

RATO

Revista Argentina de
Terapia Ocupacional

10° AÑO



Revista Argentina de Terapia Ocupacional
Año 11 - Nro 1
Julio 2025 - ISSN 2469-1143

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

Registro DNDA Nro en trámite

COMISIÓN DIRECTIVA GESTIÓN 2023-2026

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
Floencia Itovich
Julieta Jeroncich
Celina Mariscal
Silvia Narváez
Catalina Paiz
Daniela Edelvis Testa
Daniela Torrado

Revisión Técnica en Inglés

Verónica Williams

Comité Científico

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



Collage de tapa

“Abrazo”

Pequeñas piezas de cerámica ilustrada

Muchas piezas cerámicas diversas conforman esta colección, las de la imagen elegida pertenecen a una valija de madera con compartimentos: cada uno de ellos contiene, o bien una pequeña escultura de imagen que representa una situación de vínculo y su abrazo, o el testimonio de quien, con sus palabras, lo definió en respuesta a la pregunta “¿qué son los abrazos?”. Desde la mirada de la Terapia Ocupacional, este proceso creativo materializó la creencia acerca de las diversas formas posibles de encuentro, de expresión, de construcción de territorios seguros, de comunidad, de cuerpos, de presencia, de estandarte de lucha y resistencia a partir del sencillo gesto de entrelazarse.

Lucía Salomón

Biografía en primera persona

Soy Lucía. Nací en octubre, el mes en que los jazmines del país están rozagantes y llenos de aroma. Crecí rodeada de hermanos y hermanas, de amor, de música y juegos.

Estudiar y recorrer el camino de la Terapia Ocupacional, además de hacerme conocer a las personas que hoy llamo familia, me agudizó la percepción y me abrió las puertas para observar y leer el mundo desde un costado sensible y empático. Despertó el interés por conocer las mil formas de vida posibles desde el intercambio de historias con significados y sentidos, aprendiendo de cada una y valorando la diversidad. Me enseñó a encontrar siempre una posibilidad, poniendo en ejercicio cotidiano el desarrollo de la creatividad. Me invitó durante los largos años de estudio y hasta el día de hoy como profesional, a regular la exigencia y a confiar en los procesos.

Mucho de lo que soy hoy tiene que ver con mi búsqueda personal de incansables preguntas y respuestas que se traducen en múltiples caminos al encuentro de la belleza cotidiana. El despliegue artístico en el desarrollo de esas respuestas, siempre me dió sensación de alivio, descanso y sanación. El arte en sus mil formas y vías de expresión funciona para mí como forma de cuidado por excelencia y como antídoto para el dolor. A lo largo y a lo ancho de estos años, en la búsqueda de mi propio “equilibrio ocupacional”, poner en primer lugar el tiempo y el espacio para estas actividades fue un deseo motorizado como estandarte de conciencia y resistencia. En los últimos años aprender, hacer y compartir la cerámica (la forma más efectiva para materializar el mundo interno, hacerlo visible con tiempos paralelos o alternativos a los conocidos y entregada al desapego) junto con la escritura se convirtieron en un camino imprescindible para el autoconocimiento y el bienestar.

El hacer colectivo, resistir para existir

Comité editorial

Comité editorial

revistatoargentina@gmail.com

Sucede que ya no aguanto
que en la calle me grités
a la primera de cambio;
“¡tenías que ser mujer!”
Soy mujer y me equivoco
pero vos, ¿quién te crees?
¿Valentina la astronauta,
Evita, sor Juana Inés?
Sos el León de la Metro
mucha porra y poco rey.
No me vengas con rugidos
que no hay selva por acá
y no soy ninguna fiera
ni la mona de Tarzán.

Maria Elena Walsh, La feminista, 1965

Crueldad. Resistencia. La escuchamos, la vemos, la pronunciamos, la sentimos. En los titulares de medios, en la boca de analistas de la política, en la letra de académicos e intelectuales, en la voz de las poetisas. En el frío de quienes duermen en la calle, en la represión de cada miércoles en las marchas de trabajadores jubilados, en las conversaciones informales y en las redes. Hay quienes han ido más allá, sugieren que la crueldad ha sido una política de Estado (Calveiro, 1998), una herramienta para generar disciplinamiento subjetivo y social que se renueva en las acciones y el discurso público en la Argentina de hoy. No son ajenos a estos procesos nuestros cuerpos en el día a día –“no hay tregua, a cada momento una mala”, pensamos con frecuencia–: el cotidiano, nuestro amarre conceptual y lo político. Como dice la poeta en el epígrafe, no somos fieras, ni monas, ni sor Juana Inés. Pero, es cierto que escuchamos cerca los rugidos de un león que sabemos que no es rey.

Resistencia. Los espacios de micropoder (Foucault, 1975), la capacidad de agencia (Giddens, 1995), el trabajo vivo en acto (Merhy, 2006), nos llevan a comprender diversas formas de existir y resistir. No es novedad para nuestras lectoras y lectores, si mencionamos, por ejemplo, el lugar del hacer significativo (Destuet, 1999), el lenguaje de la actividad en diversos escenarios (Paganizzi, 1999; 1997), lo cotidiano en su potencial crítico y transformador (Galheigo, 1988; 2003; 2012) como algunas de las nociones fundacionales que se ubican en el corazón de las potencias y las competencias de nuestras labores profesionales.

Marcan un cauce con derivas, con ciertas afinidades y sentidos epistémicos, históricamente contruidos, en torno a nuestro objeto de trabajo y de estudio. Nuestra principal estrategia de intervención, el locus de nuestro poder: el hacer con sen-

tido. Aquel que suma un sinfín de detalles y procedimientos, el que se hace a mano y a pensamiento. Paso a paso, con su ritmo, su andadura, cómo y para qué hacemos tiene –para bien o para mal– implicancias éticas, culturales y políticas. Tanto y tan bellamente lo han dicho nuestras maestras aquí citadas (y muchas otras a quien injustamente no mencionamos hoy): el hacer colectivo en tanto agencia es transformador y es resistencia.

En contextos marcados por la fragmentación, el estigma y la exclusión, las diversas formas de agrupamiento se vuelven fundamentales para la generación de alternativas. Creemos entonces que compartir con otros es la llave: el encuentro, el diálogo y la construcción colectiva constituyen pilares fundamentales en los procesos sociales. Los grupos, colectivos y asociaciones son ejemplos concretos de dichos núcleos de resistencia y agencia, especialmente cuando logran construir sentidos compartidos y alinear sus objetivos.

Ejemplo de ello, con apenas más de seis décadas desde su fundación, encontramos a la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO). Es una corta edad para una institución y eso la convierte joven en años y anciana en experiencias: basta decir que sobrevivió en los setenta una dictadura militar feroz, respiró el aroma democratizador de los años ochenta, enfrentó los embates neoliberales de los noventa, se nutrió de avances progresistas y se defendió de embates neoconservadores. También la pandemia, sus marcas y el desafío de comprender sus efectos profundos, aún buscamos las palabras.

Reflejo de alternativas al devenir de la Terapia Ocupacional y su contexto local encontramos en acciones realizadas desde y por la AATO en estos años: participando en la formación continua de los terapeutas ocupacionales, la defensa del ejercicio profesional y acciones en pos de la Ley de Terapia Ocupacional, el trabajo realizado por sus diversos Capítulos abarcativos de áreas de la profesión, también como parte de la Confederación Latinoamericana de Terapia Ocupacional (CLATO), sostenimiento del vínculo con la WFOT para sus afiliados, acciones en defensa de derechos, entre ellos, en temas de Discapacidad, de diversas Leyes Nacionales, de las Residencias en Terapia Ocupacional, apoyo en la creación de Filiales en las provincias argentinas, todas éstas entre muchas otras realizaciones, concreciones.

Mencionamos aquí el apoyo a la creación de esta Revista virtual sostenida desde la AATO y con nuestra participación voluntaria desde el Comité Editorial. Con la convicción de la importancia de escribir lo que hacemos y la intención de continuar apoyando a la difusión científica de la Terapia Ocupacional. Citamos aquí a Freire (2008) en *La educación como práctica de la libertad*, quien considera que la escritura es una herramienta de concientización: permite a los sujetos nombrar el mundo, transformar su realidad y adquirir voz propia. En este

sentido, la escritura es clave en los procesos de subjetivación, de empoderamiento y de producción de sentido. Por lo tanto, seguimos transitando esta década de la Revista Argentina de Terapia Ocupacional con ese horizonte.

En el presente número compartimos tres investigaciones, una revisión bibliográfica, dos relatos de experiencia y una reseña de libro.

Contamos con tres artículos de investigación: uno, elaborado por un equipo interdisciplinario de docentes e investigadoras de la Universidad Nacional del Litoral en Argentina; otro, fruto de una tesis de posgrado del programa de doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús; y el tercero, una investigación multicéntrica realizada en seis centros de rehabilitación en Argentina.

El primero, *El cuidado como concepto integrador en prácticas de salud y participación comunitaria. Un análisis de sus supuestos epistemológicos*, de Roxana Prósperi, Julia Benassi, Natalia Yujnovsky, Marcela D'Angelo, Magdalena Allevi, Emilia Fraile y Lorena Aguirre se enfoca en el concepto de cuidado dentro de las prácticas de salud, diferenciándolo de la noción de atención para enfatizar sus dimensiones psicosociales, culturales y políticas. El estudio propone el cuidado como un concepto integrador que vincula diversas áreas, desde la participación comunitaria y la agencia hasta el acompañamiento de infancias y juventudes vulnerables, y su enseñanza en el ámbito universitario. Se argumenta que el cuidado es una condición humana fundamental con implicaciones éticas y políticas, que busca una transformación de la realidad social que supere paradigmas biomédicos tradicionales.

Continuamos con el trabajo de Mariana Sirianni, quien comparte los resultados y discusiones de su investigación doctoral, *Emprendimientos Sociales de Salud Mental de Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Su evaluación como herramienta para la transformación*. La autora desarrolla un modelo de evaluación y monitoreo con el objetivo de promover prácticas evaluativas participativas y constantes –pertinentes y adecuadas– a las complejidades y peculiaridades de los dispositivos que analiza. Entre los hallazgos destaca la dimensión comunitaria de la atención, el carácter transitorio del dispositivo, la heterogeneidad de los grupos y la continuidad de los cuidados. Asimismo, la perspectiva micropolítica del cuidado y el enfoque comunitario de la Terapia Ocupacional son considerados elementos distintivos y enriquecedores del análisis.

Finalizamos la sección de artículos de investigación con el trabajo titulado *Terapia Ocupacional y COVID-19: Modificaciones ambientales más sugeridas por terapeutas ocupacionales para el retorno al hogar*, de Nicole Nagelkop, Chiara Buzzelli y Melania Ron. Se trata de una investigación observacional, prospectiva, transversal y multicéntrica que articula seis instituciones cuyo objetivo fue describir las modificaciones ambientales sugeridas

por los terapeutas ocupacionales a los pacientes post-COVID-19 al momento del alta hospitalaria, explorar la relación entre el nivel de independencia y las sugerencias, y estudiar la adherencia de los pacientes a estas recomendaciones.

La revisión bibliográfica presentada por Belén Martino es fruto de la formación de posgrado en un seminario de Historia Contemporánea y pandemias en los siglos XIX y XXI. Titulado *Terapia Ocupacional y COVID-19: una revisión de la producción de conocimiento durante el período 2020-2024 desde América Latina en clave socio-histórica y disciplinar*, recupera y analiza los aportes teóricos publicados en revistas de Terapia Ocupacional. A partir de reconocer que la pandemia afectó profundamente en el cotidiano, concluye que la situación de emergencia sanitaria acrecentó desigualdades estructurales y permitió el resurgimiento de la falsa dicotomía entre salud y economía. Por tanto, nos advierte del peligro de perder de vista el enfoque de derechos frente a problemáticas de salud complejas en relación con el posicionamiento asumido por el Estado.

Los relatos de experiencia tienen en común una misma raíz: la residencia interdisciplinaria en salud mental y en salud mental comunitaria. En estos días, las residencias están en la calle, combatiendo el ajuste y la desvalorización generalizada dirigida hacia el sector salud, científico y universitario. Aun así, y tal vez por eso, Fernando Colombero presenta un relato de experiencia a partir de pensar su propia escritura como oportunidad de pausa en el cotidiano, para dar lugar a interrogantes que interpelean las prácticas de la Terapia Ocupacional en dispositivos de formación interdisciplinaria y comunitaria. En el texto *Internaciones por motivos de salud mental: Comentarios e interrogantes desde el campo de la salud mental comunitaria*, entrelaza reflexiones sobre las posibilidades de un abordaje comunitario en un hospital general zonal de Puerto Madryn, la dimensión temporal durante los períodos de internación y las redes de cuidados.

Camila Veronesi, en el trabajo titulado *Identidad: Reflexiones en torno a la construcción de un proyecto ético profesional en una Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental*, relata procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados y lineamientos de un posicionamiento ético y político del rol profesional y del modo de ejercer la clínica. Desde el Hospital Nacional “Laura Bonaparte”, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, motor de lucha junto con el Hospital Garrahan y el Hospital Posadas, amenazados por la desfinanciación y el vaciamiento, la autora relata su experiencia. Aun así y tal vez por eso, reflexiona en torno a la construcción de procesos identitarios de los profesionales de la salud y también de las personas usuarias del sistema de salud, desde lo clínico, lo ético y lo político. Concluye invitándonos a “resistir, interrumpir, inaugurar” para construir posibilidades en un contexto de

desmantelamiento del Estado y discursos de odio que pregonan una falsa libertad.

Cerramos el número con una reseña de Abigail Patricia Lobo Carinao dedicada al libro de Rodolfo Morrison, publicado en 2024 por Editorial Universitaria, *Addams, Slagle y otras precursoras de la Terapia Ocupacional*. El libro destaca los perfiles biográficos de algunas mujeres feministas consideradas fundadoras de la Terapia Ocupacional norteamericana, ofreciendo una mirada crítica hacia otras historias oficiales que tienen eco en nuestras latitudes del sur.

Este número, como en cada uno de nuestra querida Revista Argentina de Terapia Ocupacional, se constituye en espacio de encuentro y de abrazo, de compartir y de sostener procesos y saberes diversos, donde se propone, se aporta o se dona algo que se sabe o se conoce para enriquecer al resto y se nutre de lo que cada quien propone, aporta y dona. Y es así, como desde las múltiples funciones de autoría, revisión, edición, diseño y apoyo técnico confluimos en cada edición para constituirnos en un colectivo fraterno que hace y resiste a los avatares de estos tiempos, transformando realidades y posibilitando el existir de todas las voces. ■

Referencias

- Calveiro, P. (1998). *Poder y desaparición: Los campos de concentración en Argentina*. Colihue.
- Destuet, S. (1999). *Encuentros y marcas*. COLTOA.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Freire, P. (2008). *La educación como práctica de la libertad*. Siglo XXI Editores.
- Galheigo, S. (1988). *Terapia ocupacional: A produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar - Em busca de um depoimento coletivo* (Tesis de maestría, Universidade Estadual de Campinas). Campinas.
- Galheigo, S. M. (2003). O cotidiano na terapia ocupacional: Cultura, subjetividade e contexto históricosocial. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 14(3), 104-109.
- Galheigo, S. M. (2012). Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: Actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *Revista Tog*, 5, 176-187.
- Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad: Bases para la teoría de la estructuración*. Amorrortu.
- Merhy, E. (2006). *Saúde: Cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Paganizzi, L. (1991). *Terapia Ocupacional: Del hecho al dicho*. Psicoterapias Integradas Editores.
- Paganizzi, L. (1997). *Actividad: Lenguaje particular*. Psicoterapias Integradas Editores.
- Walsh, M. E. (1965). La feminista. En *Hecho a mano*. Ediciones Luis Fariña.

