspectivas que amplían y complejizan los perfiles de nuestra formación.

El encuentro con el sufrimiento, la desigualdad y la vulneración de derechos de sujetos y colectivos nos ha llevado a transitar las calles y entramarnos con organizaciones y personas vinculadas a políticas sociales, culturales, educativas, de deporte, entre otros ámbitos. De este modo, nos hemos integrado en otros espacios de acción y hemos ido construyendo versiones de Terapias Ocupacionales, que trabajan en inter o transdisciplina, y en intersectorialidad. En el marco de los procesos histórico-sociales que inician con el período democrático y se intensifican a partir de la crisis del 2001, se instala en la formación y en el ejercicio profesional, la cuestión de los derechos humanos, la inclusión social, la ciudadanía, la autonomía, lo comunitario, la vida cotidiana de personas y colectivos (Becerra *et al.*, 2020; Paganizzi *et al.*, 2022).

Queda planteado para el campo disciplinar un movimiento que va de la tradición biomédica/rehabilitadora a las prácti-

2 Retomando la voz coloquial que refiere al ámbito de trabajo de gestión estatal.

cas comunitarias de salud/tradición social. Del escenario del efector sanitario nos desplazamos a una diversidad de escenarios, entre ellos el espacio público.

Nos interesa señalar que este movimiento no es exclusivo del campo disciplinar de la Terapia Ocupacional, se vincula a procesos más amplios de la salud pública en América Latina. Tal como analizaba ya hace años el referente de la salud colectiva brasileira Almeida Filho (1999), hay una crisis del campo de la salud como tal que demanda la reformulación de sus paradigmas agotados que sostienen modelos explicativos de las prácticas que aún tienen como objeto a la enfermedad. Para el autor, el objeto salud-enfermedad-cuidado se escapa de los abordajes teóricos, como “punto ciego” (aquello que los actores no logran ver), representa el mayor desafío de este campo, y requiere aproximaciones desde paradigmas acordes a su complejidad, respetando su historicidad e integridad.

En consonancia, desde nuestro país, Stolkiner (2015), plantea que el sistema de salud está atravesado por el antagonismo central de nuestra época: objetivación-subjetivación, la vida como objeto mercantil o la vida como valor y aquí los derechos humanos “como límite a la expansión indefinida de la ganancia” (p.18), y como idea fuerza fundada en la dignidad humana, aquella condición por la cual las personas no podemos ser consideradas medios, mercancías u objetos intercambiables.

Dimensión epistemológica, política y subjetiva

¿Cuál es la construcción que como colectivo de terapeutas ocupacionales venimos haciendo en torno a este objeto complejo **salud**? ¿Qué implicancias tienen los movimientos hacia prácticas comunitarias en salud en cuanto a las dimensiones epistemológica, política, colectiva y subjetiva?

En la **dimensión epistemológica**, implica una comprensión de la salud como proceso de creación/transformación y proceso social, que se construye con otros. No ya la salud “de los otros” sino “nuestra” salud. Se replantean los clásicos lugares dicotomizados: el dispensador de asistencia y el receptor de intervenciones. Nuestro interés se centra en los procesos co-construidos, en los modos del hacer, procurando un corrimiento de la perspectiva instrumental de la actividad humana. La pregunta acerca de la comprensión de la salud desde la potencia y no desde la carencia, es un tema que nos convoca a intercambios desde hace algunos años. (Benassi *et al.*, 2016)

Por el año 2001, inaugurábamos discusiones en torno a la estética, desde la cual intentábamos pensar salud como creación/transformación, retomando propuestas de colegas como Berenice Francisco (Francisco, 2001; Sbriller, 1997, Paganizzi, 1991), autores del campo de la psicología social y de un psicoanálisis con base en lo social. Desde teóricos clásicos como Winnicott, que desde el análisis de las privaciones ambienta-

les y las orfandades de posguerra plantea que la salud “no se trata de una cuestión cognitiva (del conocimiento de la realidad), ya que no pone en juego el sentido de la realidad, sino que se trata de percibir que la vida vale la pena ser vivida...” (Winnicott, 1971 como se citó en Nemirovsky, 2017), y con autores más cercanos como Fidel Moccio y Eduardo Pavlovsky (Moccio, 1995; Pavlovsky, 1997), que nos invitan a pensar la salud como capacidad de poner en acto el propio potencial creativo, salir de lo concreto y compartir las creencias de lo creado colectivamente³. Posicionarnos respecto de las actividades humanas, desde la lógica del acontecimiento y la oportunidad, no como algo preexistente a las relaciones, y que implica al menos tres movimientos, tres tiempos: Cronos, Kairos y Aión. (Benassi *et al.*, 2016)

Se pueden enlazar aquí otros recorridos de este colectivo:

- La influencia del pensamiento de Vigotsky y la psicología sociocultural, con la propuesta de actividad como mediadora (no como medio), que se construye en un movimiento de bucle, de afuera hacia adentro (Benassi *et al.*, 2015).
- La desarticulación de la salud pensada desde la enfermedad y la carencia, desde la lógica del capitalismo que ubica a la falta como motor de la producción, la falta que captura la producción y los sentidos de la producción, por ejemplo, en la instrumentalización de las actividades.

Desde estas líneas repensamos la salud y el hacer humano, indisolublemente de una poética de la actividad.

Liliana Bodoc reconoce a la poesía como una acción y esta idea nos inspira a entender un hacer poético como aquel que, “no se conforma con los primeros sentidos, dice más, derriba muros, y así engrosa el lenguaje y renueva la realidad” (Canal Encuentro, 2017, 0m06s). Para esta autora lo que hace de la poesía “una de las alturas máximas a las que podemos acceder como especie” es su condición de inútil. Al respecto afirma “qué libres somos cuando producimos más allá de lo urgente, de lo necesario, de lo útil. Es como acariciar a alguien que duerme, no hay interés mensurable...” (Canal Encuentro, 2017, 24m34).

Si el hacer que nos hace libres es aquel despojado del sentido de utilidad, tendremos que replantear uno de los conceptos más fuertes que han sostenido y sostienen nuestro ejercicio profesional: el de la actividad como un medio, una estrategia, un instrumento. Si la actividad no es un medio, ¿qué es entonces?, ¿hay un sujeto separado de actividad?, ¿hay actividad separada de lo social?, ¿qué hay primero? Quizá lo primero sea la relación, lo que hay es relación.

Queda planteada la inquietud por pensar las múltiples implicancias que puede tener para nuestro campo profesional recuperar el valor de lo inútil, lo inútil como aquello que por

³ Programa Estética I. Benassi. Lic. TO, UNL, 2003

naturaleza no encaja en las lógicas mercantiles. La actividad en su sentido más amplio de producción de vida (Quarente *et al.*, 2020)⁴ que puede incluir, entre otros aspectos, el análisis de las tramas de agregación de valor para la reproducción ampliada de la vida en el territorio (Belfi, 2020).

En la **dimensión política** este movimiento nos compromete en la construcción de lo común, como tiempo espacio compartido, posibilidad de estar juntas, en la transformación de situaciones y la generación de condiciones de posibilidad para la vida. De este modo, interrogarnos por la ciudadanía de “les otros” nos implica en el propio ejercicio de ciudadanía, así como la vulneración de derechos de les otros supone una amenaza a los derechos de todos.