Cómo citar esta editorial:

Comité editorial (2025). El hacer colectivo, resistir para existir. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 11(1), 4-6.

El cuidado como concepto integrador en prácticas de salud y participación comunitaria. Un análisis de sus supuestos epistemológicos

Care as an Integrative Concept in Health Practices and Community Participation: An Analysis of its Epistemological Assumptions

Roxana Prósperi | Julia Benassi | Natalia Ujnovsky | Marcela D'Angelo | Magdalena Allevi | Emilia Fraile | Lorena Aguirre

Roxana Prósperi

Profesora y Licenciada en Filosofía, Universidad Católica de Santa Fe. Docente de la Escuela Superior de Sanidad y de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral. Directora del proyecto CAI+D "Prácticas de cuidado en salud y participación comunitaria" en la Universidad Nacional del Litoral.

rxprosperi@hotmail.com

Julia Benassi

Lic. en Terapia Ocupacional. Master en Psicología Cognitiva y del Aprendizaje. Master en Métodos y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Docente, extensionista e investigadora de la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", FBCB. UNL. Docente de la Facultad de Psicología, UBA y de FLACSO. Co-directora del proyecto CAI+D "Prácticas de cuidado en salud y participación comunitaria" UNL. Coordinadora del equipo de profesionales Vaivén Infancias, Santa Fe, Argentina.

juliabenassi.jb@gmail.com

Natalia Ujnovsky

Terapeuta Ocupacional. Magister en Docencia Universitaria. Doctoranda en "Sentidos, teorías y prácticas de la educación" UNL. Docente de la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral. Docente en la Facultad de Ciencias de la Educación de UNER. Integrante del proyecto CAI+D "Prácticas de cuidado en salud y participación comunitaria" en la Universidad Nacional del Litoral.

nataliayuj@yahoo.com.ar

Marcela D'Angelo

Terapeuta Ocupacional. Doctora en Salud Mental Comunitaria. Magíster en Trabajo Social. Docente en la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", Universidad Nacional del Litoral y en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Integrante del proyecto CAI+D "Prácticas de cuidado en salud y participación comunitaria" en la Universidad Nacional del Litoral.

marsildangelo@gmail.com

Resumen

El artículo presenta una investigación referida a las prácticas de cuidado en salud y participación comunitaria desarrollada por un equipo de docentes e investigadoras de la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo" (FBCB-UNL). En el mismo se da cuenta de los recorridos que llevaron a la construcción del tema reconociendo en ellos el viraje gestado en el ámbito de la salud desde el enfoque del concepto de "atención" hacia el concepto de "cuidado". Se propone identificar los principales planteos teóricos acerca del cuidado en salud, explicitar las concepciones epistemológicas y ético-políticas que los sustentan y analizar su vinculación con la participación comunitaria en vistas a su potencial transformador de la realidad social. Para ello, se utilizó una metodología teórica centrada en el análisis crítico de conceptualizaciones y prácticas de cuidado en salud que contienen un potencial teórico integrador de diferentes dimensiones y niveles de análisis. Los resultados se presentan en base a cuatro líneas de trabajo que conformaron el proyecto. Finalmente, se ponen a consideración algunos ejes de discusión haciendo hincapié en la necesidad y pertinencia de considerar el concepto de cuidado como un concepto integrador con implicancias epistemológicas, éticas y políticas.

Palabras clave: cuidado, salud, participación comunitaria, instituciones.

Abstract

This paper presents a research project on health care practices and community participation developed by a team of professors and researchers from the Ramón Carrillo School of Health (FBCB-UNL). It describes the paths that led to the construction of the topic, recognizing the shift in the health field from the concept of "attention" to the concept of "care"; It aims to identify the main theoretical approaches to health care, explain the epistemological and ethical-political conceptions that underpin them, and analyze their connection with community participation in light of its potential to transform social reality. To this end, a theoretical methodology focused on the critical analysis of health care conceptualizations and practices was used, which contain a theoretical potential to integrate different dimensions and levels of analysis. The results are presented according to four lines of work that comprised the project. Finally, some axes of discussion are put forward, emphasizing the need and relevance of considering the concept of care as an integrative concept with epistemological, ethical, and political implications.

Keywords: health, care, community participation, institutions.

Magdalena Allevi

Licenciada en Terapia Ocupacional. Maestranda en Psicología Cognitiva y del Aprendizaje. Docente e investigadora de la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral. Docente de la Facultad Teresa de Ávila, Universidad Católica Argentina. Integrante del proyecto CAI+D "Prácticas de cuidado en salud y participación comunitaria" en la Universidad Nacional del Litoral.

maguiallevi@gmail.com

Emilia Fraile

Terapeuta Ocupacional. Diplomada en Estudios Superiores Universitarios (NIVEAU BAC+4) "Jóvenes en situación de dificultad". Doctoranda en "Sentidos, teorías y prácticas de la educación", UNL. Docente e investigadora en la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo", UNL. Docente en la Facultad de Ciencias de la Educación de UNER y en la Residencias interdisciplinarias en Salud Mental Comunitaria (RISAMC) en la provincia de Santa Fe. Integrante del proyecto CAI+D "Prácticas de cuidado en salud y participación comunitaria" en la Universidad Nacional del Litoral.

emiliafraile77@gmail.com

Lorena Aguirre

Psicóloga. Diseñadora gráfica e ilustradora. Magister en salud comunitaria y gestión sanitaria (Universidad de Heidelberg, 2004). Magíster en Infancias e instituciones (Universidad Nacional de Mar del Plata 2022). Especialista en políticas públicas culturales (Ministerio de la Nación Argentina, 2023). Doctoranda en "Sentidos, teorías y prácticas de la Educación", UNL. Docente e investigadora de la Escuela Superior de Sanidad "Ramón Carrillo" de la Universidad Nacional del Litoral desde 2005. Integrante del proyecto CAI+D "Prácticas de cuidado en salud y participación comunitaria" en la Universidad Nacional del Litoral.

lorenapaguirre@gmail.com

Introducción

Este artículo presenta los resultados de la investigación perteneciente al Programa "Curso de Acción para la Investigación y Desarrollo" CAI+D de la Universidad Nacional del Litoral "Prácticas de cuidado en salud y participación comunitaria" iniciado en el año 2020 y concluido en el 2025. El equipo está integrado por docentes de la Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo" (ESS), dependiente de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral (FBCB-UNL). El punto de partida que nos llevó a la construcción del tema de esta investigación fue el viraje que en el ámbito de la salud ha comenzado a gestarse desde el **enfoque del concepto de "atención" hacia el concepto de "cuidado" entendido como una condición de sostén y promoción de la vida en todas sus dimensiones**. Desde esta perspectiva, las prácticas de cuidado en salud se distinguen de las de atención o tratamiento en su compromiso con los factores psicosociales, culturales y políticos en los que se entraman. Esto marca los límites de las perspectivas analíticas centradas exclusivamente en aspectos biológicos y descontextualizados.

La construcción del tema de investigación

El espacio de trabajo en el que se desarrolló la presente investigación es la Escuela de Sanidad (ESS) que lleva el nombre de Ramón Carrillo, pionero de la medicina social latinoamericana y primer ministro de salud de la Argentina. Los fundamentos con los que se crea la primera Escuela de Salubridad, antecedente directo de nuestra Escuela de Sanidad, en el año 1946 reconocen el papel de Universidad en la producción de conocimientos y la formación profesional para la solución de los problemas concretos de las poblaciones. Un año después esta institución se convierte en la primera y única Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de nuestro país (Westman, 2021) constituyéndose en un referente a nivel nacional e internacional para la formación de médicos sanitarios y otras especialidades de salud pública, con un cuerpo docente decidido a "derribar el colonialismo científico del aula" (Westman, 2021, p. 31) y a producir conocimiento a partir de las realidades locales. Este proceso se interrumpe con el golpe de estado del año 1955 que desmantela progresivamente la institución, hasta perder en 1958 el rango de Facultad. Continuará funcionando como un espacio más reducido, la Escuela para técnicos de la Sanidad, que años después, en 1974, recibirá el nombre de "Dr. Ramón Carrillo".

Esta investigación, pretendió retomar una tradición institucional silenciada y poco conocida de nuestro espacio académico, poniéndolo en diálogo con nuestro ejercicio profesional en el campo de los saberes en salud, de la salud mental comunitaria y del trabajo con niñeces y juventudes en redes intersectoriales y comunitarias.

En trabajos previos, hemos llevado a cabo líneas de investigación referidas a los criterios epistemológicos y éticos para la construcción y validación del conocimiento en las ciencias de la salud así como a la reflexión crítica del papel que le cabe a la educación universitaria en la reproducción y transformación de la realidad sociosanitaria. También, se han problematizado los supuestos epistemológicos de los modelos explicativos y prácticas profesionales que responden a un paradigma biomédico, funcionalista e instrumental, cuya marca distintiva ha sido el ofrecimiento de alternativas técnicas a los problemas. Además, se han indagado las articulaciones de las funciones de docencia, extensión e investigación hacia enfoques sociales y comunitarios de los procesos de salud, ligados a la incorporación de la perspectiva de Derechos Humanos y una valoración de la construcción de conocimientos situados. Por último, se ha realizado una

reflexión crítica acerca de lo que llamamos salud/salud mental en el campo de la infancia y adolescencia y de cómo pensamos las intervenciones de cuidados centrándose en las concepciones de desvalimiento y de creatividad consideradas en un sentido ético y político.

Si bien estas trayectorias compartían un enfoque crítico y propositivo con respecto a concepciones y prácticas dominantes en salud, no incluían la categoría de cuidado. Ésta se nos hizo presente a partir de relevamientos bibliográficos y discusiones grupales para la construcción del tema de la presente investigación poniendo en evidencia una posibilidad de articulación entre conceptos y problemas que frecuentemente aparecían disociados y operando como guía para interrogantes acerca de nuestras prácticas en diálogo con otras disciplinas y saberes.

Finalmente, formulamos el plan de trabajo de este proyecto apenas un mes antes del inicio de la pandemia, contexto en el que se instaló con mayor fuerza la noción de cuidados en discusiones, publicaciones e investigaciones diversas. Algunas integrantes de este equipo, en simultáneo participamos de un proyecto de investigación que estudió los cuidados comunitarios en la pandemia, dialogando con una amplia red de investigadores de otras universidades, sistematizando diversas experiencias de cuidado territorial de nuestra zona y relevando políticas públicas¹.

La organización del proyecto. El concepto de cuidado.

Como objetivos de esta investigación, nos propusimos en primer lugar, identificar cuáles son los principales planteos teóricos acerca del cuidado en salud así como explicitar las concepciones epistemológicas y ético-políticas que los sustentan. En segundo lugar, analizar su vinculación con la participación comunitaria en vistas a su potencial transformador de la realidad social.

El trabajo se distribuyó en cuatro líneas específicas que se estructuraron tomando en cuenta los siguientes ejes transversales generales y comunes a todo el proyecto:

1 Convocatoria PISAC Covid-19 de la Agencia de Ciencia y Tecnología de la Nación. Proyecto "Covid 19, salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de Salud Mental Comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia". El resultado de este trabajo se encuentra publicado en dos libros de acceso abierto publicados por la Universidad del Chubut. Bottinelli, M. M. , Casali, R, Albino, A, D'Angelo-Farto, M, Granja, G, Misischia, B, y Ussher, M.(2024). Contribuciones para pensar el Estado en situación de excepcionalidad: políticas públicas y protección social en la Argentina del 2020. Editorial Universidad del Chubut. <https://repositorio.udc.edu.ar/handle/123456789/4615> y Bottinelli, M. M, Freytes Frey, M. I, Barría Oyarzo, C, Bang, C, Castaño, L. M, Granja, G, y Yujnovsky, N.(2024). Cuidar en la Emergencia: protección social en tiempos de pandemia. Editorial Universidad del Chubut. <https://repositorio.udc.edu.ar/handle/123456789/3822>

Eje A) la crítica a una ética universalizante de la justicia regida por principios morales abstractos, diferenciada de una ética del cuidado situada y superadora de dicotomías.

Eje B) la noción de cuidado como concepto que no puede ser abordado a través de factores aislados.

Eje C) la relación entre autonomía, interdependencia, participación comunitaria y la distribución de responsabilidades en las tareas de cuidado.

Realizamos una revisión de investigaciones del campo de la salud en Latinoamérica durante la última década (Bartalini, Benassi, Allevi, 2023) identificando que, aunque muchas de las investigaciones no incluían al "cuidado" como palabra clave, lo abordaban de manera indirecta. Observamos que desde el inicio del siglo XXI y especialmente después de la pandemia del año 2020, se intensificaron las discusiones sobre los cuidados distinguiéndose la dimensión comunitaria y colectiva y una mayor producción de conocimiento en el área proveniente de Brasil y del campo de la Enfermería. Encontramos una predominancia de estudios interdisciplinarios, lo cual pone de manifiesto que la discusión epistemológica trasciende el campo de la salud para nutrirse de diversas áreas.

Las teorías sobre el cuidado se han desarrollado desde los años 1980 cuando en el mundo anglosajón, en el contexto de la segunda ola del feminismo, se visibiliza el trabajo de las mujeres tanto el asalariado como el doméstico y se instala la pregunta por la división social del trabajo de cuidado (Wlosko, 2021). Luego, a mediados de los años 2000 comenzó a estudiarse teóricamente en Francia, pero la investigación sobre el cuidado en América Latina es de un periodo aún más cercano (Hirata, 2020). El campo del cuidado es vasto y, si bien es una práctica remota, su profesionalización y estudio, al igual que las políticas públicas relacionadas al asunto, son bastante recientes. La emergencia de esta noción se vincula a su vez con lo que se reconoce como "crisis de los cuidados" (De la Aldea, 2019; Wlosko, 2021) caracterizada por algunos autores como una tensión estructural, propia de las sociedades occidentales capitalistas, entre la cantidad de tiempo que hace falta para cuidar la vida humana y la dificultad para tener ese tiempo (Perez Orozco, 2021 como se citó en Martin y Silva, 2022).

Desde hace ya una década en Argentina, el objeto de estudio de la Salud Colectiva -proveniente de la Medicina Social Latinoamericana y fuerte oponente de la perspectiva biomédica- incorpora un nuevo enfoque. Michalewicz et al. (2016) plantean que el término cuidado supone un cambio en la concepción de las prácticas de salud, lo que implica la necesidad de profundizar en una ética del cuidado según la cual "resulta necesario salir del campo de la Salud en sentido restringido para pensar al cuidado -más allá de la salud- en tanto condición humana fundamental" (p. 222).

A partir de estos antecedentes conceptuales, en este trabajo entendemos el cuidado como modo de instituir la vida en un sentido primordial y fundante y al concepto de cuidado como posibilitante de modos de articulación con otros conceptos ya sea para contenerlos, complementarlos o interpelarlos. Tomando en cuenta la propuesta teórica de Estany (2019), consideramos que el concepto de cuidado puede ser considerado según el criterio de “concepto integrador” que incluye a otros conceptos que pertenecen a diversos órdenes (antropológico, relacional, familiar, social, político, profesional, etc) y que reclama diversas dimensiones de análisis (científico, práctico, ético, filosófico, individual, comunitario, institucional) que trascienden la suma de sus partes.

Métodos

Se trata de una investigación teórica llevada a cabo mediante el abordaje sistemático y crítico de un conjunto de perspectivas teóricas en relación con nuestros contextos prácticos de referencia según las siguientes estrategias metodológicas.

En relación al primer objetivo: 1. Relevamiento de las principales teorizaciones acerca del concepto de cuidado. 2. Formulación de las dimensiones que se desprenden de las conceptualizaciones teóricas acerca del cuidado, explicando sus presupuestos epistemológicos y ético-políticos. 3. Búsqueda de conexiones entre las propuestas teóricas acerca del cuidado en salud y las prácticas que propugnan el fortalecimiento de sujetos activos en la toma de decisiones individuales y comunitarias.

En relación al segundo objetivo: 4. Desarrollo crítico-comparativo del concepto de desvalimiento psíquico y las prácticas de cuidado con respecto a las concepciones de salud y a los compromisos ético-políticos que pone en juego. 5. Formulación de criterios de interpretación de las experiencias de participación ciudadana en prácticas de cuidados en salud. 6. Elaboración de propuestas que caractericen prácticas de cuidado en salud que contengan un potencial teórico integrador de diferentes dimensiones y niveles de análisis. 7. Identificación de enfoques diversos acerca de los procesos de enseñanza en la universidad para la construcción de nuevos puntos de vista acerca de la enseñanza de prácticas de cuidado.

Resultados

Línea de investigación N°1: Agencia, autocuidado y participación comunitaria²

De acuerdo al Eje transversal C, partimos de la premisa de que los conceptos de agencia, autocuidado y participación comunitaria cuentan con análisis fragmentarios tanto en el plano

teórico como en el plano de las prácticas profesionales y sociales, en esta línea se analizó críticamente su interrelación.

Según la categoría “capacidad de agencia de autocuidado”, el autocuidado se ejerce en las actividades de la vida cotidiana a través de conductas aprendidas e intencionadas que contribuyen a la integridad de una persona. La capacidad de agencia es un recurso que no se gesta y ejerce desde la individualidad sino como resultado de aspectos tanto estructurales como locales en los cuales se generan las oportunidades vitales. Según Foucault, el cuidado de sí tiene siempre como horizonte y meta el bien de los otros (Foucault, 1984), conformándose en prácticas de responsabilidad relacional que se ejercen cotidianamente. En referencia a los conceptos de “agencia” y “autonomía”, si bien existen diferencias sutiles entre ambos, podemos asimilarlos considerando la autonomía como los recursos subjetivos con los que contamos para reflexionar según los puntos de vista individuales y tomar decisiones según los propios valores e intereses. “... Pero la autonomía no es algo natural al ser humano; se desarrolla a partir de aportes biológicos, psíquicos y socio-culturales del medio en que vive...” (dos Santos Cosac, p.20). Tanto la autonomía como la participación comunitaria dependen del cumplimiento de determinadas condiciones de vida y de la presencia de oportunidades para hacer elecciones. Según Nussbaum (2002), un mínimo desarrollo de la autonomía es posible si se tiene asegurado el desarrollo de ciertas capacidades fundamentales, como por ejemplo ser capaz de: vivir una vida completa, no morir prematuramente; de tener buena salud, buen alimento, vivienda adecuada; de mantener una integridad y de estar seguro ante ataques de otros, incluyendo violencia sexual y doméstica; de imaginar y pensar; de ser capaz de participar efectivamente en las elecciones que gobiernan su vida, etc.

Según el Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América latina y el Caribe 2010, cuya actualidad destacamos: “...las investigaciones sobre la agencia en el contexto latinoamericano son prácticamente inexistentes” (Programa para las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010, p.30). Nos preguntamos si los proyectos y propuestas acerca de la participación de la comunidad para cumplir metas de prevención y promoción de la salud, toman en cuenta el desarrollo de la agencia de los sujetos involucrados especialmente en contextos de exclusión y pobreza, cuestionando la realización efectiva de los reclamos por derechos vulnerados, la reivindicación de aspectos postergados y la democratización de algunas decisiones.

El concepto de “participación comunitaria”, es uno de los indicadores de cultura para el desarrollo que formula UNESCO:

Esta dimensión se centra, por lo tanto, en las competencias y valores culturales que influyen en la interacción social de los individuos, en su sentimiento de pertenencia y en

² Investigadora responsable: Roxana Prósperi

la conectividad social. También se centra en el sentido de autonomía y libertad que experimentan los individuos con respecto a la posibilidad de escoger sus propias opciones, en función de lo que valoran, y de conducir el desarrollo. (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2014, p.84)

Desde una posición teórica que aborde el recibir y otorgar cuidado como condición humana fundamental, todas las categorías señaladas se integran en un abordaje común en el que es posible develar sus múltiples interrelaciones y reflexionar acerca de su valor operativo en los escenarios sociales concretos. En este sentido, en esta línea de trabajo se señala la necesidad e importancia de realizar aportes teóricos acerca del cuidado mostrando que “no se trata de una moral de los buenos sentimientos sino de un proyecto social” (Molinier, 2016).

Línea de investigación N°2: Experiencias de cuidado en infancias y juventudes en situación de extrema vulnerabilidad.

a) Redes de cuidado para jóvenes en situación de desamparo³

Esta línea de investigación toma como punto de partida el resultado de un trabajo de investigación previo que se focalizó en el estudio de los gestos de sostén y acompañamiento que se producían en las prácticas cotidianas entre un equipo de referentes –oficiantes del lazo– y ciertos grupos de jóvenes en situación de desamparo. Esos gestos, ahora bajo la temática del cuidado que nos convoca en esta investigación, fueron reinterpretados y articulados en el marco de la construcción de metáforas textiles, que se proponen a modo de figuras del cuidado y que permiten reflexionar acerca de la producción del lazo social que se actualiza en estos encuentros intergeneracionales.

El actual estudio consideró las invenciones que generan estos referentes para poder recibir, alojar y acompañar a las nuevas generaciones que se encuentran en condiciones de desigualdad y extremo desamparo en nuestro contexto epocal. Para Frigerio (2023) los oficios del lazo muchas veces se ejercen frente a estas condiciones desfavorables que se caracterizan por el desgaste, el desgarro y la rotura y, ante esto, son las tentativas puestas en marcha desde las prácticas de cuidado y sostén las que permiten que se ponga a disposición de los recién llegados un mundo posible a través del ofrecimiento de un zurcido, un remiendo o un bordado.

Desde la perspectiva de la educación social, mediante la revisión de autores tales como Deligny (2017, 2021), Bernfeld (2005), Aichhorn (2006), Núñez (2005, 2007), Tizio (2006) y Moyano (2009) se exploraron reflexiones sobre las modalidades

de alojamiento y filiación de las juventudes en diferentes contextos históricos, signados por la conmoción social. Atendiendo al Eje transversal B, se establecieron articulaciones con experiencias de sostenimiento de redes de cuidados en situaciones adversas, con la construcción y continuidad de las cualidades ambientales y con el oficio de acompañar entre diferentes instituciones –de salud, desarrollo social, cultura– y desde múltiples contextos sociales a partir de autores provenientes de diferentes campos, entre ellos, Winnicott (1984), De la Aldea (2019), Barbagelata (2005, 2017) y Cornú (2017).

Mediante la elaboración de breves relatos se recuperaron historias cotidianas que componían los procesos de acompañamiento a estos grupos de jóvenes. Estos fragmentos capturaron algunos gestos que realizaban los oficiantes del lazo, aun cuando para ellos se encontraban naturalizados o pasaban desapercibidos. Considerando que una de las características para que se lleve adelante el trabajo de cuidado es la invisibilidad y el ejercicio del mismo como un saber-hacer discreto (Molinier 2018), el registro de los gestos mínimos se convirtió en una clave relevante para construir, mediante metáforas textiles, algunas figuras del cuidado.

De acuerdo al Eje transversal A, las metáforas textiles han permitido explicitar los avatares de los lazos sociales desde una ética del cuidado (Tronto, 2020) cuyo acento se encuentra, en este caso, en lo intergeneracional. Desde una perspectiva antropológica Pérez-Bustos (2021) sostiene que cuando no hay cuidado el tejido y las hebras que sostienen lo común se deterioran y, por eso, propone remendar para resistir, deshacer para volver a hacer y juntar para componer. Según Ingold (2000) cualquier hacer es un modo de tejer en tanto remite a un proceso y, en ese sentido, afirma que tejer el mundo es lo que nos permite hacer cultura. El estudio de las formas que adquieren las prácticas de cuidado de los oficiantes del lazo han permitido estudiar los modos de acceso de las juventudes al tejido social.

Se analizaron gestos de cuidado y sostén de los oficiantes del lazo. Entre los más relevantes se destacan los de: entrelazar-dejar crecer, unir, rehacer, desenlazar para volver a enlazar, anudar-reanudar, torcer e invertir. Esta investigación deja abiertos posibles diálogos para continuar profundizando en los desafíos cotidianos a los que nos convoca la tarea de acompañar.

b) Prácticas de cuidados en situación de desvalimiento en instituciones de salud⁴

En esta línea se tomó como objeto de estudio lo que se considera como el epítome de desvalimiento mayor psíquico humano que son las infancias y adolescencias institucionalizadas que además transitan una internación hospitalaria (Aguirre, 2020, 2021). La

³ Investigadora responsable: Emilia Fraile

⁴ Investigadora responsable: Lorena Aguirre.

figura conceptual de “niño sacer” (Bustelo, 2005) es orientadora en las tres dimensiones que alcanza este desvalimiento: subjetivo, institucional y social. Frente a esta realidad que se constata históricamente no sólo cualitativamente sino cuantitativamente se plantea qué hacer frente a situaciones extremas entre la violencia, el abandono y la crueldad naturalizada de estas subjetividades en construcción (Minnicelli, 2004). Haciendo un rastreo de las prácticas institucionales de cuidado en el marco del paradigma de derechos y de la salud, se observa que estas instituciones de infancia y de salud redoblan el desvalimiento de estos “niños, niñas y adolescentes sacerdotes” y que el mismo adulto queda tomado en ese desvalimiento subjetivo, institucional y social. ¿Qué cuidado es posible en estos escenarios blindados en su repetición? Gracias a teorizaciones como las de Winnicott (2003), Freud (1901), Fiorini (2019), Zukerfeld (2016), Rodari (2008), Vygotsky (1999), Montes (1999), Freire (1985), Lacan (1973-1974), Cyrulnik (2003), Mannoni (1993), Bachelard (1972), Morin (1990), entre otros va emergiendo una categoría conceptual: “la creatividad” como un espacio de palabras, de acciones, de gestos: innovaciones que permiten pensar los abordajes en salud/salud mental, alejándonos de los paradigmas patologizadores y los protocolos de la época, abriendo un camino posible de trabajo en los escenarios institucionales diversos. Como dice Mannoni “superar el trauma en una producción que puede poseer valor artístico supone recrear la experiencia inicial del desamparo... Algunos logran transponer el terror en creación merced a un deseo de reparación... y otros siguen prisioneros del trauma sufrido...” (Mannoni, 1993, p. 9). Esta capacidad creativa del ser humano puede desplegarse en todo su existir y hacer en las diferentes dimensiones ya mencionadas: subjetivas, institucionales y sociales. Así las instituciones y comunidades también pueden transitar por procesos creativos o no. De esta manera se enlaza la creatividad al concepto de reparación, cuidado y construcción de la salud/salud mental comunitaria. Los procesos creativos como nos dice Winnicott (1971) nos brindan una vida viva en bienestar y salud.

Atendiendo al Eje transversal B), vemos que así nace una dupla conceptual “desvalimiento-creatividad” (Aguirre, 2024) como una lupa de análisis crítico que permite ver allí en los pacientes niños, niñas y adolescentes problemas de salud/salud mental en una perspectiva de cuidado según la cual podríamos decir que todo proceso creativo es un proceso de cuidado.

Este punto de llegada se da en un entrecruzamiento entre la teoría, investigaciones históricas (Aguirre, 2022) y la práctica empírica en las instituciones con las infancias y adolescencias (Aguirre, 2023), asumiendo una posición epistemológica que interpela al paradigma bio-médico tan presente en las prácticas de salud y se sustenta en el paradigma de la complejidad de Edgar Morin, la vigilancia epistemológica de Bachelard, la perspectiva interpretativista de Sigmund Freud, y el método indicario de varias teorizaciones epistemológicas de Lorez Arnais, Schuster y Alicia Gonzalez-Saibene (Aguirre, 2024). Esta postura

contrahegemónica anida el concepto de creatividad y traza una línea propositiva para las prácticas en términos de cuidado.

Línea de investigación N°3: Cuidados y participación ciudadana

a) Cuidados, participación ciudadana y juego en infancias y juventudes⁵

Esta línea de trabajo forma parte de nuestra trayectoria en la UNL articulando docencia⁶, extensión e investigación, como pilares interrelacionados. Nos propusimos indagar cómo se expresan ciertas categorías clave –cuidados en salud, participación, juego e infancias– y su relación con las personas adultas, en el marco de procesos estéticos de la vida cotidiana. Para ello, tomamos como punto de partida la experiencia de un proyecto de extensión de interés social “Infancias Diversas”⁷, que venimos desarrollando desde hace varios años. Nuestro interrogante guía fue ¿en qué sentido nuestra praxis en esta experiencia se puede pensar como una práctica de cuidados en salud?

Nuestro hacer se gesta en la intersección entre Educación, Arte y Salud, a partir de un trabajo colectivo, transdisciplinario e interinstitucional, sostenido inicialmente desde una perspectiva de Derechos Humanos que contempla las singularidades de las infancias para la promoción de oportunidades de participación (Passerino y Muñoz, 2014). En este marco, diseñamos el dispositivo lúdico-estético “El Mundo de la Lora Pandora”⁸: una caja/casa/libro que reúne diversos recursos multimodales para el juego y la comunicación. Esta creación se ofrece como una invitación a ingresar a un mundo simbólico que se despliega cada vez que la caja se abre, posibilitando a las infancias acceder a un escenario de aprendizajes lúdico y participativo.

Dado que siempre se accede al dispositivo creado “a través de” y “junto con” otros en encuentros intergeneracionales, la comunicación es condición de posibilidad para la participación y el juego. Esta comunicación siempre es triádica en la medida

5 Investigadoras Responsables: Magdalena Allevi y Julia Benassi

6 Gestada en la cátedra de Estética I del plan de Licenciatura en Terapia Ocupacional 1998, con continuidad en el Seminario de Ocupación, juego, ocio y participación ciudadana en infancias y juventudes del plan de Licenciatura en Terapia Ocupacional 2012, Escuela Superior de Sanidad, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Universidad Nacional del Litoral, a partir del trabajo colaborativo con las prácticas pre profesionales de Terapia Ocupacional en Comunidad y Terapia Ocupacional en Salud Mental.