Cuando Galheigo y Guajardo (2015), comparten sus reflexiones críticas en torno a la Terapia Ocupacional y a los Derechos Humanos (DDHH), afirman que:

comunidad política es un modo de vida, la vida como ciudadanía que nos constituye como lo público y lo político. Comunidad es el espacio de la ciudadanía como proceso inacabado, permanentemente instituyente, basado en el respeto y reconocimiento del otro como parte de mí y yo como parte de ella/él (p 76).

Compartimos con ellos que “sólo es posible tener DDHH, que puedan ser libres como condición producida históricamente, en la medida de la superación del individualismo y el rescate de una comunidad compartida, pública y solidaria”. (p 76)

En la generación de condiciones para que las personas con las que trabajamos ejerzan sus derechos, tomen la palabra, sean visibilizadas, construimos alianzas con diversos actores sociales y participamos de experiencias de gestión colectiva. De este modo también vamos construyendo nuestra propia voz, a la vez que otros modos de hacer colectivamente como terapeutas ocupacionales dando lugar a los problemas que interpelan nuestro campo disciplinar y nos obligan a posicionarnos. El intercambio de lo que hacemos-pensamos deja de ser una posibilidad para volverse una necesidad, una condición de vida. Aparecen nuevos territorios de acción, otros discursos con los que dialogar y otras demandas sociales. Se evidencian las resistencias y las dificultades para abandonar los territorios conocidos y se van construyendo nuevas territorialidades. En este sentido, la subjetividad colectiva es un resultado y no preexiste al hacer colectivo.

En la **dimensión subjetiva**, el movimiento hacia lo comunitario implica que se alteren los modos en que imaginamos el ser TO, aparecen otras identificaciones, otras emociones. Se torna insoslayable la pregunta por el lugar social que tenemos como

profesionales, la conciencia de los privilegios y el ejercicio de poder en juego en nuestras prácticas. Se construyen nuevas identidades profesionales en las que líneas subjetivantes encuentran posibilidad de reterritorialización. Este aspecto se enlaza a la propuesta de Sandra Galheigo respecto de: (5) la construcción de prácticas a partir del reconocimiento de las relaciones de poder como inherentes a los intercambios sociales en un proceso dialéctico de afirmación, resistencia y transformación. Desde nuestros recorridos en torno a esta clave traemos la idea de poder como inherente a los intercambios: desde Foucault el poder, en tanto resultado de las relaciones de poder, *está en todas partes*. En esta dirección la concepción de praxis enlazada a la de dispositivos de trabajo se liga a la concepción de transaberes (Albuquerque *et al.*, 2016), e implica movimiento permanente. Se configuran como ovillo multilineal, con líneas de saber, poder y subjetivación, y líneas de fuga, que permiten la construcción de nuevos dispositivos (Deleuze, 1987).

Producción de vida y ética del cuidado

Frigerio (2003), propone tres verbos que nos acompañan en nuestras prácticas en dispositivos: resistir, interrumpir e inaugurar. Verbos ligados a nuestra concepción de Salud, como proceso de transformación, y a una poética de las actividades para la construcción de condiciones de salud. Esto se vincula al último punto propuesto por Sandra Galheigo (6) la construcción de prácticas **desde, hacia y con** la producción de cuidado como producción de vida, de sentido y de cuidado de sí. Y aquí aparece nuevamente como referencia obligada Foucault, con la ética del cuidado como práctica de libertad. Por otro lado, autoras argentinas que analizan la concepción del cuidado en salud, identifican los múltiples sentidos que adquiere este término, y recuperan sus usos vinculados a la integralidad de la atención y la organización de los servicios de salud tomando como eje a los usuarios. Afirman que cuidar es ante todo una posición en relación al otro sustentada en su reconocimiento como semejante y definen a las prácticas cuidadoras como aquellas enmarcadas en una “ética del cuidado”, que producen un vínculo caracterizado por el buen trato, el miramiento y la empatía (Michalewicz *et al.*, 2014, p. 222-223). Para De la Aldea (2019):

Los cuidados recuperan una visión integradora de las acciones humanas, ya que, sin perder la conexión con lo espontáneo, libre del gesto, pueden integrar lo reflexivo del análisis sobre las necesidades del otro. Esto se hace amalgamando en un mismo movimiento naturaleza y cultura, sujeto y objeto, yo y el otro. En el cuidado hay empatía, conexión profunda con los otros y, simultáneamente, conocimiento por experiencia y/o formación de cómo satisfacer las peculiares y propias necesidades de ese otro. (p. 14)

En esta dirección, traemos también al colega madrileño Blanco (2006), quién nos propone pensar una cultura del cuidado que

4 Coletivo de Terapia Ocupacional como Produção de Vida, Grupo de Pesquisa Atividades Humanas e Terapia Ocupacional

resulta de la comprensión de nuestra condición de seres dependientes “seres coexistentes, seres cuya existencia depende de forma radical de la existencia de los otros, seres permeables, osmóticos, de límites difusos”(s/p) y que compartimos una “orfandad radical”. Y agrega el autor que la cultura del cuidado:

Representa, entonces, la conciencia, ya colectiva, hecha profesión (enfermería, psicología, medicina, sociología, pedagogía) de la necesidad de articular rigurosa y delicadamente las condiciones necesarias para que la vida se convierta en un proyecto. Sabemos que el cuidado del otro es, más que un repertorio de destrezas, una actitud, una propensión a pensar que la vida sólo tiene sentido si se proyecta en otras vidas, si las completa o las hace posibles [...] no hay manera consciente de vivir que no pase por la posibilidad de vivir poéticamente, es decir, atravesado por el otro o por lo otro. (s/p)

Finalmente, en relación con este punto, nos interesa también recuperar la idea de ternura propuesta por Fernando Ulloa, “la ternura, como un gesto transmisor de toda la cultura histórica” y que será “abrigo frente a los rigores de la intemperie, alimento frente a los del hambre y fundamentalmente buen trato, como escudo protector ante las violencias inevitables del vivir”. (Ulloa, 1995, p.216; Chardón y Bottinelli, 2018)

Palabras finales

A modo de síntesis y haciendo jugar las seis claves propuestas por Sandra Galheigo podríamos decir:

En territorio (1) y vida cotidiana (2) se despliega la experiencia colectiva que nos afirma como seres (3) convivientes, coexistentes en diversidad (4). En estos dispositivos circula el poder, como condición inherente de la libertad (5), poder que cuando se estanca, se detenta en un solo punto, se fija o pierde movilidad, deviene práctica de dominación y entonces precisa del ejercicio de la liberación. Cuando el poder circula las prácticas de libertad son posibles, en tanto prácticas ligadas al cuidado de sí y de lo común (6), como condición humana, donde la potencia de la vida se despliega desde y por los encuentros.