7 “Infancias diversas: creación colectiva de cuentos accesibles para el juego y la comunicación, de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina” (2018 hasta la actualidad). En este estudio se toma la experiencia territorial desarrollada como insumo para la investigación, es decir que este proyecto de corte teórico no genera el trabajo de campo sino que parte de la experiencia documentada previamente para estudiarla.

8 Página Web del Mundo de la Lora Pandora: <https://www.unl.edu.ar/extension/la-lora-pandora/>

en que la materialidad, como artificio cultural, no solo constituye un medio de comunicación sino que también es el motivo en torno al cual ésta se produce (Rodríguez y Moro, 1999)⁹. Por lo tanto, generar condiciones para el juego implica construir ambientes narrativos y una serie de mediaciones semióticas por parte de las personas adultas, a través de diversos sistemas de significación, en una trama de experiencias sensibles. “Cultivar” estos ambientes, al decir de Mandoki (2008), supone ofrecer, sostener y esperar. Construir espacios y disponer su materialidad para ser habitados desde la experiencia; comprenderlos como “estelas semióticas” (Rodríguez, 2006), rasgos, señales para brindar múltiples direcciones posibles. No todas a la vez, ni en el mismo espacio, sino organizadas.

El cuento creado recupera, además, en su trama narrativa, características de la cultura local, e “invita a volver la mirada sobre la vida cotidiana, sus objetos y lugares, desde una perspectiva de cooperación y cuidados compartidos” (D’Angelo, et al., 2022), posicionándose así como objeto simbólico de transmisión y reapropiación cultural (Cornú 2004; Kantor 2008; Karol 2004). En este contexto, el juego y la comunicación constituyen bases de una educación que cuida y respeta a las infancias en sus diversas condiciones de desarrollo, conformándose en zona potencial para la experiencia cultural (Winnicott, 2003). Este espacio para la participación ciudadana, en red de cuidados, se puede comprender como oportunidad de “ciudadanía”, en palabras de Najmanovich (2019).

Por ello, si en un primer momento la *perspectiva de derechos* nos brindaba un marco normativo y una posición ético-política para nuestras prácticas, así como la dimensión *estética* constituía un faro desde el cual mirar, pensar y hacer en el campo de la salud y la educación, es en el seno de este proyecto de investigación, donde la categoría *cuidados* nos permitió articular ambas dimensiones. Así, en línea con los Ejes B) y C) de este proyecto de investigación, la noción de cuidados se propone como un constructo que supera escisiones previas. Por esto, no se trataría del enlace de diferentes elementos —comunicación, juego, participación, infancias, personas adultas, objetos—, sino de una trama que la categoría “cuidados” nos ha permitido releer en su complejidad e interdependencia.

b) Cuidados, participación y co-protagonismo de las niñeces en encuentros intergeneracionales¹⁰

Desde esta línea la premisa ha sido entamar las referencias conceptuales que vinculan las prácticas de cuidados con la

participación, la ciudadanía y la agencia infantil presentes en los encuentros intergeneracionales en escenarios de la vida cotidiana, en consonancia con lo establecido en el Eje B). Se relevaron producciones científicas hispanohablantes, situadas en el ámbito educativo, la familia, el espacio público y las redes sociales, acontecidas en la última década e incluyendo el tiempo de pandemia. Se advirtió que se trata de núcleos temáticos amplios y sostenidamente abordados desde la investigación, cuyas tensiones éticas, epistemológicas y metodológicas siguen latentes a la hora de revisar las oportunidades ciertas de participación de las niñeces como sujeto actuante y su relación con el papel del adulto en el encuentro intergeneracional. Voltarelli (2018) dirá que investigar la participación infantil y su protagonismo invita a comprender las dinámicas sociales que reconocen a las niñeces como actores sociales y también a repensar las prácticas y los discursos que les afectan.

A partir de este análisis, se establecieron como hipótesis iniciales que:

- Los procesos participativos de las niñeces en encuentros intergeneracionales de prácticas promotoras de salud mental comunitaria desde una perspectiva de salud integral favorecen su protagonismo y el ejercicio de ciudadanía.
- La participación lúdica en el encuentro intergeneracional de prácticas promotoras de salud mental comunitaria desde una perspectiva de salud integral favorece la construcción de confianza y la toma de decisiones en asuntos que les atañen de su vida cotidiana.
- La participación de las niñeces puede transformar la vida cotidiana de su comunidad.

Así, se ha conformado una trama conceptual con autores del campo de la sociología de las infancias y de la pedagogía de la ternura quienes describen al encuentro intergeneracional enmarcado en una matriz adultocéntrica que requiere ser advertida a través de la reflexión crítica de las praxis. Autores como Cussianovich (2021), Liebel (2020), Pavez Soto (2019) y Gaitan (2018), aproximan aportes teóricos para propiciar encuentros intergeneracionales sostenidos a partir del reconocimiento de las diferencias propias de la brecha generacional y en igualdad de oportunidades como sujetos de derecho, actuantes, gestantes, co-partícipes y co-creadores en escenarios cotidianos. Así, estas articulaciones teóricas se encuentran vinculadas al Eje C) de este estudio.

A partir de lo investigado resulta posible describir las estrategias facilitadoras de la participación desde una perspectiva de cuidado, haciendo énfasis en: la escucha atenta de la voz niña, la construcción de confianza y el lenguaje lúdico en los vínculos intergeneracionales y la capacidad de agencia en las niñeces, traducida como la potencia en su perspectiva niña, que se manifiesta en el poder, el saber y el hacer sobre cuestiones que les atañen. Se puede afirmar que lo que da sentido a la participación

⁹ Rodríguez y Moro (1999) desarrollan “La Pragmática del Objeto”, una propuesta teórica para comprender el desarrollo temprano, en la que se articulan la perspectiva constructivista de Piaget y la sociocultural (vigotskiana y Neo vigotskiana), a partir del signo de Pierce, lo que permite abordar la comunicación en términos triádicos (Benassi, 2012).

¹⁰ Investigadora responsable: Marcela D’Angelo.

propiciada junto a las infancias, es la tarea que está entre manos, ideada en encuentros intergeneracionales, logrando la materialización de las responsabilidades compartidas (Liebel, 2020).

Identificar y reconocer las condiciones que genera el adulto para construir, a sabiendas de la asimetría vincular, una relación con tendencia a la horizontalidad, es en sí una práctica de cuidado, que implica la co-presencia, la confianza y el respeto por los tiempos intersubjetivos para su viabilidad y sostenibilidad. Autores humanistas y feministas, definen al cuidado como una forma de vida (Boff, 2002), y lo consideran un derecho (Pautassi, 2010; De la Aldea, 2019).

Línea de investigación N°4: Enseñar el cuidado en la universidad¹¹

Esta línea tiene como punto de partida la pregunta acerca de la posibilidad de enseñar el cuidado en la universidad, y la aborda considerando los motivos, las implicancias y condiciones que supone hacerlo en un espacio curricular de prácticas pre-profesionales de Terapia Ocupacional en el campo de la salud mental comunitaria. A partir de una revisión bibliográfica amplia se reunieron antecedentes y perspectivas teóricas organizadas en función de tres categorías centrales: enseñanza, cuidado y Terapia Ocupacional en salud mental comunitaria.

Tomando como perspectiva metodológica la etnografía educativa, los feminismos decoloniales y el conocimiento situado, se plantearon algunos recorridos a partir de la escritura autoetnográfica. Posicionarse desde el conocimiento situado implica, siguiendo a Donna Haraway (1995), asumir que no es preciso estar fuera del mundo para conocerlo, sino por el contrario construir un tipo de objetividad “encarnada” (p.10), la que resulta de ser responsable de aquello de lo que formamos parte y que requiere una metodología atenta y sensible.

Se construyó una descripción densa y detallada de la dinámica del espacio curricular organizada considerando tres actos de enseñanza que expresan tres gestos y refieren a tres momentos del proceso: Recibir – Entrada; Acompañar – Tránsitos y Despedir – Salida. Se proponen algunas consideraciones referidas a aspectos institucionales e históricos del currículum de Terapia Ocupacional y el lugar del cuidado allí en tanto profesión feminizada y subalternizada. Desde una reelaboración de registros de las prácticas de docentes y estudiantes, los llamados cuadernos de campo, se retomaron y recrearon experiencias, para volver entonces sobre las categorías centrales y abordar el cuidado como una ética situada (Eje A) ligada a un saber-hacer y, desde allí, aproximarse a la especificidad de su enseñanza en el campo de la Terapia Ocupacional.

Se proponen condiciones para la enseñanza del cuidado, a saber: la disponibilidad, los vínculos de confianza, la

reciprocidad y solidaridad y un lugar del saber y del poder móvil que posibilita la construcción de autonomía en la interdependencia, elementos que, tal como se plantea en el Eje B) del proyecto, no pueden ser pensados aislados. Es un tipo de enseñanza que ocurre en acto, que implica ver y acompañar a ver, la complejidad inherente a las experiencias cotidianas en los meses de cursado, propiciando la comprensión de la potencia que se juega en cada momento de proximidad y haceres compartidos con las personas usuarias de los dispositivos institucionales donde se incluyen las y los estudiantes.

Suely Rolnik (2023) plantea que el tipo de subjetividad que produce nuestro orden social excluye lo sensible, el cuerpo y, por lo tanto, no puede cuidarse ni cuidar. Para la autora, es preciso restituir el contacto con la experiencia sensible, con el saber de la afectación, diferente del “saber archivo” de la academia, para recuperar la potencia vital de nuestros cuerpos. En este horizonte se inscribe la docencia en las prácticas pre-profesionales de Terapia Ocupacional en salud mental, reconociendo en los procesos del hacer, con sus materiales, procedimientos, productos, y cuerpos en acción, una oportunidad de enseñar el cuidado de sí, de los otros y del mundo común.

La enseñanza del cuidado puede ser vista como el “juego de cuerdas” del que habla Donna Haraway (2022), esa práctica en la que alguien arma con sus manos y entre los dedos una figura con hilos y la pasa a otro que, al recibirla la transforma en otra. Así el cuidado, como el juego de cuerdas, se aprende jugando, se muestra con el cuerpo al lado para que el otro reconozca los movimientos, los gestos, sabiendo que, al entregar, al pasar a las otras manos la figura, se pierde cualquier control sobre eso que se entrega, ya es del otro/a y su responsabilidad.

Discusión

En este trabajo hemos interpretado el concepto de cuidado en el sentido epistemológico de “concepto integrador” ya que su complejidad y amplitud semántica incluye diferentes conceptos relacionados entre sí, así como diferentes dimensiones de análisis (antropológica, ética, epistemológica, científica, profesional, práctica, social y política). Entendemos que la multiplicidad de recorridos que supone llevar a cabo la identificación, inclusión e integración de dichos conceptos y dimensiones, es una tarea pendiente.

Plantear el cuidado en el sentido antropológico de tomar posición en relación al “otro” y en su reconocimiento como semejante, implica la realización de actividades tangibles a través del “ocuparse” pero también implica la presencia de actitudes morales que, como señalan Molinier y Legarreta (2016) tienen un “valor propio”. Este valor no está subordinado al ámbito médico ni de la ética de la justicia, sino de la responsabilidad relacional que supone tanto el ámbito personal como de las relaciones institucionales, de la vida social y política.

¹¹ Investigadora responsable: Natalia Yujnovsky

El concepto de cuidado nos remite a la condición humana de vulnerabilidad y dependencia, según la cual todas las personas somos destinatarias de cuidados. Lejos de tratarse de un planteo dicotómico, la dependencia y la autonomía nos muestran la necesidad de pensar la realidad humana a partir de su articulación. El desarrollo de la autonomía no puede generarse desde un plano meramente individual sino que es el resultado de aspectos sociales estructurales así como del contexto relacional. Si de hecho se pueden realizar niveles de análisis centrados en alguna de estas dimensiones, es preciso reconocer que solo su articulación nos permitiría obtener una lectura comprensiva de las situaciones bajo análisis. En dicha articulación, el concepto de cuidado juega un papel mediador imprescindible. Las interpretaciones dicotómicas o reduccionistas no pueden sostenerse ante la visibilización del cuidado como condición de posibilidad para la construcción de un mundo cotidiano común.

Tomando en cuenta nuestras diferentes líneas de investigación abordadas en este trabajo, las propuestas para la discusión teórica surgieron de la resignificación de algunas experiencias de nuestra historia laboral dentro de un marco de comprensión situado en prácticas concretas que buscan, en palabras de Merhy (2023, p.60) ampliar la dimensión del núcleo cuidador como eje de la producción de salud y defensa de la vida. En este trabajo, entendemos que dicha ampliación es una cuestión crucial que trasciende los equipos de salud y requiere la construcción de formulaciones teóricas y argumentos que incluyan a todos los actores involucrados en las responsabilidades de cuidado en un sentido ético y político. Hemos abordado el desarrollo de la capacidad de agencia y su interacción con la participación comunitaria, el trabajo con infancias y juventudes diversas y en situación de vulnerabilidad desde una perspectiva de derechos. Asimismo, los gestos de cuidado y sostén de los oficientes del lazo. Finalmente, la enseñanza universitaria de prácticas de cuidado en salud mental comunitaria, a la luz de la función integradora del concepto de cuidado.

Entendemos que proponer una tarea teórica con la capacidad integradora que el tema requiere, aporta un cambio importante en la concepción de las prácticas de salud profundizando sobre su potencial transformador de la realidad. El estudio del cuidado considerado como concepto integrador requiere ser continuado con la explicitación de sus diferentes facetas, en relación con los saberes y prácticas profesionales, el género, el trabajo, el sostenimiento de diferentes etapas del ciclo vital, el alojamiento y la salud mental, el desvalimiento, las estrategias político-sociales, las inequidades sociales y los planteos éticos. Entendemos que solo a partir de estos recorridos sería posible revisar las diferentes definiciones de cuidado bajo la hipótesis de que difícilmente sería alcanzable una definición unificada sino que resulta de mayor utilidad teórica profundizar en sus diversificaciones y abordarlas en investigaciones empíricas situadas en escenarios concretos que enriquezcan e interpelen las propuestas teóricas.

Hemos reflexionado críticamente acerca de nuestros recorridos profesionales previos, cuya posición ética situábamos en una perspectiva de derechos, entendiendo a partir de este trabajo su complementariedad con una ética del cuidado que implica diálogos, atención y acuerdos en contextos concretos de un modo que trasciende una perspectiva normativa.

La recuperación para la reflexión de las praxis en procesos colectivos, donde se entrelazaron la educación, la investigación y la extensión universitaria, han permitido establecer enlaces conceptuales entre la participación, la comunicación y los cuidados en clave intergeneracional. Identificar y reconocer las condiciones que genera el adulto para construir una relación con tendencia a la horizontalidad, es en sí una práctica de cuidado, que implica la co-presencia, la confianza y el respeto por los tiempos intersubjetivos para su viabilidad y sostenibilidad. A su vez, reflexionar respecto de la enseñanza del cuidado en la universidad nos lleva a sugerir algunas condiciones, tales como: la disponibilidad, los vínculos de confianza, la reciprocidad y solidaridad. La consideración del concepto de creatividad traza una línea propositiva muy rica para las prácticas, la comunidad y la docencia en términos de cuidado. Entendemos que sería muy pertinente elaborar estas teorizaciones en el ámbito de la educación universitaria para favorecer el planteo de interrogantes con respecto al cuidado desde su episteme y praxis en las carreras que abordan la salud. Las experiencias previas que fueron objeto de reflexión en este trabajo, permitieron visibilizar los modos en que las prácticas de sostenimiento de la vida en común generan aprendizajes y apuestas teórico-metodológicas que son insumos para políticas públicas y para el campo de conocimientos sobre los cuidados. ■

[Recibido 05/04/2025 - Aprobado 30/05/2025]

Referencias:

- Aguirre, L. (2020). Acerca de los procesos de humanización en niños, niñas y adolescentes a cargo del Estado. *El Sigma*. <https://www.elsigma.com/hospitales/acerca-de-los-procesos-de-humanizacion-de-ninos-ninas-y-adolescentes-a-cargo-del-estado/13918>
- Aguirre, L. (2021). ¿Qué hace un psicoanalista en un hospital? Buenos Aires: Noveduc.
- Aguirre, L. (2022). Breve historia de los primeros hogares en la ciudad de Santa Fe, desde 1920 hasta su actualidad performativa en 2020, en el cuidado y la crianza de las infancias institucionalizadas. *Investigaciones. INFEIES RM Año 11 No. 11 Mayo 2022*. <http://www.infeies.com.ar/numero11/bajar/I.1.Aguirre.pdf>
- Aguirre, L. (2024). Entre/Del desvalimiento a la creatividad. Reflexiones sobre las prácticas clínico-institucionales en el campo de las infancias e instituciones. Buenos Aires: Lugar.
- Aguirre, L. (2023). "CANTAR RETRUCO" en la compleja problemática de las infancias y sus instituciones en la actualidad. Del desvalimiento a la creatividad en nuestras prácticas en *Revista El Sigma*, diciembre, 2023. <https://www.elsigma.com/hospi>

- tales/cantar-retruco-en-la-compleja-problematica-de-las-infancias-y-sus-instituciones-en-la-actualidad-del-desvalimiento-a-la-creatividad-en-nuestras-practicas/14382
- Aichhorn, A. (2006). *Juventud desamparada*. Barcelona. España: Gedisa Editorial. Edición original: *Verwahrloste Jugend* (1925).
- Bachelard, G. (1972). *La formación del espíritu científico*. Buenos Aires. Siglo XXI
- Barbagelata, N. (2005). *El cuidado del otro*. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación. Catamarca. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001430.pdf>
- Barbagelata, N. (2017). *Las infancias cuentan*. Barbagelata, Fraile, Mussi, Pallero. (Comp). Paraná. Ed Fundación La Hendija.
- Bartalini, C.; Benassi, J.; Allevi, M. (2023). Supuestos epistemológicos y ético-políticos relativos a las prácticas de cuidado en salud. [Presentación de poster] XI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Córdoba. Argentina.
- Bernfeld, S. (2005). *La ética del chocolate. Aplicaciones del psicoanálisis en Educación Social*. Barcelona. España. Ed. Gedisa.
- Boff, L. (2002). *El Cuidado esencial: Ética de lo humano compasión por la tierra*. Editorial Trotta.
- Bottinelli, M. M., Freytes Frey, M. I., Barría Oyarzo, C., Bang, C., Castaño, L. M., Granja, G., y Yujnovsky, N. (2024). Cuidar en la Emergencia: protección social en tiempos de pandemia. Editorial Universidad del Chubut. <https://repositorio.udc.edu.ar/handle/123456789/3822>
- Bottinelli, M. M., Casali, R., Albino, A., D'Angelo-Farto, M., Granja, G., Misischia, B., y Ussher, M. (2024). Contribuciones para pensar el Estado en situación de excepcionalidad: políticas públicas y protección social en la Argentina del 2020. Editorial Universidad del Chubut. <https://repositorio.udc.edu.ar/handle/123456789/4615>
- Bustelo, E. (2005). Infancias en indefensión. en *Revista de Salud colectiva*. Buenos Aires, diciembre, pp. 253-284.
- Cornú, L. (2017). *Acompañar: el oficio de hacer humanidad en: Trabajar en instituciones: los oficios del lazo*. Frigerio, G.; Korinfeld, D. y Rodríguez, C. (coords) NOVEDUC. Bs. As. PP 101-116.
- Cornú, L. (2004). Transmisión e institución del sujeto. Transmisión simbólica, sucesión, finitud. En G. Frigerio & G. Diker (Comps.), *La transmisión en las sociedades, las instituciones y los sujetos*. Un concepto de educación en acción. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Cussiánovich, A. (2021). *La Convención sobre los Derechos del niño a 32 años de su aprobación*. 1989-2021. https://www.desco.org.pe/recursos/site/files/CONTENIDO/1454/02_Cussia%CC%81novich_Phd21.pdf
- Cyrułnik, B. (2003). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona. Gedisa.
- D'Angelo Farto, M. S.; Benassi, J.; Allevi, M. y Brasca, R. (2022). Infancias diversas: Construcción colectiva de modos de acompañamiento y comunicación en tiempos de COVID-19. +E: Revista de Extensión Universitaria. Universidad Nacional del Litoral. Secretaría de Extensión y Cultura.
- D'Angelo Farto, M. S. La participación de las niñas y su articulación con la gestión intersectorial local. Estudio de caso Proyectos Inquietos Derechos en Movimiento (Argentina, Santa Fe, Recreo. Años 2014-2017). Tesis para optar al grado de Doctora en Salud Mental Comunitaria - Universidad Nacional de Lanús, Argentina. *mimeo*. 2024.
- De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. LOM Ediciones.
- Deligny, F. (2017) *Semillas de crápula. Consejos para los educadores que quieran cultivarla*. Bs. As. Ed Cactus.
- Deligny, F. (2021). *Cartas a un trabajador social*. Bs. As. Ed Cactus.
- Dos Santos Cosac, Danielle Cristina (2017). Autonomía, consentimiento y vulnerabilidad del paciente en la investigación clínica, *Revista de Bioética (Impr.)* 25 (1): 19-29. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/NLVytLDgkv8z6x8tSRH4YBP/?format=pdf&lang=es>
- Estany, A. (2019). Innovación y conceptos integradores en la práctica científica. INCASI Working Paper Series, No. 9. Published online: <https://ddd.uab.cat/record/212718> 2015
- Freire, P. Y Faundez, A. (1985). *Por una pedagogía de la pregunta. Crítica a una educación basada en respuestas a preguntas inexistentes*. Buenos Aires. Siglo XXI
- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana*. OC. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frigerio, G. (2023). Palabraciones/Abracadabra. En *Palabraciones. Oficios del lazo*. Pp 59-81. Paraná. Ed Fundación La Hendija.
- Fiorini, H.J. (2019). *El psiquismo creador. Teoría y clínica de procesos terciarios*. Buenos Aires: Lugar.
- Gaitán Muñoz, L. (2018). Los derechos humanos de los niños: ciudadanía más allá de las "3Ps", *Sociedad e Infancias*, 2, 17-37.
- Haraway, D. ([2016] 2019c). *Seguir con el problema. Generar parentesco en el Chthuluceno* (H. Torres, Trad.). Bilbao: Consonni.
- Indicadores UNESCO de cultura para el desarrollo. Manual Metodológico. 2014. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. París.
- Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América latina y el Caribe 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Publicado por el Programa para las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010, p. 30. Disponible en: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/HDR_2010_SP_Complete_reprint.pdf
- Ingold, T. (2000) Making Culture and Weaving the World, en: *Matter, Materiality and Modern World*, P. M. Graves- Brown, ed. Routledge, Londres, pp. 50-71.
- Kantor, D. (2008). Variaciones para educar adolescentes y jóvenes, Cap. I. Del Estante Editorial, Buenos Aires.
- Karol, M. (2004). La transmisión: entre olvido y el recuerdo, entre el pasado y el futuro, en Frigerio, Graciela y Diker, Gabriela, (comps.) *Una ética en el trabajo con niños y adolescentes. La habilitación de la oportunidad*. Ed. Noveduc, CEM. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1973-1974). Seminario 23. Le sinthome. Buenos Aires. Paidós.
- Liebel, M. (2020). *Infancias dignas, o cómo descolonizarse*. 1ra.ed. El Colectivo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Mannoni, M. (1993). *Amor, odio y separación. Reencontrarse con la lengua perdida de la infancia*. Buenos Aires: Paidós.
- Merhy, E. (2023). La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud: una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia. En: Franco. T y Merhy, E. 2023. Trabajo, producción del cuidado y subjetividad

- en salud. CUADERNOS ISCo. Serie Salud Colectiva. UNLa. Disponible en: <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/46/57/180-3>
- 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. [fecha de Consulta 22 de Noviembre de 2021]. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>
- Minnicelli, M. (2004). Infancias públicas. No hay derecho. Buenos Aires Paidós.
- Molinier, P., Legarreta, M., (2016). “Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político”, en Papeles del CEIC, vol. 1, presentación, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco, <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.16084>
- Molinier, P. (2018). El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos. En: *El trabajo de cuidado*. Borgeaud-Garciandía, N. (comp.). Fundación Medifé edita. <https://www.fundacionmedife.com.ar/sites/default/files/Edita/el-trabajo-de-cuidado.pdf>
- Montero, M. (2003). Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Paidós. Buenos Aires.
- Montes, G. (1999). La frontera indómita. Buenos Aires. Fondo de cultura económica
- Morin, E. (1990). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona. Gedisa.
- Moyano, S. (2009). Educación social y ejercicio profesional. En *Educación social. Acto político y ejercicio profesional*. Montevideo. Uruguay: ADESU, Ministerio de educación y Cultura de la República Oriental del Uruguay.
- Najmanovich, D. (2019). Ciudadanía: Ecología de los saberes y cuidados. Conferencia en las XVI Jornadas Nacionales de la Red de Psicopedagogía Garrahan. San Fernando, Pcia. Buenos Aires. <https://www.youtube.com/watch?v=u9YSSmGTmEQ>.
- Najmanovich, D. (2020). Ni adentro ni afuera de las cajas: De la inclusión a la convivencialidad. En Untoiglich & Szyber (Comps.), *Las promesas incumplidas de la inclusión: Prácticas desobedientes* (pp. 125).
- Nussbaum, M. (2002). Las mujeres y el desarrollo humano. Buenos Aires. Norma.
- Núñez, V. (2005). Prólogo. En: La ética del chocolate. Aplicaciones del psicoanálisis en Educación Social. S. Bernfeld. Barcelona. España: Gedisa Editorial.
- Núñez, V. (2007). ¿Qué se sujeta (o se entiende por sujeto) en educación? Acerca de la gobernabilidad. Revista Propuesta Educativa Número 27. Año1. Junio. 2007. Vol1. Págs. 37 a 49. FLACSO.
- Passerino, L. & Muñoz, C. (2014). Notas sobre conceptualizaciones y prácticas de cuidado humano. Acta XI Congreso Argentino de Antropología Social, UNR, Rosario, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-081/775>.
- Pautassi, L. (2010). *El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales. Una Breve revisión*. CEPAL.
- Pavez Soto, I. y Sepúlveda Kattan, N. (2019). Concepto de agencia en los estudios de infancia. Una revisión teórica. Sociedad e Infancias, 3, 193-210. <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2012.27479>
- Pérez-Bustos, T. (2021). Gestos textiles. Un acercamiento material a las etnografías, los cuerpos y los tiempos. Bogotá. Ed Universidad Nacional de Colombia.
- Rodari, G. (2008). La gramática de la fantasía. Buenos Aires: Colihue
- Rodríguez, C. (2006). *Del ritmo al símbolo. Los signos en el nacimiento de la inteligencia*. Hosori.
- Rodríguez, C. & Moro, C. (1999). El mágico número tres. Cuando los niños aún no hablan. Paidós, Barcelona.
- Rolnik, Suely (2023). [GVA IVAM Programa Articulaciones] (4 de mayo de 2023). *Las arañas, los Guaraníes y algunos europeos. Otros apuntes para descolonizar el inconsciente*. [Video] Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=xCTKnk0dU3Q&t=6794s>
- Tizio, H. (2006). Prólogo. En: *Juventud desamparada*. A. Aichhorn. Barcelona. España: Gedisa Editorial. Edición original: Verwahrloste Jugend (1925).
- Tronto, J. (2020). ¿Riesgo o cuidado? Fundación Medifé Edit. <https://www.fundacionmedife.com.ar/leer/horizontes-del-cuidado/riesgo-o-cuidado>
- Voltarelli, A. M. (2018a). Los temas del protagonismo y la participación infantil en las producciones sudamericanas. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 16(2), 741-756
- Vygotsky, L. S. (1999). Imaginación y creación infantil. La Habana. Editorial Pueblo y educación. Ministerio de educación. 2da edición.
- Westman, S. (2011). 25 años de la carrera de Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional del Litoral. (Santa Fe, Argentina). En: 1986-2011 25 años de la Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional del Litoral. UNL. FBCB. Escuela Superior de Sanidad “Ramón Carrillo”.
- Winnicott, D. (1984) Deprivación y delincuencia. Ed en español. Bs. As., Argentina. Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (2003) Realidad y Juego. Gedisa. Barcelona. España.
- Wlosko, M. y Ros, C. (Coord.) *El trabajo entre el placer y el sufrimiento. Aportes desde la psicodinámica del trabajo*. Ediciones de la UNLa.
- Yujnovsky, N. (2024). *Enseñanza del cuidado en las prácticas pre-profesionales de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Escuela Superior de Sanidad “Ramón Carrillo” FBCB-UNL*. [Tesis de Maestría en Docencia Universitaria. Facultad de Humanidades y Ciencias. UNL] URI: <https://hdl.handle.net/11185/7892>
- Zango Martín, I. y Silva C. (2022). Sentir-Pensar-Vivir el cuidado como acto revolucionario. En: Aussiere, M., Monzón, A., Sampinato, S. y Testa D. (Eds.) *De amuletos y artificios. Reflexiones situadas en clave feminista desde Terapia Ocupacional*. Editorial Fundación La Hendija.
- Zukerfeld, R. y Zoni Zukerfeld, R. (2016). Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia. Buenos Aires: Luga

Cómo citar este artículo:

Prósperi, R., Benassi, J., Yujnovsky, N., D´Angelo, M., Allevi, M., Fraile, E. y Aguirre, L. (2025) El cuidado como concepto integrador en prácticas de salud y participación comunitaria. Un análisis de sus supuestos epistemológicos. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 11(1), 7-17.