Retomamos este escrito varios años después con el deseo de compartirlo con la comunidad profesional. Tratándose de un texto que se construyó para una ponencia en una mesa de diálogo, estos temas nos siguen acompañando de diversas maneras y se fueron enriqueciendo en los últimos años, con nuevas referencias y desarrollos, en distintas experiencias de docencia, investigación y extensión en las que participamos. Compartimos esta foto de aquel momento potente, en el Encuentro de Terapias Ocupacionales desde el Sur, que fue para nosotras un hito, esperando sea inspiradora de otros recorridos. ■

[Recibido 10/5/24- Aprobado 27/6/24]

Referencias

- Albuquerque, D., Chana, P. y Guajardo, A. (2016). Los transaberes y la construcción conjunta de la salud. En Simó Algado, S., Guajardo Córdoba, A., Correa Oliver, F., Galheigo, S. M. y García Ruiz, S. (Ed.) *Terapias Ocupacionales desde el sur*. (pp. 129-140). Santiago de Chile, Chile. Editorial USACH.
- Almeida-Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75 (5-30).
- Becerra, M. S.; Macias, M. e Ibarra, V. (2020). *Tradición social en la producción de conocimiento de Terapia Ocupacional en Argentina entre 1988-2015: revisión bibliográfica de trabajos argentinos presentados por terapeutas ocupacionales argentinos en congresos nacionales de Terapia Ocupacional*. [Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de San Martín. Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento]. Repositorio institucional <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/1690>.
- Belfi, S. (2020). *Empresas Sociales entre la Salud Mental Comunitaria y la Economía Social y Solidaria. Modos de hacer en común en la organización del trabajo. Análisis del modelo de gestión colectiva y las tramas de agregación de valor para la reproducción ampliada de la vida en el territorio*. [Proyecto de Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria]. Universidad Nacional de Lanús.
- Benassi, J., Fraile, E., Nabergoi, M., Yujnovsky, N. (2016). Procesos del hacer. Aspectos temporales de la actividad humana. En Simó Algado, S., Guajardo Cordova, A., Correa Oliver, F., Galheigo, S. M. y García-Ruiz, S. (Ed.) *Terapias ocupacionales desde el sur. Derechos Humanos, ciudadanía y participación*. (pp 113-128). Santiago de Chile: USACH
- Benassi, J., Bottinelli, M. M., Fraile, E., Nabergoi, M., Albino, A. y Yujnovsky, N. (2015). Colectivo de producción: contribuciones a las discusiones sobre el concepto de ocupaciones colectivas. Inédito.
- Blanco, F. (2006). La vida a ti debida: fundamentos antropológicos para una ética del cuidado. Conferencia de clausura del Curso 2005/2006. Escuela de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.
- Canal Encuentro (2017). *Bodoc Liliana: Los confines de la palabra: Lo poético*. En El generador [Archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=JKvczu72ICg&t=1009s>
- Chardón, C. y Bottinelli, M. M. (2018). Cultura del cuidado, educación y salud. *Revista Diagnósis* 4, (75-83). <https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/176>
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Paidós Iberica.
- De La Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. LOM ediciones.
- Francisco, B. R.(2001). *Terapia Ocupacional*. (2da ed.) Papyrus.
- Frigerio, G. (2004) Identidad es el otro nombre de la alteridad. La habilitación de la oportunidad en “Una ética en el trabajo con niños y adolescentes. La habilitación de la oportunidad”. Frigerio, Diker (comps) Noveduc.
- Galheigo, S. y Guajardo, A. (2015). *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. 71(2), 73-80.
- Galheigo, S. M., Pellegrini Braga, C., Arthur, M. A. y Matsuo, C. M. (2018). Produção de conhecimento, perspectivas e referências teórico-práticas na terapia ocupacional brasileira: marcos e

- tendências em uma linha do tempo. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26 (4) 723-738. Universidade Federal de São Carlos <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1773>.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, XXI, 217-224 Universidad de Buenos Aires. <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>
- Moccio, F. (1995). *Hacia la creatividad*. (2da. Ed.) Lugar Editorial.
- Nemirovsky, C. (2017). *Winnicott y Kohut: la intersubjetividad y los trastornos complejos*. Biebel.
- Pavlovsky, E. & Kesselman, H. (1997). *Espacios y creatividad*. Búsqueda.
- Paganizzi, L. (Ed.) (1991). *Terapia ocupacional: del hecho al dicho*. Psicoterapias Integradas Editores.
- Paganizzi, L. (2017). T.O en Comunidad - Comunidad. en T.O. En Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Entre Ríos (Ed.) *IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. El encuentro con el otro transformando escenarios*. (9 al 12 de septiembre de 2015), (pp. 36-47). Fundación La Hendija.
- Paganizzi, L., Becerra, S., Macías, M., e Ibarra, V. (2022). La Tradición Social en la Terapia Ocupacional argentina. En Dos Santos, V., Muñoz, I. y Farias, M. (Orgs.) *Contemporâneas da Terapia Ocupacional na América so Sul*. (2da Edição, pp. 21-40). CRV.
- Quarentei, M. S., Paolillo, A. R., Silva, C. R., Freitas, H. I., Cardinalli, I., Ambrosio, L., Cardoso, P. T. y Ferigato, S. H. (2020). NÓS-EM-PAN-DEMIA: um ANTImanual do fazer em tempos de paradoxos na atividade. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. [suplemento]. 4(3), 302-317. DOI: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto34476>.
- Sbriller, L. (1997). *Introducción a Terapia Ocupacional. Marcos conceptuales*. Ed. Catálogos.
- Silva, C. R., Morrison, R., Calle, Y. y Kronenberg F. (2019). Terapias Ocupacionales del Sur: demandas actuales desde una perspectiva socio-histórica. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. 3(2), 172-178. DOI: [10.47222/2526-3544rbto24867](https://doi.org/10.47222/2526-3544rbto24867)
- Stolkiner, A. (2015). El enfoque de derechos en salud y las prácticas en salud mental. *Experiencias en Salud Mental y Derechos Humanos. Aportes desde la política pública*. (17-28). Secretaría de Derechos Humanos. Argentina.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Paidós.

Cómo citar este ensayo:

Yujnovsky, N., Benassi, J., Nabergoi, M., Albino, A. F. y Fraile, M. E. (2024). Aportes a los fundamentos de Terapias Ocupacionales situadas. Diálogo con la ponencia de Sandra Galheigo en el Primer Encuentro Internacional Terapias Ocupacionales desde el Sur. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 68-74.

Sofía Ivana Altera

Licenciada en Terapia Ocupacional, graduada de la Universidad Abierta Interamericana. Residente de tercer año del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, con orientación en Rehabilitación Psicofísica en Adultos.

sofiaaltera@gmail.com

Resumen

La adquisición de una condición de salud provoca un antes y un después en la historia de vida de la persona; en el caso del presente escrito se hará foco en las llamadas discapacidades físicas adquiridas. En algunos casos, a esta situación se le suma transitar un proceso de internación hospitalaria, lo cual produce una ruptura en la cotidianidad, en el contacto con los vínculos sociales significativos y en la participación dentro de los espacios habituales de circulación. En este tipo de instituciones, el foco suele realizarse en las secuelas y la rehabilitación de las mismas, lo cual implica muchas veces que el ocio pase a un segundo plano. Se plantea adoptar una visión más integral y reconciliadora entre las actividades terapéuticas alineadas con el modelo médico hegemónico y aquellas otras que no se corresponden con el mismo, pero igualmente hacen a la mejora de la funcionalidad, bienestar y calidad de vida de la persona. Particularmente, a través del presente trabajo se busca dar a conocer y destacar la importancia de la participación en actividades de ocio por parte de aquellas personas adultas que se encuentran en proceso de rehabilitación dentro un hospital, así como realizar un acercamiento a algunas formas posibles de acompañar desde la Terapia Ocupacional.

Palabras clave: hospital de rehabilitación, Terapia Ocupacional, actividades recreativas.