Emprendimientos Sociales de Salud Mental de Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Su evaluación como herramienta para la transformación

Adolescent's Social Entrepreneurship in Mental Health of the Government of the City of Buenos Aires. Their evaluation as a tool for transformation

Mariana Sirianni

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires), Magíster en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús) y Doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Tutora de Práctica Profesional Laboral (Universidad de Buenos Aires). Coordinadora de Emprendimientos Sociales de Salud Mental de Adolescentes (Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García y Programa Emprendimientos Sociales de la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires).

marianasirianni@gmail.com

Mariana Sirianni

Resumen

El artículo presenta una síntesis de los resultados y discusiones de la tesis llevada a cabo por la autora en el marco del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. La investigación se propone, a partir de un diseño cualitativo, desarrollar conceptual y metodológicamente un modelo de evaluación y monitoreo para los Emprendimientos Sociales de Salud Mental Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dicho objetivo responde a la necesidad de promover prácticas evaluativas que logren dar cuenta de la organización y el funcionamiento de los dispositivos, así como de su relevancia en cuanto a la promoción de la salud mental comunitaria y la inclusión socio educativo laboral. El estudio logra arribar a dos importantes resultados: el desarrollo del modelo evaluativo y la evaluación específica del dispositivo. Como parte de los hallazgos se destacan: la dimensión comunitaria de la atención, el carácter transitorio del dispositivo, la heterogeneidad de los grupos y la continuidad de los cuidados. La investigación hace hincapié en las ventajas de la evaluación interna, continua y participativa, así como en la importancia de contar con indicadores. La perspectiva micropolítica del cuidado y el enfoque comunitario de la terapia ocupacional enriquecen el análisis y redundan en un aporte de conocimientos para la disciplina.

Palabras clave: emprendimiento, salud mental, adolescente, inclusión social, evaluación de programas y proyectos de salud.

Abstract

This article presents a summary of the results and discussions of the author's thesis as part of her PhD in Community Mental Health program at the National University of Lanús. The purpose of this research is to conceptually and methodologically develop an assessment and monitoring model for the Adolescent's Social Entrepreneurships in Mental Health of the Government of the City of Buenos Aires using a qualitative design. This purpose answers to the need to promote evaluation practices which manage to assess the organization and the operation of the entrepreneurship, as well as its relevance in terms of promoting community mental health and socio-educational and employment inclusion. The research achieves two important results: the development of the assessment model and the specific assessment of the entrepreneurship. The findings include the community dimension of care, the temporary nature of the entrepreneurship, the heterogeneity of the groups, and the continuity of care. The research emphasizes the advantages of internal, continuous, and participatory evaluation. It also highlights the importance of counting with indicators. The micropolitics of the work in health and the community occupational therapy approach enrich the analysis and contribute knowledge to the discipline.

Keywords: entrepreneurship, mental health, adolescent, social inclusion, health program and project evaluation.

Introducción

El escrito da cuenta de los principales resultados y discusiones de la investigación denominada “Aportes para la evaluación y el monitoreo de los Emprendimientos Sociales de Salud Mental de Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”. La tesis, defendida en noviembre del año 2024 en el marco del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, retoma las líneas de investigación sugeridas por la misma autora como parte de su tesis de maestría (Sirianni, 2011).

Los emprendimientos sociales y la importancia de su evaluación

El área abarcada por el estudio coincide con los Emprendimientos sociales de Salud Mental de Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Dichos dispositivos poseen como antecedente directo el desarrollo de microexperiencias surgidas durante los años '90 de la mano de profesionales del Hospital Infanto Juvenil “Dra. Carolina Tobar García” (HIJCTG). En la actualidad, constituyen la instancia extrahospitalaria del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes de dicha institución (Resolución N° 757/02) y son parte de la Red de Emprendimientos que funciona bajo el Programa Emprendimientos Sociales de la Dirección General de Salud Mental del GCBA (Resolución N° 893/07).

La Ley N° 448/00 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires define a los emprendimientos sociales en tanto dispositivos de estrategia comunitaria que tienen como fin la promoción de la salud y la integración sociolaboral de las personas utilizando como medio la capacitación en tarea, la producción y la comercialización de bienes y/o servicios (Art. 14 Inc. O). Asimismo, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/10, promueve la implementación de acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria a partir del desarrollo de dispositivos tales como los emprendimientos sociales (Art. 11).

Para completar dicho panorama normativo, las Pautas para la organización y el funcionamiento de los dispositivos de salud mental (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019) establecen que el modelo comunitario de atención implica el trabajo y la conformación de una red integrada de salud mental con base en la comunidad. Los emprendimientos sociolaborales, en tanto dispositivos de inclusión, forman parte de esta red y se los define como estructuras intermedias que funcionan en el punto de encuentro entre el mundo de la salud y el mundo del trabajo, la producción y la economía.

Los dispositivos estudiados se dirigen a adolescentes/jóvenes de entre quince y veintiún años de edad, usuarias/os del sistema público de salud mental y/o en situación de vulnerabilidad socioeconómica. En la actualidad existen tres

emprendimientos de adolescentes dependientes del GCBA: De Hierbas y Especies (área de gastronomía), Eccovisual (diseño y comunicación) y Memoria Nativa (cultivo y viverización de plantas nativas). Cada emprendimiento se encuentra integrado por un grupo aproximado de diez adolescentes/jóvenes quienes permanecen en el dispositivo por un lapso de entre seis y veinticuatro meses.

Los emprendimientos de adolescentes han logrado evolucionar, con el paso del tiempo, hacia instancias de formalización cada vez mayor: comenzando por aquellas experiencias llevadas a cabo al interior del hospital monovalente; pasando por múltiples proyectos de carácter social, cultural y productivo implementados en el seno de la comunidad; hasta llegar a la aprobación de los programas vigentes y al reconocimiento del dispositivo en tanto efector de salud mental. A pesar de dichos avances, estas prácticas devenidas en políticas, no se han visto acompañadas de procesos evaluativos que logren dar cuenta de su organización y funcionamiento, así como de su relevancia vinculada con la promoción de la salud mental comunitaria y la inclusión socio educativo laboral.

Autoras como Ardila y Stolkiner (2011) aseguran que la evaluación de programas y servicios de salud mental se ha desarrollado a nivel mundial a la par de los procesos de reforma. Pese a los importantes avances vinculados al área, la evaluación continúa siendo una instancia de gestión lejana a las prácticas cotidianas de los servicios, sobre todo en contextos como el nuestro. Apoyándonos en los argumentos de las especialistas, podemos aseverar que la evaluación constituye una herramienta estratégica en términos de la reforma del sistema de atención y de la consolidación de las valiosas experiencias que existen.

Propuesta metodológica

La tesis doctoral se plantea como objetivo general desarrollar conceptual y metodológicamente un modelo de evaluación y monitoreo para los Emprendimientos Sociales de Salud Mental de Adolescentes del GCBA. Como parte de los objetivos específicos se propone: caracterizar los emprendimientos de adolescentes; identificar los conocimientos y las prácticas evaluativas de las/os trabajadoras del dispositivo; analizar los componentes del modelo de evaluación y monitoreo desde la perspectiva de las/os trabajadoras, las/os adolescentes, las/os referentes del cuidado¹; analizar las particularidades de los emprendimientos de adolescentes; analizar las especificidades de la

1 Se consideran referentes del cuidado a aquellas personas adultas que acompañan las estrategias terapéuticas y los procesos de inclusión de las/os adolescentes. Algunas/os referentes del cuidado cumplen un rol profesional y otras/os representan un tipo de apoyo informal. Se los clasifica en: referentes de salud, referentes comunitarios y referentes familiares/afectivos.

evaluación y el monitoreo de este tipo de dispositivo; analizar los facilitadores y obstaculizadores para la incorporación del modelo evaluativo al funcionamiento cotidiano del dispositivo a partir de su puesta a prueba o pilotaje.

El estudio puede considerarse una investigación evaluativa en el sentido de tomar a la evaluación en tanto técnica y estrategia investigativa (De Souza Minayo et al., 2005). La investigación se enmarca, asimismo, en lo que se conoce como una evaluación de cuarta generación orientada a la negociación (Guba & Lincoln, 1989). La evaluación de cuarta generación involucra, en términos concretos, la inclusión de las perspectivas de los diversos actores implicados en la institución o programa que está siendo evaluado (Ardila y Stolkiner, 2009). Dicha evaluación se fundamenta en el paradigma constructivista el cual parte de una noción de verdad definida a partir de consensos (Onocko Campos y Pereira Furtado, 2006).

Las técnicas utilizadas para la recolección de los datos fueron múltiples y variadas, comenzando por una revisión documental que abarcó las políticas públicas y los marcos normativos relacionados con el dispositivo a nivel nacional y local. Luego de ello, se implementaron grupos de apreciación compartida (GACs)². Dicha técnica grupal involucró a la totalidad del equipo de trabajadoras/es del dispositivo conformado por: una coordinadora (terapista ocupacional), cuatro trabajadoras de la salud (terapistas ocupacionales), dos operadores de rehabilitación (técnicos en oficio) y una voluntaria. Asimismo, se realizaron entrevistas en profundidad a emprendedoras/es actuales, ex emprendedoras/es y referentes del cuidado. Del universo de dieciséis emprendedoras/es y de diez ex emprendedoras/es se seleccionó una muestra no probabilística de carácter intencional compuesta por un total de cuatro y cuatro. Como criterios de inclusión para la muestra se tuvieron en cuenta: la instancia de derivación (salud y comunidad), la antigüedad en el dispositivo (no menor a los seis meses) y la pertenencia a los emprendimientos (incluyendo los tres mencionados). Respecto de las/os referentes del cuidado se procedió a entrevistar a seis: tres de salud, una referente comunitaria y dos referentes familiares. Finalmente, se llevaron a cabo observaciones participantes durante el cotidiano de los emprendimientos, con el objetivo de complementar la información obtenida a partir de las demás técnicas.

Tomando como referencia algunas investigaciones evaluativas de carácter participativo (Bustamante et. al., 2020; Onocko Campos y Pereira Furtado, 2006; Pereira Furtado et al., 2013)

2 La modalidad de trabajo denominada grupos de apreciación compartida (conocida como grupos de *apreciação partilhada* en portugués) ha sido utilizada en diversos procesos vinculados a la elaboración participativa de indicadores de salud mental para la evaluación de Centros de Atención Psico Social en Brasil.

la propuesta metodológica para el tratamiento de los datos se basó en la hermenéutica filosófica. El estudio se propuso interpretar los datos a partir de dos movimientos: el análisis y la construcción a modo de narrativas. En cuanto a los aspectos éticos, cabe mencionar que el proyecto de investigación contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación perteneciente al Hospital Infante Juvenil “Dra. Carolina Tobar García”.

Resultados

El primer gran resultado que arrojó la investigación consistió en el **desarrollo del modelo de evaluación y monitoreo**. Para ello se partió de la definición propuesta por Nirenberg (2006). Según la autora “se denomina modelo evaluativo a la construcción basada en hipótesis teóricas sobre el funcionamiento de una realidad compleja, a fin de lograr una comprensión más acabada de la misma y provocar intervenciones eficaces que produzcan transformaciones deseables” (p. 161).

La evaluación procura fundamentar sus juicios en el análisis de un conjunto sistemático de datos, los cuales no existen ni surgen de manera natural o espontánea. Se arriba así la noción de componentes del modelo evaluativo, a saber: dimensiones, variables, indicadores, técnicas/instrumentos para la obtención de los datos, fuentes de información y actores a involucrar.

Las dimensiones constituyen los aspectos básicos a considerar. Las dimensiones se descomponen a su vez en variables. Siguiendo la clasificación de Donabedian (1966) podemos identificar: variables de estructura (determinadas por los recursos físicos, económicos y humanos con los que cuenta el servicio), variables de procesos (son aquellas acciones y prestaciones vinculadas con los procesos de atención), variables de resultados (relacionadas directamente con los objetivos del dispositivo, permiten comparar lo realizado con respecto a lo planificado) y variables de contexto (sanitario y socioeconómico en el que se lleva a cabo la atención). Los indicadores (observables o medibles) se vinculan a cada una de las variables pudiendo ser de carácter cualitativo y/o cuantitativo. Las técnicas/instrumentos para la obtención de los datos se establecen de acuerdo a las variables y los indicadores. Las fuentes de información y los actores a involucrar dependen de las técnicas y los instrumentos seleccionados.

Como complemento de aquella definición de Nirenberg, se incluyó la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (2010) respecto de los sistemas de información en salud mental. Según el documento, estos sistemas o modelos resultan de gran utilidad ya que permiten recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar información sobre un servicio de

salud mental y sobre las necesidades de la población a la que el servicio atiende.

Con el objetivo de desarrollar el modelo evaluativo se comenzó por una caracterización exhaustiva del dispositivo a partir de la revisión y análisis documental. Se procedió luego a la identificación de los conocimientos y las prácticas evaluativas del equipo de trabajadoras/es. Para ello, se implementaron tres GACs, en los que se abordaron los principales desarrollos del campo de la evaluación y el monitoreo los cuales sirvieron como disparadores del debate. El análisis hermenéutico dialéctico permitió organizar la información en unidades narrativas entre las que podemos mencionar: debates en torno a la sistematización de experiencias, investigación y evaluación; el por qué y el para qué de la evaluación y el monitoreo; recursos necesarios para la evaluación y el monitoreo; posibilidad de viabilizar los cambios institucionales identificados; información necesaria, disponible y no disponible; instrumentos de registro/evaluación utilizados con anterioridad a la investigación.

Con el propósito de ahondar en el análisis de los componentes del modelo evaluativo desde la perspectiva de las/os trabajadoras/es se llevaron a cabo tres nuevos GACs. La información surgida se organizó en torno a las variables de estructura, procesos, resultados y contexto. Se hizo referencia, asimismo, a los demás componentes del modelo evaluativo. Los desarrollos sirvieron para continuar delineando el modelo.

Como parte importante del trabajo de investigación se procedió a revisar y actualizar tanto los objetivos generales como los objetivos específicos correspondientes a los emprendimientos de adolescentes. Se establecieron nuevos objetivos por consenso del equipo de trabajadoras/es. En el transcurso de la tesis se deja en claro que los objetivos de un programa o servicio resultan fundamentales a la hora de analizar las variables de procesos y de resultados, como así también, al momento de elaborar indicadores cuantitativos y cualitativos vinculados a dichas variables.

Otra instancia relevante del proceso de investigación consistió en la elaboración de una matriz síntesis o cuadro de mando integral, la cual se elaboró a partir de otros tres GACs. La matriz síntesis logra resumir gran parte del trabajo de campo llevado a cabo durante el proceso investigativo/evaluativo y permite sintetizar la información necesaria para la puesta en marcha del modelo de evaluación y monitoreo. Cabe mencionar que, como parte del trabajo, se procedió a revisar los instrumentos de registro/evaluación utilizados por el equipo con anterioridad a la investigación. Se modificaron algunos, se descartaron otros y se diseñaron nuevos instrumentos a partir de los cuales surge la información necesaria para la elaboración de los indicadores de procesos y resultados. Más allá de estos instrumentos vinculados con la producción de los datos, se diseñaron otros dos instrumentos relacionados con el procesamiento/análisis de los datos y con la comunicación de la información.

Tabla 1. Matriz síntesis: ejemplo de un Objetivo Específico correspondiente al Objetivo General N° 1.