Abstract

The acquisition of an illness creates a before and after in a person's life history; in the case of this paper, the focus will be on so-called acquired physical disabilities. In some cases, this situation is accompanied by a process of hospitalisation, which creates a rupture in everyday life, in maintaining meaningful relationships and in participating in the usual spaces of circulation. In these types of institutions, the focus is usually on the sequelae and their rehabilitation, which often means that leisure takes a back seat. It is proposed to adopt a broader and more reconciliatory vision between therapeutic activities that are in line with the hegemonic medical model and those that are not, but that also improve the functionality, well-being and quality of life of the person. The aim of this paper is to make known and highlight the importance of participation in leisure activities for adults undergoing rehabilitation within a hospital setting, as well as to make an approach to some possible ways of accompanying them from an occupational therapy perspective.

Keywords: hospital rehabilitation, Occupational Therapy, leisure activ.

Introducción

La adquisición de una condición de salud provoca un antes y un después en la historia de vida de la persona. En el presente escrito se hará foco en quienes presentan discapacidades físicas adquiridas, por ejemplo, como consecuencia de haber sufrido un accidente cerebrovascular, un traumatismo craneoencefálico o una lesión medular. Recibir este tipo de diagnóstico suele generar un gran impacto en el sujeto y su red social de apoyo, que puede deberse a una multiplicidad de razones que dependerán de cada caso particular. Por ejemplo, puede nombrarse como motivo que este cambio vital se relaciona con un evento de salud repentino y que conlleva a una internación hospitalaria y muchas veces el requerimiento de procedimientos quirúrgicos, todo lo cual deja huellas tanto físicas como psíquicas. Asimismo, estas situaciones suponen muchas veces secuelas motoras, cognitivas y/o conductuales evidentes en mayor o menor medida, como la incapacidad de mover uno o más segmentos de su cuerpo como se hacía previo al evento de salud, alteraciones perceptivas, trastornos de la memoria, disfunciones del lenguaje, dificultad para la planificación y resolución de problemas, desinhibición, comportamiento desorganizado, entre muchas otras. Las mismas impactan en las formas de percibir, pensar, sentir, moverse e interactuar socialmente, lo cual se traduce en la realización de las actividades cotidianas de maneras distintas a las acostumbradas personal, familiar y socialmente.

Es así que, al igual que las personas entrevistadas por Gálvez, Godoy y Lagos (2010), los y las usuarias con quienes trabajamos comentan que “El cuerpo se siente diferente, toda experiencia es nueva, por lo tanto, el enfrentarse a la actividad es percibido como un desafío que implica aprender y adaptarse, (...)” (p. 76). Entonces, este corte en la trama vital implica un proceso de resignificación de la nueva realidad y un redescubrimiento del propio cuerpo, de lo que se puede hacer y ser con este, para actualizar la imagen que la persona tiene de sí misma y su identidad. Supone reconocer y aceptar que ya no puede hacer las actividades que quiere y/o debería hacer de la manera que solía realizarlo, según le fue enseñado en su entorno familiar, ni como se encuentra socialmente instituido (Gálvez, Godoy y Lagos, 2010; Spataro, 2011). A esto se le suman muchas veces barreras de distintos tipos (ambientales, sociales, etc.) que dificultan la posibilidad de participar en aquellos espacios deseados y/o esperados, como actividades educativas, laborales y de ocio, entre otras (Joly, 2011; Organización de las Naciones Unidas, 2008).

¿Rehabilitación vs. ocio?

La experiencia observacional y las narrativas de quienes asisten a Terapia Ocupacional (TO) escuchadas a lo largo de la trayectoria profesional particular de la autora, muestran que

en la mayoría de los casos, una vez estabilizadas las funciones vitales y recibir el alta médica en el hospital general de agudos, comienza en el proceso de rehabilitación de las secuelas resultantes de la condición de salud adquirida. Esto puede llevarse a cabo de forma ambulatoria o como parte de una internación en alguna institución especializada, situación en la cual se centrará el presente escrito.

Se considera que uno de los factores contextuales que atraviesa y determina esta nueva etapa es la vigencia del **modelo médico hegemónico** en el área de la salud. El mismo parte de una concepción del individuo basada en su dimensión biológica, existiendo una tendencia a minimizar o excluir los factores psicológicos, sociales e histórico-culturales que determinan las condiciones de salud al momento de diagnosticarlas, explicarlas y establecer un tratamiento. Este último se basa exclusivamente en la evidencia científica y el saber profesional y adopta un enfoque curativo-normalizador centrado en las secuelas y la rehabilitación o compensación del déficit para recuperar la funcionalidad y capacidad de producción (Menéndez, 1998, 2003; Spataro, 2011). Si bien es pertinente la importancia atribuida a la mejora del desempeño y al aumento de la independencia por el contexto institucional, las acciones del equipo de salud no deben perder como eje central al sujeto en su integralidad, teniendo en cuenta sus deseos, estrategias para afrontar el malestar, actividades de interés, etc.

(...) se hace referencia al cuerpo vivenciado como un objeto de intervención; decimos objeto porque las propias personas perciben a su cuerpo como receptor y prisionero de intervención, ya que habitualmente las prácticas profesionales se centran en aspectos concretos y materiales a mejorar, focalizando la intervención en la enfermedad y disfunción por sobre la propia persona, siendo de este modo la persona un ser pasivo dentro de todo el proceso de tratamiento y rehabilitación. (Gálvez, Godoy y Lagos, 2010, p. 78)

En el caso que la persona deba atravesar una internación, se produce una ruptura en la participación y circulación dentro de los espacios habituales y la modificación de la forma de interactuar con los vínculos sociales significativos, quienes ahora tienen horarios específicos de visita y muchas veces desempeñan roles distintos a los acostumbrados (cuidador/a, representante del/de la “paciente” y su red social de apoyo ante el equipo de salud, gestor/a de equipamiento y trámites, entre otros). Implica la adaptación a un cambio abrupto en su rutina cotidiana para acoplarse a las normas hospitalarias y a un cronograma diario que gira en torno a procedimientos, visitas médicas y diversas terapias a las cuales asistir (Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro, 2012).

En relación a las formas de distribuir el tiempo, la gran mayoría de los/as usuarios/as con los/as que interviene el equipo

de rehabilitación al que pertenece la autora comentan priorizar aquellas terapias donde se trabajan aspectos observables y medibles, como la mejora en la marcha, el aumento de la movilidad de los miembros superiores y la mayor fluidez en el habla, entre otros objetivos. Al mismo tiempo, muchos/as de ellos/as restan importancia y, consecuentemente, minimizan su participación en espacios y propuestas de **ocio**. Este último entendido como una dimensión de la cultura y una necesidad humana fundamental por abarcar una amplia variedad de actividades, tanto individuales como grupales, que se llevan a cabo por motivación propia y generan diversión, entretenimiento y/o relajación, sirviendo como un medio para la distracción de las obligaciones cotidianas y para generar mayor bienestar (Munné y Codina, 1996; Elizalde y Gomes, 2010). Al ser una práctica social históricamente determinada, cobra mayor o menor protagonismo en base a las significaciones atribuidas por cada comunidad y reproducidas por las instituciones que la conforman. Es así que en los discursos de algunos/as usuarios/as, familiares y profesionales de la salud se identifica la creencia de que el ocio es “algo malo”, por no ser comúnmente valorado como útil o puramente rehabilitador. Esto puede incluso llevar a los/as primeros/as a sentir culpa por estar disfrutando cuando deberían centrarse en disminuir las secuelas y mejorar su independencia para depender lo menos posible de terceros. Se considera que lo planteado se desprende de la fuerte influencia de las normas sociales que disponen cómo debería ocuparse el tiempo en cada ciclo vital. Particularmente en la adultez, existe una **alienación por el trabajo** (Waichman, 2008), otorgándose mayor valor e importancia a este y la producción, por sobre el ocio. Por ejemplo, al momento de historizar su vida previo al evento de salud, algunas personas indican que solamente ocupaban su tiempo trabajando, sin participar en gran medida en actividades relacionadas con disfrute y/o esparcimiento, como deportes, juegos de mesa, actividades artísticas, eventos comunitarios, ejercicios de meditación, etc. Esto se debe a que, tal como afirman Rodrigo Elizalde y Christianne Gomes (2010), en la sociedad occidental y capitalista en la cual nos encontramos inmersos/as se encuentra instalado un prejuicio respecto a este tipo de experiencias al oponerse a la lógica productivista; en consecuencia, son catalogadas como “improductivas” y “una pérdida de tiempo” por no tener una finalidad utilitaria.

Lo expuesto puede aportar indicios acerca del por qué esta actividad promotora del bienestar integral a veces no es incluida en los abordajes en salud o solamente se emplea como un medio para trabajar habilidades motoras o cognitivas. Cabe aclarar que no se trata de dejar de lado la rehabilitación y el abordaje de aquellos aspectos funcionales que la persona desee trabajar, sino de adoptar una visión más integral de ella que abarque aspectos no rehabilitables que igualmente hacen a la mejora de su bienestar y calidad de vida. Se coincide con Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro (2012) en que “(...)

el sujeto debe ser percibido más allá de su condición de salud y la intervención debe incluir recursos que permitan la expresión y elaboración de la experiencia de enfermedad y hospitalización, y no sólo la aplicación de técnicas de rehabilitación” (p. 264).

La importancia de participar en actividades de ocio durante una internación

A través de la promoción del ocio, se incentiva la elección y control de al menos un aspecto de su rutina actual, al decidir qué quieren realizar, en qué momento, con quiénes, etc. Este tipo de experiencias son una oportunidad para generar una dinámica de interacciones distinta a la relación profesional de la salud-“paciente” que fomenta el modelo médico hegemónico, a partir de la cual los/as usuarios/as se encuentran subordinados/as a una posición pasiva y no se tienen en consideración sus saberes y deseos. Además, da iniciativa a la toma conciencia y deconstrucción de la alienación por el trabajo y los condicionamientos externos en torno a la producción, para facilitar progresivamente el empoderamiento, la autonomía y un mayor grado de libertad (Waichman, 2008). De esta manera, ellos/as comienzan a adoptar un rol más activo en la toma de decisiones con respecto a cómo ocupan su tiempo, a su proceso de rehabilitación, a su vida cotidiana y a la participación en una variedad de actividades que les resultan significativas por diversos motivos.

Como se plantea a lo largo del escrito, constituye uno de los medios para mejorar la calidad de vida, ya que es una de las tantas formas de ejercer el **autocuidado**. Dicho término hace referencia a la habilidad de una persona o comunidad de cuidar de sí misma y abarca la toma de decisiones y la realización de todas aquellas actividades necesarias para alcanzar, mantener y/o promover el mayor nivel posible de salud y bienestar integrales (Richard & Shea, 2011). Se debe a que estas experiencias se caracterizan por surgir de la libre elección y la motivación intrínseca, lo cual trae consigo la sensación de disfrute y satisfacción (Martínez, 2012). Por lo expuesto, se concibe al ocio como un posible “punto de fuga” respecto de la lógica capitalista que incentiva la capacidad de producción. Es un momento en que la persona solo es en el presente, olvidándose de las situaciones que le preocupan. Lo importante no es el desarrollo de una meta o resultado, sino el proceso de participar en aquello que genera goce a cada uno/a y el significado que le atribuyen a la experiencia. Por ello, es importante que desde los equipos de salud se busque garantizar un momento de calidad con los apoyos adecuados para promover el desempeño de aquellas actividades que se deseen llevar a cabo.

Al mismo tiempo, sirven como medio para gestionar las emociones negativas de maneras más saludables mediante el descubrimiento y aplicación de estrategias distintas a las conocidas y aplicadas previamente. “La actividad lúdica [o de ocio]

aparece como un recurso interesante y potente para la aparición de sentimientos, miedos y ansiedades difíciles de expresar y elaborar, constituyendo, por tanto, una estrategia para afrontar las complicaciones y dificultades vividas durante la hospitalización” (Morais, 1999, citado en Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro, 2012, p. 264).

De forma complementaria, Frederic Munné y Núria Codina (1996) afirman que el ocio es una actividad fundamental para los seres humanos debido a su potencial liberador, al ser una herramienta para superar situaciones de la vida cotidiana mediante el ejercicio de la autonomía de decisión, creatividad y expresión de la propia identidad. Específicamente, en el presente escrito se plantea como un espacio donde comenzar a procesar psíquicamente la condición de salud adquirida y las modificaciones corporales-funcionales producidas, al ofrecer la posibilidad de (re)conectar con el cuerpo actual, resignificar la historia de vida y explorar otras facetas de aquellos roles que se desempeñaban previamente. De esta forma, se promueve el descubrimiento y desarrollo de nuevas habilidades y conocimientos, tanto propios como relacionados con la actividad en cuestión (Martínez, 2012). Este autoconocimiento permite buscar y priorizar aquello que es verdaderamente significativo en el tiempo presente y con las posibilidades actuales para formar parte del propio proyecto de vida a futuro.

Finalmente, implica la oportunidad de explorar e involucrarse en experiencias tanto individuales como de a pares o grupales, permitiendo conocer intereses nuevos o retomar aquellos que se realizaban previo al evento de salud. Además, en las dinámicas con más personas implicadas se favorece la participación social, interacción con otros/as que también se encuentran atravesando situaciones de cambios vitales y la formación de grupos de pertenencia en los cuales puedan brindarse escucha y compañía mutua. “Es también en este territorio –de las relaciones, del encuentro, de trabajo vivo en acto– donde el usuario tiene mayores posibilidades de actuar, de interactuar, de dejar huella, (...)” (Merhy y Macruz Feuerwerker, 2009, p. 7).

Algunas formas posibles de acompañar desde Terapia Ocupacional

Si bien desde TO podría emplearse el ocio solamente como un medio para el desarrollo de habilidades motoras o cognitivas y la recuperación funcional, en el presente escrito se busca plantear el abordaje de la misma desde una visión más integral y global del bienestar para mejorar la calidad de vida de quienes transitan un proceso de internación hospitalaria. En primer lugar, se considera pertinente comenzar a visibilizar y problematizar, junto con quienes se encuentran internados/as, su red social de apoyo y con el equipo de salud, aquellos estereotipos, discursos, sentimientos y pensamientos que

cuestionan la importancia de la participación en este tipo de actividades y, por lo tanto, limitan las oportunidades para decidir y acceder a las mismas.