Objetivo General N° 1: Promover la salud/salud mental comunitaria					
Objetivos Específicos	Definiciones conceptuales	Indicadores de procesos	Metas anuales	Indicadores de resultados	Instrumentos de registro/evaluación
Construir conjuntamente con el/la adolescente y sus referentes el proyecto terapéutico singular	Proyecto terapéutico singular: conjunto de actos asistenciales pensados para resolver problemas de salud/necesidades de los usuarios (Franco y Merhy, 2016)	N° de entrevistas a adolescentes e interconsultas con referentes para conocer problemas/necesidades, indagar sobre expectativas y construir conjuntamente un PTS. N° de informes de PTS elaborados y presentados en reuniones de equipo. N° de informes de evoluciones de PTS elaborados y presentados en reuniones de equipo	Que la totalidad de las/os adolescentes que permanecen seis meses o más posean un PTS construido conjuntamente	N° de adolescentes que permanecen seis meses o más y que poseen PTS sobre N° de adolescentes que permanecen seis meses o más	Planilla de admisión e Informe del proyecto terapéutico singular

El segundo gran resultado de la investigación se vinculó con la **evaluación específica del dispositivo**. Dicho resultado se logró a partir del análisis de los componentes del modelo evaluativo desde la perspectiva de emprendedoras/es, ex emprendedoras/es y referentes del cuidado. Para ello se implementaron entrevistas en profundidad a los diferentes actores. Los ejes de indagación y las preguntas orientadoras fueron coincidentes.

Al igual que en el análisis de los componentes del modelo de evaluación y monitoreo desde la perspectiva del equipo de trabajadoras/es, la información analizada se organizó en base a los siguientes ejes: estructura, procesos, resultados y contexto. Respecto de la variable de estructura se indagó acerca de los recursos físicos, económicos y humanos vinculados al dispositivo. Las variables de procesos y de resultados se

analizaron de manera conjunta. Se consultó en relación a: las instancias de derivación, los procesos de admisión, las expectativas respecto del dispositivo, la presencia de barreras de accesibilidad, la construcción conjunta de proyectos terapéuticos singulares, el tejido de redes de cuidados, la continuidad de los cuidados, la participación en ocupaciones significativas, los procesos de inclusión, la reducción del estigma, entre otras cuestiones. Se conversó sobre el contexto sanitario y socioeconómico en el que se encuentran inmersos los beneficiarios y, finalmente, se consultó respecto de la importancia otorgada a la evaluación y el monitoreo por parte de los mismos.

En las siguientes tablas se muestran algunos datos de las/os entrevistadas/os.

Tabla 2. Datos de emprendedoras/es actuales entrevistadas/os.

Emprendedoras/es actuales (referencia cita)	Edad	Género	Instancia de derivación	Emprendimiento en el cual participa	Antigüedad en el dispositivo
EA1	20 años	masculino	salud	Memoria Nativa	18 meses
EA2	19 años	femenino	salud	De Hierbas y Especies	9 meses
EA3	19 años	masculino	salud	Eccovisual	24 meses
EA4	19 años	femenino	comunidad	Memoria Nativa	9 meses

Tabla 3. Datos de ex emprendedoras/es entrevistadas/os.

Ex emprendedoras/es (referencia cita)	Edad	Género	Instancia de derivación	Emprendimiento en el cual participó	Antigüedad en el dispositivo
EE1	20 años	femenino	salud	Eccovisual	16 meses
EE2	21 años	femenino	salud	De Hierbas y Especies	16 meses
EE3	20 años	femenino	salud	De Hierbas y Especies	24 meses
EE4	21 años	masculino	comunidad	Eccovisual y Memoria Nativa	23 meses

Tabla 4. Datos de referentes del cuidado entrevistadas.

Referente del cuidado (referencia cita)	Edad	Género	Instancia derivante	"Disciplina a la que pertenece/ Vínculo"	"Institución/ Servicio/ Programa al que pertenece"
RC1	33 años	femenino	salud	psicóloga	Hospital de Día/Internación HIJCTG
RC2	38 años	femenino	salud	terapista ocupacional	Orientación y Entrenamiento Laboral HIJCTG
RC3	59 años	femenino	salud	psicóloga	Residencia Asistida de Rehabilitación Psicosocial
RC4	38 años	femenino	comunidad	psicóloga	Programa Reconstruyendo Lazos
RC5	55 años	femenino	-	madre	-
RC6	53 años	femenino	-	madre	-

La caracterización del dispositivo y el análisis de los componentes del modelo evaluativo desde la perspectiva de los distintos actores involucrados permiten afirmar que los emprendimientos de adolescentes constituyen dispositivos sociosanitarios con características particulares, determinadas tanto por la modalidad de abordaje como por la singularidad de la población sujeto. A continuación se presentan algunas de esas particularidades como parte de los principales hallazgos de la investigación.

Según Desviat (2020) el campo de la salud mental se vincula con los procesos de reforma psiquiátrica, de los cuales la salud mental comunitaria se vuelve el modelo asistencial. La salud mental comunitaria supone ampliar la mirada desde la atención hacia la promoción de la salud mental, incluir distintas disciplinas y actores en el abordaje de las problemáticas mentales, revisar la asistencia manicomial haciendo hincapié en la necesidad de un trabajo comunitario, entre otras cuestiones. Podemos aseverar entonces, que los emprendimientos de adolescentes constituyen **prácticas gestadas y desarrolladas como parte del campo de la salud mental comunitaria**. Surgen en tanto dispositivos de carácter cuestionador y transformador del modelo médico psiquiátrico; logran desarrollarse en el seno de la comunidad siendo esta una condición fundamental respecto de los dispositivos de inclusión; llevan a cabo un trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial en consonancia con la complejidad del objeto de intervención; promueven la salud mental comunitaria y la inclusión socio educativo laboral otorgando protagonismo a usuarias/os y referentes del cuidado.

Los emprendimientos de adolescentes conforman verdaderas **estructuras intermedias**. Si bien funcionan bajo la órbita del Ministerio de Salud, las articulaciones con otros Ministerios como el de Trabajo y Empleo, el de Economía y el de Desarrollo Humano y Hábitat resultan significativas. La coordinación con el área de Educación se vuelve una prioridad teniendo en cuenta la franja etaria con la que se trabaja. Resultan importantes también las articulaciones con entidades del sector privado y con organizaciones de la sociedad civil.

Las narrativas del conjunto de actores involucrados dejan entrever que los emprendimientos de adolescentes constituyen **servicios basados en un modelo productor de cuidados**. Como señala la perspectiva de la micropolítica del trabajo y el cuidado en salud, un servicio basado en un modelo productor de cuidados es aquel que centra sus intervenciones en las necesidades de sus usuarios, opera centralmente a partir de tecnologías leves y leves-duras, y busca ampliar los grados de libertad de los trabajadores dando potencial al trabajo vivo (Franco y Merhy, 2016). Las estrategias terapéuticas de los dispositivos analizados responden a las necesidades y problemáticas de las/os adolescentes; las prestaciones y acciones implementadas por el equipo se basan en tecnologías leves

(dando prioridad a la dimensión afectivo vincular) y leves-duras (inscriptas en el conocimiento técnico del equipo interdisciplinario); por último, en los dispositivos prima un trabajo vivo basado en la creatividad, la flexibilidad, la capacidad de establecer acuerdos y la habilidad para construir conjuntamente proyectos terapéuticos singulares.

La micropolítica del cuidado parte también de una noción amplia de salud que considera el proceso de salud/enfermedad/cuidados de forma plural y compleja. Desde esta perspectiva, intenta garantizar la integralidad del cuidado por medio de apuestas como la intersectorialidad y la interdisciplina. El modelo productor de cuidados promueve una oferta de tecnologías y servicios que, en torno a la imagen de líneas-estaciones-redes de cuidado, impulsan el trabajo en equipos multidisciplinarios, la corresponsabilidad por la salud del otro y la expansión de los espacios para que suceda el cuidado (Franco y Merhy, 2016). Como resultado de la investigación queda de manifiesto que **la integralidad del cuidado constituye un eje fundamental del dispositivo**. Las narrativas de los diferentes actores involucrados dan cuenta de la existencia de estaciones-líneas-redes de cuidado y de la articulación continua entre los emprendimientos y los demás efectores de salud. El trabajo en equipos requiere de un esfuerzo mayor cuando se trata de servicios intrahospitalarios y de dispositivos extramuros. Sin embargo, la comunicación se logra y el diálogo es valorado tanto por trabajadoras/es como por adolescentes y referentes.

Como parte de la investigación se procedió a estudiar el concepto de **promoción de la salud mental comunitaria** desarrollado por Bang (2014). El mismo fue incorporado por las/os trabajadoras/es del dispositivo en tanto herramienta útil para abordar las prácticas comunitarias que articulan la promoción de la salud y la salud mental. La incorporación de esta mirada, que reconoce las problemáticas colectivas, que procura integrar los ámbitos de intervención y que se basa en la idea de salud en tanto derecho humano fundamental, promueve el desarrollo de prácticas comunitarias entre las cuales se encuentran los emprendimientos de adolescentes.

La promoción de la salud mental comunitaria implica necesariamente **un abordaje desde la complejidad**. Los emprendimientos de adolescentes asumen la complejidad ligada a la cuestión adolescente, la problemática mental y la inclusión socio educativo laboral. En diálogo con Bang (2014) podemos aseverar que desde los dispositivos se intenta reconocer la complejidad de los padecimientos subjetivos en tanto procesos dinámicos de salud/enfermedad/cuidados; incluir lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, aceptando nuevas demandas, trabajando desde las contradicciones y construyendo con otras/os en la heterogeneidad.

Continuando con esta línea de pensamiento, podemos afirmar que los emprendimientos de adolescentes constituyen **servicios fundados en el enfoque de derechos**. Basan su accionar en los estándares internacionales de Derechos Humanos y se apoyan en los cambios de paradigma operados en el campo de la salud mental, la adolescencia y la discapacidad.

Los emprendimientos de adolescentes constituyen prácticas interdisciplinarias. A pesar de ello, en el contexto de la Ciudad de Buenos Aires, se han gestado y desarrollado de la mano de terapistas ocupacionales comprometidas/os con los procesos de transformación del sistema público de salud mental. Las diferentes perspectivas teóricas respecto de la salud y la discapacidad, que han atravesado a la Terapia Ocupacional desde sus orígenes, han sido determinantes en la construcción teórica y práctica de esta disciplina (Chapparo & Ranka, 2005). Autoras como Nabergoi et al. (2019) aseguran que el modelo social y la perspectiva de derechos la han impregnado promoviendo cambios tanto en la producción de conocimiento, como en la orientación de las prácticas y en los contextos ligados a las intervenciones terapéuticas. En esta misma línea, Zango Martín (2017), afirma que la Terapia Ocupacional basada en un enfoque comunitario parte de una noción de salud y capacidad como resultado de la equidad y la oportunidad social. Según la autora, la Terapia Ocupacional comunitaria pone el acento en el contexto social, económico, político y cultural en tanto factor determinante, proponiendo intervenciones comunitarias a partir de procesos continuos, dinámicos y participativos. En base a estos argumentos, podemos inferir que los emprendimientos de adolescentes constituyen **prácticas de Terapia Ocupacional centradas en un enfoque social o comunitario**.

Los emprendimientos sociales han sido creados inspirándose en la filosofía de Empresa Social surgida en el contexto de la reforma psiquiátrica italiana. Los pilares de la Empresa Social pueden resumirse de la siguiente manera: la búsqueda de sinergias, la promoción de la figura del/la emprendedor/a, la contemporaneidad entre la formación y el trabajo, el criterio de calidad, la pequeña dimensión, la diversificación de los campos de acción y la horizontalidad (De Leonardi et al., 1995). Al indagar sobre estos pilares queda de manifiesto que muchos de ellos se aplican a los emprendimientos de adolescentes. Sin embargo, la experiencia local hizo que los dispositivos se fueran aproximando a **los principios y valores del cooperativismo y de la economía social y solidaria**. Pastore (2010) hace alusión a la economía social y solidaria en tanto experiencias e iniciativas socioeconómicas con una marcada finalidad social, que intentan dar respuestas a problemáticas como la pobreza, la exclusión social o la precariedad laboral, desde una perspectiva autogestiva, asociativa, cooperativa y solidaria. En este sentido, podemos asegurar que los emprendimientos de adolescentes constituyen iniciativas con

una finalidad social y sanitaria que intentan dar respuesta al problema de la vulnerabilidad y de la exclusión. Poseen una impronta solidaria y cooperativa, si bien no tienen como finalidad última la de constituirse en tanto cooperativas sociales.

Respecto de la población sujeto, podemos afirmar que **la cuestión adolescente** atraviesa a todas/os las/os participantes del dispositivo. La adolescencia constituye una etapa compleja del ciclo vital, caracterizada por la transición hacia la vida adulta. Representa un momento de grandes cambios, de exploración de intereses, de descubrimiento de capacidades y habilidades, de asunción de responsabilidades, de elección vocacional/ocupacional, de armado de proyectos futuros. En este sentido, los emprendimientos sociales proveen a las/os adolescentes un espacio seguro y de confianza donde poder experimentar, adquirir nuevos saberes, asumir diferentes roles, entre otras cuestiones.

Tal como se hubiera mencionado, el tiempo de permanencia de las/os adolescentes en el dispositivo se estima entre los seis y los veinticuatro meses. En los emprendimientos de adolescentes resulta fundamental **el carácter transitorio** ya que, como hemos dicho, la adolescencia misma constituye una etapa de transición hacia la vida adulta en la cual la experimentación se vuelve clave. El carácter transitorio del dispositivo permite, a su vez, la rotación de la población, el ingreso de nuevos jóvenes y la transmisión de saberes por parte de las/os adolescentes con mayor antigüedad.

El estudio puso en evidencia la importancia de **la heterogeneidad de los grupos**. Dicha heterogeneidad se liga a factores tales como: edad, sexo, identidad de género, lugar de residencia, nivel educativo, experiencia laboral, presencia o ausencia de sufrimiento mental. La investigación demuestra que la incorporación de población usuaria y no usuaria del sistema público de salud mental resulta una condición fundamental respecto de los procesos de inclusión. La misma favorece la participación social y permite abordar la problemática del estigma.

Promover **la continuidad de los cuidados** resulta un objetivo clave en usuarias/os que atraviesan esta etapa del ciclo vital. El período de tiempo que va entre los dieciocho y los veintinueve años de edad se vuelve especialmente importante ya que, varias instituciones de salud mental, dispositivos habitacionales y organismos de defensa de derechos destinados a niñas, niños y adolescentes, dejan de intervenir a partir de la mayoría de edad. El acompañamiento desde efectores de adolescentes hacia efectores de adultos implica necesariamente un trabajo mancomunado, el cual queda expresado en varios de los testimonios de las referentes del cuidado. Aquellas aseguran derivar estratégicamente a los emprendimientos sociales a sabiendas que en los dispositivos se garantizará el sostén de las y los adolescentes.

Durante el trabajo de investigación queda de manifiesto **el rol central de las/os referentes del cuidado**. La presencia de al menos un/a referente del cuidado que acompañe la participación del/la adolescente en los emprendimientos constituye uno de los criterios de inclusión al dispositivo. Estos últimos cumplen un rol fundamental y determinan, en muchas ocasiones, el éxito o el fracaso de las intervenciones.