Asimismo, se plantea la necesidad de impulsar un trabajo de deconstrucción de las creencias respecto del rol profesional asociadas al modelo médico hegemónico dominante, que prioriza el saber teórico y las intervenciones técnicas sobre el cuerpo sin tener en consideración los saberes y objetivos de los/as usuarios/as (Menéndez, 1998, 2003; Spataro, 2011). Implica un cambio en el foco de los abordajes, buscando una mirada más integral y centrada en la subjetividad e historicidad de las personas. Esto conlleva comenzar a reconocerlas como individuos con el derecho y la capacidad para decidir sobre su propia vida y, por lo tanto, de tener una participación activa dentro del proceso de rehabilitación. No solamente son un cuerpo-objeto de intervención, sino sujetos con conocimientos, deseos, valores, preocupaciones, experiencias previas y toda una vida previa y posterior a la internación. Para lograrlo, es necesario tenerlos/as en cuenta e involucrarlos/as y a su red social de apoyo en la toma de decisiones, para así producir vínculos desde “(...) el encuentro trabajador-usuario a través de la escucha, el interés, la construcción de vínculos y la confianza; (...), enriqueciendo y ampliando el razonamiento clínico (...)” al tener un conocimiento y visión más amplios de la situación que están atravesando (Merhy y Macruz Feuerwerker, 2009, pp. 6-7). Igualmente, implica acompañar en este proceso de resignificación de su historia de vida, de volver a escuchar, comprender, conocer, conectar y emplear su cuerpo en aquellos espacios deseados y/o esperados, redescubriendo lo que se puede hacer y ser en esta nueva realidad (Gálvez, Godoy y Lagos, 2010; Spataro, 2011) para plantear un proyecto de vida a futuro.

Específicamente, desde las incumbencias más representativas de la TO, una de las posibilidades es asumir la tarea de facilitación, al brindar la posibilidad de vivir una amplia variedad de experiencias. A través de ellas, las personas pueden explorar, superar los desafíos que se les planteen y desarrollar nuevas habilidades y aprendizajes. Entonces, se busca favorecer la participación en aquellas actividades (en el caso de este escrito, se resalta la importancia del ocio) que se consideren significativas mediante la evaluación conjunta y aplicación de los apoyos que se acuerden como los más adecuados para cada situación particular. Entre ellos pueden nombrarse la adaptación de las actividades al modificar los materiales y/o simplificar los pasos, el uso dispositivos de ayuda externos, la reorganización del entorno físico y brindar asistencia personalizada, entre otras formas de apoyo (Martínez, 2012). Tal como afirma Pablo Waichman (2008), se trata de “proporcionar la posibilidad de que el otro pueda ser protagonista, creador de su propia naturaleza. Proporcionar los instrumentos para superar la alienación y construir su tiempo libre, esto es, su libertad en el tiempo” (p. 43).

Discusión

Adquirir una condición de salud física provoca un impacto vital y cambios drásticos en la dinámica cotidiana de las personas y su red social de apoyo. A este desafío se le suman las secuelas motoras, cognitivas y/o conductuales que modifican las formas de percibir, pensar, sentir, moverse e interactuar socialmente. Todo ello implica un proceso de resignificación de la nueva realidad y un redescubrimiento del propio cuerpo, de lo que se puede hacer y ser con este, para actualizar la imagen que tiene de sí misma y su identidad (Gálvez, Godoy y Lagos, 2010; Spataro, 2011).

“Ante la irrupción abrupta de la discapacidad, el sistema de salud, a través de sus efectores de rehabilitación, propone entonces a los pacientes y sus familias un tratamiento enfocado a compensar y reducir las limitaciones físicas sobrevenidas” (Spataro, 2011, p. 3), con el objetivo de favorecer la participación en los espacios cotidianos con la menor cantidad de dificultades. En algunos casos, este proceso se lleva a cabo en el marco de una internación en una institución especializada. La misma también trae consigo modificaciones en la cotidianidad: se habita un espacio muy distinto al habitual, con lógicas y normas propias, con horarios específicos para comer, bañarse, recibir visitas, etc., con un cronograma diario de terapias y conviviendo por meses con personas desconocidas en un primer momento.

A lo planteado se le suma la identificación de algunas creencias y discursos que minimizan la importancia del ocio para mejorar el bienestar integral y la calidad de vida. Frente a ello, desde TO y todas las profesiones que conforman el equipo de salud, existe la posibilidad de intervenir sobre estas representaciones mediante su identificación, visibilización, problematización y reflexión para intentar trascender la dicotomía producción/rehabilitación vs. ocio y, de esta forma, aspirar a acompañar de una forma más integral a quienes se encuentran internados/as.

Cabe aclarar nuevamente que no se trata de dejar de lado la rehabilitación y el abordaje de aquellos aspectos funcionales que la persona desee trabajar, sino de construir acciones hacia “(...) la humanización y la producción de cuidados guiados por los principios de integralidad. (...) para rescatar el lugar del sujeto como protagonista de las acciones de salud, y desarrollar una cotidianidad diferente en los ambientes hospitalarios (...)” (Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro, 2012, p. 261). Supone dejar de centrarse solamente en el cuerpo como un objeto de intervención y ver a la persona como un ser pasivo, para comenzar a considerarla un sujeto activo del proceso de rehabilitación, con el derecho y la capacidad para decidir en qué actividades desea involucrarse y ocupar su tiempo por resultarles significativas y promover su bienestar integral.

Para finalizar, si bien el presente escrito se centra en el ocio en contextos de internación, cabe aclarar y resaltar que la mis-

ma es igualmente importante luego del alta hospitalaria. Es por ello, que debe incentivarse que las personas continúen formando parte de actividades de disfrute, esparcimiento y/o relajación que sean de interés propio dentro de la comunidad en la que se encuentran. Para lograr esto, es necesario evaluar los recursos con los que cuentan, ofertas en la comunidad, facilitadores y barreras para la participación, etc. para promover el involucramiento en espacios distintos a los habituales (como ser, la casa y las instituciones de salud) y, si lo desean, con personas que no forman parte de su red social cercana. ■

[Recibido 25/3/24 - Aprobado 24/06/24]

Referencias

- Elizalde, R. y Gomes, C. (2010). *Ocio y recreación en América Latina: conceptos, abordajes y posibilidades de resignificación*. *Polis Revista Latinoamericana*, 26, 1-19. <https://journals.openedition.org/polis/64>
- Galheigo, S. M. (2012). *Perspectiva crítica y compleja de Terapia Ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político*. *TOG (A Coruña)*, 9 (5): 176-187. <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>
- Galheigo, S. M., de Angeli, A. A. C. y Azevedo Luvizaro, N. (2012) *O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a arte da cuidar em Terapia Ocupacional no hospital*. *Interface. Comunicação, saúde, educação*, 40 (16), 261-271. <https://www.scielo.br/j/icse/a/pB-CrBDcpGFT7VnbgWDFJcZH/?format=pdf&lang=pt>
- Gálvez, M., Godoy, M. y Lagos, A. (2010). *Construcción de significados de experiencia de cuerpo con personas en situación de discapacidad física adquirida*. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (10), 71-83. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/10562/10640>
- Joly, E. (2011). *Discapacidad, Derechos Humanos y Salud*. En IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-autonoma-de-entre-rios/psicologia-general-y-aplicada/discapacidad-derechos-humanos-y-salud/33278048>
- Martínez, M. (2012). *Factores contextuales y calidad de vida en las actividades de ocio de los jóvenes y adultos con discapacidades del desarrollo* [Tesis doctoral]. Universidad de Salamanca, Salamanca, España. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/121194/INICO_MartinezAguirreMagdalena_Tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Menéndez E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires, Argentina. 451-464. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Menéndez E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjn-trqbxZJ6cdTnPN/?format=pdf&lang=es>
- Merhy, E. E. y Macruz Feuerwerker, L. C. (2009). *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. En

- Mandarino, A. C. S. y Gomberg, E. *Leituras de novas Tecnologias e Saúde*. Editora UFS. https://www.researchgate.net/publication/267993391_Novo_olhar_sobre_as_tecnologias_de_saude_uma_necessidade_contemporanea
- Munné, F. y Codina, N. (1996). Capítulo 16: Psicología social del ocio y tiempo libre. En Álvaro, J. L., Garrido, A. y Torregrosa, J. R. (Coords.), *Psicología social aplicada* (pp. 430-447). McGraw-Hill Interamericana de España. https://www.researchgate.net/profile/Nuria-Codina-2/publication/257766145_Psicologia_Social_del_ocio_y_el_tiempo_libre/links/00b7d525d5643621e4000000/Psicologia-Social-del-ocio-y-el-tiempo-libre.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York, Estados Unidos. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcc-convs.pdf>
- Richard, A. & Shea, K. (2011). *Self-Care Concept Delineation*. *Journal of Nursing Scholarship*, 43 (3), 255-264. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x
- Spataro, M. (2011). *Hospitalización en rehabilitación: El reclamo de la subjetividad*. En *IV Encuentro Internacional Políticas Públicas y Trabajo Social. Aportes para la reconstrucción de lo público*. Buenos Aires, Argentina. <https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/39.pdf>
- Waichman, P. (2008). *Tiempo libre y recreación: Un desafío pedagógico*. Editorial CCS. <https://drive.google.com/file/d/0ByOCLxnTzucqbWJ-QS2paV1dVRXM/view?resourcekey=0-Csx-DTwLBMAXTJUHG3mWnA>

Cómo citar este ensayo:

Altera, S. (2024). El ocio en contextos de internación hospitalaria. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 75-80.

La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional

Autora: Claudia Miranda. Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. (2005). Ediciones Suárez y la Universidad Nacional de Mar del Plata. 330 paginas.

Silvia E. Narváez

Silvia E. Narváez

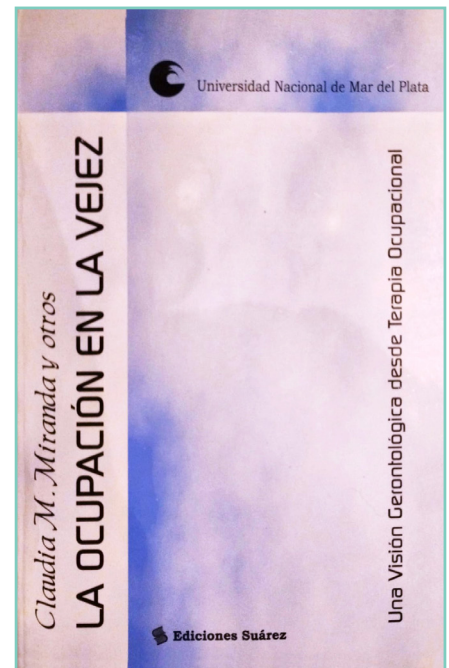
Licenciada en Terapia Ocupacional. Posgrado en Patrimonio Cultural y Turismo Sostenible Cátedra UNESCO Universidad Nacional de Tres de Febrero. Fue Docente de Práctica Profesional en Universidad de San Martín y Universidad de Buenos Aires. Fue coordinadora de Emprendimiento Social en Salud del Hospital José T. Borda de CABA. Actualmente Docente/ Investigadora en Universidad Agustín Maza Carrera de Terapia Ocupacional. Integrante de la Comisión Directiva de AATO. Hospital de día en Fundación PROSAM.

senarvaez@yahoo.com.ar

La primera edición del libro tuvo lugar en septiembre de 1996, su autora y editora es Claudia M. Miranda junto con otros autores. La segunda edición, –que es la que se reseña aquí– fue en Julio de 2005 y tal como refiere la Lic. T.O. Ana L. Ausmendiá¹ en el prólogo, en ella se realizó la revisión y actualización de conceptos, funciones del terapeuta ocupacional y con despliegue de avances en propuestas desde el Modelo de Ocupación Humana. Cabe citar el agregado de dos nuevos capítulos en esta impresión, estos tratan sobre el edaísmo y la calidad de vida en perspectiva psicológica y antropológica. Esta segunda publicación consta de una introducción, doce capítulos y con un apartado final.

La autora introduce en su obra la intención de reflexionar sobre el rol del terapeuta ocupacional en gerontología, la búsqueda de modelos teóricos que sustentan la “práctica diaria”, intentando una “sistematización metodológica y profundización teórica” sobre las actividades del ser humano durante el proceso de envejecimiento y sus distintos abordajes. Sitúa también, en los años anteriores a esta segunda entrega, la difícil situación de la población envejecida en referencia al escenario adverso tanto social y político de la Argentina, in-

¹ Ana Ausmendiá es Licenciada en Terapia Ocupacional de la Universidad de Mar del Plata. Presidenta de la Asociación Marplatense de Terapia Ocupacional. Fue presidenta del Segundo Simposio Argentino de TO. en Gerontología. Esta referencia corresponde al momento de la edición de este libro.



cludidas las instituciones que realizaban asistencia y donde se veían afectadas también las diferentes profesiones que intervenían en este colectivo, en la que Terapia Ocupacional no estaba exenta. Se puede agregar aquí que en la actualidad del país se ven recortados programas de atención y ayuda a esta población, así como afectados los magros ingresos jubilatorios, siendo inexorablemente variable de ajuste de las políticas liberales de gobierno. Esto denota los avances y retrocesos de la política socio-sanitaria vinculada con los ciudadanos de edad avanzada a través de los años.

Volviendo específicamente al devenir del escrito, se encuentra en el primer Capítulo una **Revisión Actualización de Terapia Ocupacional y el área gerontológica** en el que Miranda hace referencia a la epis-

temología empleada y a los entonces nuevos paradigmas sobre las problemáticas en Gerontología. En este capítulo cita a autoras tales como Liliana Paganizzi, Susana Vidal y la presentación que realizó Lucila Moreno sobre el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner y Burke) en el segundo Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Además, menciona los aspectos generales sobre el abordaje del adulto mayor en ese momento, con una descripción pormenorizada de los modelos desarrollados en la profesión, a lo cual agrega al final un análisis de las definiciones de Terapia Ocupacional. Se halla en el Capítulo 2 el tema *Edaísmo y Trayectoria Vital: una encrucijada de la cultura*, donde la autora Laura Irene Glope –Antropóloga y Magister en Ciencias Sociales–, aborda esta cuestión a fin de deslindar “una encrucijada de la cultura”. El edaísmo es considerado como prejuicio y referido al proceso cultural contemporáneo que influencia la idea de vejez y las prácticas de discriminación, de algún modo naturalizadas socialmente.

También Claudia Josefina Arias y Mirta Scolni presentan una investigación de la Cátedra Psicología institucional y Comunitaria de la Facultad de Psicología en el Capítulo 3 denominado *Evaluación de la calidad de vida a los viejos en la ciudad de Mar del Plata*.

El Capítulo 4 trata sobre *Una profundización en la naturaleza de nuestro quehacer*, es una Tesis de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de Cunietti, De Laurentis, Pernice y dirigida por C. Miranda. Allí se profundiza sobre el conocimiento de las funciones que desempeña un TO en el área, tanto de parte de los profesionales y técnicos, como así también de quienes dirigen las instituciones a las que el adulto mayor concurre.

En el Capítulo 5 Miranda considera las *Funciones de Terapia Ocupacional y sus campos de aplicación en el área gerontológica*, en el se hace referencia a la promoción de la salud y el bienestar ocupacional, así como a las distintas áreas de prevención.

El siguiente Capítulo lleva el título de *Prevención primaria* y consta de dos partes: Un enfoque preventivo de Terapia Ocupacional en Gerontología a modo de síntesis de la tesis de Licenciatura en Terapia Ocupacional de Pecker, Perez Guzzi, y Portoluppi y dirigida por Miranda. En esta se encuentran diferentes secciones: sobre las Naciones Unidas y la cuestión del envejecimiento, políticas sociales referidas a la atención de la salud y bienestar social y el envejecimiento poblacional argentino, además surge el tema de las políticas alternativas a la institucionalización en la Argentina y se mencionan dispositivos diversos. Finalmente, se puede ubicar el Programa Universitario de Educación permanente para adultos mayores (1991) que dependía de la Escuela de Ciencias de la Salud y el Comportamiento, de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Y tiene una segunda parte que es: Prevención de Accidentes domésticos de Abruza, Junqueras, Miranda y Sacerdote.

Es parte de un programa general de prevención que abarcó distintos lugares de la Argentina en el que participaron alumnos y profesionales de diversas disciplinas. En Mar del Plata se realizó en 1993 y da cuenta de un trabajo interdisciplinario y con convenio institucional con 20 Centros de jubilados con el objetivo de considerar factores de riesgo internos y externos de los adultos entre 65 y 70 años, revisando hábitos incorrectos y promoviendo el autocuidado.

Los siguientes Capítulos son de autoría exclusiva de Claudia Miranda en los que trata en principio sobre la *Actividad corporal* que consta de dos partes, la primera de Prevención primaria. Consideraciones generales y teóricas que abarcan siguientes aspectos: Imagen y esquema corporal, el concepto de Creatividad centrado en la imaginación y expresión corporal, también los procesos psicológicos involucrados en la creatividad, y los métodos para la formación de una clase espontánea y por último sobre la relación grupal, en el que hace un desarrollo sobre Psicología Social, términos y técnica de grupo operativo de Pichon Riviere. Al final de esta primera parte del Capítulo, Claudia trae una Propuesta de un Programa de actividad corporal para adultos mayores basada en la experiencia de 5 años y de modalidad interdisciplinaria. Ya en la Segunda parte la autora trata sobre Prevención Secundaria y Terciaria. Presentación de la Clínica de Rehabilitación Geriátrica, aquí ejemplifica la utilización de la actividad corporal como medio terapéutico, indicaciones y contraindicaciones del movimiento en la vejez.

Se encuentra en el siguiente Capítulo la *Actividad de tiempo libre*, que en su Primera parte relata el tema Promoción de la salud y Prevención primaria y además de las consideraciones generales, brinda lineamientos para el abordaje de un Taller de Orientación del tiempo libre. Su Segunda parte se titula Prevención Secundaria y Terciaria, en esta sección se destaca la Aplicación de lineamientos del Modelo de Ocupación Humana en la actividad de tiempo libre y también del Modelo de la Ecología de la Acción. En el capítulo 9 sobre *La Actividad Cognitiva*, la autora desarrolla los diferentes enfoques desde Terapia Ocupacional, pasando por las instancias de evaluación y tratamiento de estas funciones en la vejez. Hay una segunda parte que es Estimulación cognitiva en la Clínica Geriátrica, donde aporta una síntesis de sesiones, volcadas en un modelo de Informe de Actividad cognitiva.

En el Capítulo 10 sobre la *Actividad comunicacional*, nos relata sobre habilidades de la interacción – comunicación de los adultos mayores institucionalizados de modo permanente y con la narración de una experiencia clínica con un grupo en esta condición.

En el penúltimo Capítulo, sobre *El adulto mayor de cuidados especiales (terminal)*. *A la memoria de Julia*, aquí la autora trasmite en la primera parte diferentes emotivas experiencias con pacien-

tes a quienes asiste y comenta el modo en que una situación específica con uno de ellos, la lleva a pensar sobre “la necesidad de atender expresamente pacientes con características terminales” y así efectuar un programa terapéutico para pacientes de cuidados especiales. Aquí comparte un informe realizado junto con una alumna de Práctica clínica sobre el tratamiento de Julia. En la segunda parte se encuentra una Propuesta terapéutica y Plan de tratamiento para Adultos mayores de Cuidados especiales cuyos principales marcos teóricos provienen del Modelo de la Ocupación Humana y de la Ecología de la Acción.

El Capítulo 12 es *Una propuesta de supervisión de práctica clínica en Terapia Ocupacional* donde describe el proceso de supervisión, aquí entre otros aspectos de la práctica habla del “rol de supervisor participante” que posibilita los aportes personales de iniciativa y creatividad en la construcción del proceso enseñanza aprendizaje.

Luego se encuentra un apartado denominado: *A modo de Epílogo*, en el que la autora realiza una reflexión sobre este proyecto libro, elaborado con énfasis en el desarrollo de investigaciones, de corte sistémico y abierto a abordajes vinculados a la transdisciplina e interdisciplina a los fines de mejorar la calidad de vida de los mayores.

Luego de este recorrido de lectura del texto de Claudia Miranda, se puede concluir en que su objetivo está cumplido, en cuanto realiza a lo largo de los capítulos una sistematización de la práctica del terapeuta ocupacional en su área de expertiz y fundamentada en las teorías de referencia que ella considera, con una descripción de la praxis con diferentes modalidades de intervención y con aportes metodológicos en las investigaciones propias y de sus colaboradores.

Cabe considerar, que según la Red Latinoamericana de Gerontología (2021) la Argentina es uno de los países con población más envejecida en América Latina y el Caribe y continúa envejeciendo aceleradamente. Ante el consecuente aumento en la

demanda de asistencia y cuidados para las personas mayores, y en particular con la consideración de sus posibilidades, intereses y actividades de la vida cotidiana, es que la presencia de una mirada interdisciplinaria en la que la Terapia Ocupacional es parte, se torna esencial.

Para tener presente, se incluyen aquí las palabras de Graciela Zarebski sobre el tema:

“Si cada uno pudiera acompañar el programa biológico que marca la especie con un programa personal acerca de cómo aprovechar mejor el trozo de vida que le toca, seguramente el envejecer y la muerte no serían vividos como una ‘bomba de tiempo’, sino como una construcción personal del propio destino”. (Zarebski, 2020, p.2)

En síntesis, la apuesta central de este libro y su valor, es el de brindar herramientas en áreas de atención de la vejez, que a modo de manual y situado en un momento histórico brinda un panorama de abordaje del Adulto Mayor desde la Terapia Ocupacional, siendo uno de los pioneros de este área. Asimismo, permite matizar las miradas sobre los aspectos vitales de las personas en esta etapa, de ahí la importancia de su lectura o relectura. ■

[Recibido 21/06/24 - Aprobado 05/07/24]

Referencias

- Oliveri, M.L., (2021) *Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina*. Red Latinoamericana de Gerontología. Co-publicación BID-Eurosocial.
<https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=4694>
- Zarebski, G., (2020) *Hacia un buen envejecer*. [Archivo pdf] <http://psicogerontologia.maimonides.edu/wp-content/uploads/2020/08/HACIA-UN-BUEN-ENVEJECER.pdf>

Como citar esta reseña:

Narváez, S.E. (2024) La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 81-83.