Favorecer la habilitación/rehabilitación psicosocial y la inclusión socio educativo laboral constituye uno de los objetivos fundamentales del dispositivo. Promover la participación en ocupaciones significativas apuntando al logro del más alto nivel posible de autonomía representa un importante objetivo específico. Desde los emprendimientos se promueve la participación en las diferentes áreas ocupacionales dando prioridad a la educación, el trabajo y la participación social. Se abordan otras áreas como la gestión de la salud, la participación en actividades de la vida diaria y en actividades instrumentales de la vida diaria (AOTA, 2020). La educación constituye un Derecho Humano fundamental y es la ocupación por excelencia en esta etapa del ciclo vital. Promover el inicio, la continuidad y la terminalidad educativa, en los diferentes niveles y modalidades, resultan instancias claves. Los dispositivos procuran, asimismo, brindar herramientas para la inclusión laboral en cualquiera de sus formas. Las narrativas de adolescentes y referentes dan cuenta de la importancia de adquirir destrezas, responsabilidades y rutinas vinculadas con el área laboral. Los actores involucrados hablan de mejoras respecto de las condiciones de empleabilidad y describen a los emprendimientos como un primer acercamiento al mundo del trabajo.

Como parte de la investigación se indagó acerca de **la accesibilidad** en tanto vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Se detectó la presencia de algunas barreras, sobre todo geográficas, económicas y administrativas. Se puso en evidencia la escasa oferta de dispositivos de inclusión para adolescentes y los cupos limitados producto del recurso humano destinado a los emprendimientos.

Para finalizar con las particularidades del dispositivo, conviene mencionar que tanto el **cierre** como el **seguimiento** constituyen procesos cuidados. Los procesos de cierre se organizan en base a los proyectos terapéuticos singulares, acompañando a las/os adolescentes en la construcción de proyectos de vida. Respecto del seguimiento, el mismo se realiza por un plazo aproximado de seis meses. Adolescentes y referentes aseguran que los emprendimientos constituyen un espacio de referencia y un lugar donde se puede volver en cualquier momento.

Discusión

Si bien existen numerosos estudios relacionados con los emprendimientos sociales de salud mental, podemos afirmar que la tesis doctoral logra profundizar en el análisis de los dispositivos de adolescentes, recorriendo con exhaustividad sus

principales dimensiones e incorporando las políticas públicas y los marcos normativos más recientes.

La importancia de la evaluación y el monitoreo de programas y servicios de salud mental queda demostrada en la literatura. Sin embargo, ninguno de los estudios relevados dan cuenta del desarrollo de un modelo evaluativo aplicable a estos dispositivos y a otros con similares características. En ese sentido, la investigación viene a llenar un vacío, sumando una herramienta valiosa que procura mejorar la efectividad de los dispositivos y avanzar sobre los procesos de reforma.

Las ventajas de la evaluación interna, continua y participativa se mencionan durante el trabajo de investigación. El modelo elaborado promueve este tipo de evaluación como oportunidad para el desarrollo y fortalecimiento del dispositivo. Recuperar las voces y las perspectivas de los diferentes actores involucrados se considera un aspecto novedoso y redundante en un aporte relacionado con el estudio.

La investigación llevada a cabo permitió reformular los objetivos de los Emprendimientos de Adolescentes, instancia que carecía de antecedentes a pesar de los años de antigüedad del dispositivo. Posibilitó además establecer un conjunto de objetivos medibles u operacionalizables y desarrollar una serie de indicadores como principal herramienta para la evaluación y el monitoreo. El valor radica en que dichos indicadores han sido consensuados por las/os que efectivamente habrán de utilizarlos y constituyen un instrumento de diálogo y de generación de compromisos.

Resultan escasos los estudios que analizan los dispositivos desde la perspectiva micropolítica. Dicha perspectiva enriquece la mirada permitiendo abordar la producción del cuidado desde diferentes aristas. Asimismo, podemos aseverar que el análisis de los dispositivos a partir del enfoque comunitario de la Terapia Ocupacional, representa en un aporte de conocimientos para la disciplina en torno a prácticas situadas como son los Emprendimientos de Adolescentes del GCBA.

Para dar cierre a este artículo, podemos afirmar que el trabajo de tesis permitió abrir nuevas líneas de investigación, entre las que podemos mencionar: el impacto de tener tiempos acotados versus tiempos abiertos de tratamiento, la adherencia respecto de los servicios de salud mental de adultos, las trayectorias de las/os adolescentes luego de su paso por emprendimientos y la inclusión socio educativo laboral de acuerdo al perfil de las/os participantes. ■

[Recibido 15/4/2025 - Aprobado 09/06/2025]

Referencias:

Ardila, S. & Stolkiner, A. (2009). *Estrategias de evaluación de programas y servicios de atención comunitaria en salud mental: consideraciones metodológicas*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR,

- Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-020/210>
- Ardila, S. & Stolkiner, A. (2011). *Investigando sobre procesos de evaluación de programas de reinserción comunitaria de personas externadas de instituciones psiquiátricas*. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1 (1), 65-76. <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/revista/salud-mental-y-comunidad-nro-1>
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2020). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. Cuarta Edición. <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-burgos/la-terapia-ocupacional-en-los-trastornos-cognitivos/aota-2020-cuarta-edicion/17349125>
- Bang, C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. *Psicoperspectivas*, 13 (2), 109-120. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/399>
- Bustamante, V., Onocko-Campos, R., Andrade, A. & Dos Santos, C. (2020). *Indicadores para avaliação de Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção*. *SciELO Brasil, interface comunicação, saúde, educação*, 24, 1-16. <https://www.scielo.br/j/jicse/a/4TsC8cvR9K4CWnTK3Q7GWK/?lang=pt&format=pdf>
- Chapparo, C. & Ranka, J. (2005). *Theoretical Context en G.W.S. Occupation and practice in context*. Marrickville, Elsevier.
- De Leonardis, O., Mauri, D. & Rotelli, F. (1995). *La empresa social*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- De Souza Minayo, M.C., Goncalves de Assis, S. & Ramos de Souza, E. (2005). *Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales*. Buenos Aires, Lugar.
- Desviat, M. (2020). *Evolución histórica de la atención a la salud mental: Hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria*. *Educació Social, Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 17-45. https://www.atopos.es/images/evolucion_desviat.pdf
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). *Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental-2019.pdf>
- Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. *Milbank Memorial Fund Quart*, 44 (2), 166-206. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires, Lugar.
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park. Sage Publications.
- Ley 448 de 2000. Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 27 de Julio de 2000. B.O. N° 1022. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/8111>
- Ley 26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 25 de Noviembre de 2010. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-xos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Nabergoi, M., Rossi, L., Albino, A. F., Ortega, M. S., Venturini, Y. D., Itovich, F., Medina, L. N, López, M. L. & 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), 12-27. http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/index.php/rato_2022/article/view/87/87
- Nirenberg, O. (2006). *Participación de adolescentes en proyectos sociales. Aportes conceptuales y pautas para su evaluación*. Buenos Aires, Paidós.
- Onocko Campos, R. & Pereira Furtado, J. (2006). *Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde*. *Cadernos de Saúde Pública Rio de Janeiro*, 22 (5), 1053-1062. <https://www.scielo.br/j/csp/a/DgwpmYtRqJtNYWFmjfLMtmz/?format=pdf&lang=pt>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Sistemas de información de salud mental*. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/OPS%20%20SIST%20DE%20INFO%20de%20Salud%20Mental.pdf>
- Pastore, R. (2010). *Un panorama del resurgimiento de la economía social y solidaria en Argentina*. *Revista de Ciencias Sociales Universidad Nacional de Quilmes*, 2 (18), 47-74. https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/1497/04_RCS-18_dossier3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pereira Furtado, J., Onocko Campos, R., Badaró Moreira, M., Lavras Trapé, T. (2013). *A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental*. *Cadernos de Saúde Pública Rio de Janeiro*, 29 (1), 102-110. <https://www.scielo.br/j/csp/a/YZzMCwZ3jhPKQCdy8vcJSfP/?format=pdf&lang=pt>
- Resolución 757 de 2002. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Aprobación del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/22934>
- Resolución 893 de 2007. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Creación del Programa Emprendimientos Sociales. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/98753>
- Sirianni, M. (2011). *Descripción y análisis del Programa Integración Sociolaboral para Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, basado en la implementación del dispositivo de Empresa Social como estrategia de Salud Mental Comunitaria*. *Estudio de caso*. [Tesis de Maestría]. http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaSMC/Sirianni_M_Descripcion_2011.pdf
- Zango Martín, I. (2017). *Terapia Ocupacional Comunitaria*. Madrid, Síntesis.

Cómo citar este artículo:

Sirianni, M. (2025). Emprendimientos Sociales de Salud Mental de Adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Su evaluación como herramienta para la transformación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 11(1), 18-26.

Terapia Ocupacional y COVID-19: Modificaciones ambientales más frecuentes luego del alta. Estudio multicéntrico

Occupational Therapy and COVID-19: Most frequent environmental modifications for returning home. Multicenter study.

Nicole Nagelkop | Chiara Buzzelli | Melania Ron | Marcela Stefanolo | Paula Arias | Silvia Orellana | Natalia Cola Almeida | Mariana Mello

Nicole Nagelkop

Licenciada en Terapia Ocupacional. Actualmente se desempeña como Coordinadora del Área de Vida Independiente de la Dirección de Discapacidad de la Municipalidad de Vicente López. Asimismo, desarrolla actividades asistenciales enfocadas en el campo de la neurorehabilitación y se desempeña como docente universitaria.

nicolenagelkop@gmail.com

Chiara Buzzelli

Licenciada en Terapia Ocupacional. Actualmente se desempeña como terapeuta "Semisenior" en el área de ACV y TEC en el servicio de Terapia Ocupacional en Fleni, Escobar. Residencia terminada en Septiembre 2022 en dicha institución ORCID: 0000-0001-9524-1250.

cbuzzelli@fleni.org.ar

Melania Ron

Licenciada en Terapia Ocupacional desde 1995. Desde el año 2003 se desempeña como jefa del servicio de Terapia Ocupacional de Fleni. Se dedica al campo asistencial, investigación y gestión. En la actualidad es docente de carrera de grado y postgrado. Desde 2014 revisora de Brain Injury Editorial. Participó en proyectos internacionales para la OMS. ORCID: 0000-0003-0112-8850.

mron@fleni.org.ar

Marcela Stefanolo

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta ocupacional de planta desde 1992 en el Hospital de Rehabilitación "Manuel Rocca" GCBA. Docente de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Buenos Aires desde el año 2000.

marcelastefanolo@gmail.com

Paula Arias

Licenciada en Terapia Ocupacional. Jefa del servicio de Terapia Ocupacional de la Clínica Santa Catalina.

ariaspaulalucia@gmail.com

Resumen

El retorno al hogar puede presentar dificultades para pacientes post-COVID-19, especialmente cuando existen cambios en el nivel funcional de la persona como consecuencia de la inmovilización prolongada y la necesidad de ventilación mecánica. El objetivo del trabajo es describir las modificaciones ambientales más sugeridas por los terapeutas ocupacionales (TO) al momento del alta de pacientes post-COVID-19 e investigar su adherencia a las recomendaciones. Es un estudio observacional, prospectivo, transversal y multicéntrico. Se seleccionó una muestra por conveniencia. Los datos fueron recolectados en seis centros de rehabilitación en Argentina, al momento del alta de internación de pacientes post-COVID-19 mayores a 18 años (N=59). El 90% de la muestra regresó a la casa donde vivía previamente. Quienes no lo hicieron, reportaron la necesidad de asistencia o supervisión como la razón principal. Las modificaciones en el entorno social tuvieron el mayor impacto en la decisión del destino después del alta. Las modificaciones físicas estuvieron relacionadas principalmente con la seguridad en el baño. El 44% de las sugerencias no fueron llevadas a cabo y tampoco fueron percibidas como pendientes. En conclusión, los cambios en el contexto social tuvieron un mayor impacto que los del contexto físico en la elección del destino tras el alta hospitalaria. A pesar de que el abordaje sobre la accesibilidad en el hogar resultó una intervención pertinente en todos los casos, se observó falta de adherencia a las sugerencias en el 44% de la muestra. Futuras investigaciones son necesarias para identificar los factores que influyen en la misma.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, COVID-19, accesibilidad arquitectónica, rehabilitación neurológica.

Abstract

Returning home can present difficulties for post-COVID-19 patients, especially when there are changes in the persons functional level, as a consequence of prolonged immobilisation and the need for mechanical ventilation. The aim of the study is to describe the most suggested environmental modifications by occupational therapists (OT) at the time of discharge of post-COVID-19 patients and investigate their adherence to the recommendations. It is an observational, prospective, cross-sectional and multicenter study. The sample was selected by convenience. Data were collected from post-COVID-19 patients in six inpatient rehabilitation centers in Argentina, over 18 years of age, at the time of hospitalization discharge (N=59). 90% of the sample returned to the dwelling where they previously lived. Those who did not, reported the need for assistance or supervision as the main reason. Changes in the social environment had the greatest impact on the decision about the destination after discharge. The physical modifications were primarily related to bathroom safety. 44% of the suggestions were not carried out and were not perceived as pending. In conclusion, changes in the social context had a greater impact than those in the physical context on the choice of destination after hospital discharge. Although the approach to home accessibility was a relevant OT intervention in all cases, lack of adherence to the suggestions was observed in 44% of the sample. Future research is necessary to identify the factors that influence it.

Keywords: Occupational Therapy, COVID-19, architectural accessibility, neurological rehabilitation.

Silvia Orellana

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur "Dr. Juan O. Tesonerías".

silviaorellana@hotmail.com

Natalia Cola Almeida

Licenciada en Terapia ocupacional. Terapeuta ocupacional de planta de ALPI.

pgalmes@alpi.org.ar

Mariana Mello

Licenciada en Terapia Ocupacional. Instituto de Rehabilitación Psicosfísica.

mariana_mello@hotmail.com

Introducción

El coronavirus 2019 (COVID-19) es una patología infecciosa respiratoria aguda que ha sido catalogada como una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 11 de enero de 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2022). Esta enfermedad se manifiesta de diversas maneras, abarcando desde casos asintomáticos hasta síntomas como fatiga, dificultad para respirar, dolores musculares, infecciones respiratorias leves, neumonía viral grave e, incluso, casos fatales (Acosta Benito et al., 2020).

A nivel global, se han registrado más de 458 millones de casos de COVID-19 y más de 6 millones de personas han fallecido debido a esta enfermedad, según datos disponibles hasta el 15 de marzo de 2022. En Argentina, el impacto de la pandemia ha sido significativo, con aproximadamente 9 millones de casos confirmados y más de 125.000 muertes registradas hasta abril de 2022 (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

Al inicio de la pandemia, la elevada tasa de mortalidad y la falta de conocimiento sobre el tratamiento generaron una gran incertidumbre en la comunidad médica y en la población en general. Esto llevó a una movilización de recursos y servicios de atención médica para hacer frente a la fase aguda de la enfermedad. Sin embargo, a medida que se acumulaba experiencia en el tratamiento de la misma, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) subrayó la importancia de la rehabilitación en el contexto de la pandemia. Se reconoció que los pacientes que habían experimentado síntomas graves de COVID-19 requerirían rehabilitación debido a las secuelas de la inmovilización prolongada y la necesidad de ventilación mecánica (Organización Panamericana de la Salud, 2022b).

Se ha comprobado que las estadías prolongadas en unidades de cuidados intensivos y la necesidad de ventilación mecánica pueden ocasionar una serie de complicaciones entre las que se incluyen debilidad muscular severa, descondicionamiento físico, trastornos del sueño, fatiga extrema, déficit de memoria, ansiedad, depresión y estrés post-traumático (Thornton, 2020).

Dada la diversidad de condiciones clínicas, los profesionales de la salud y las instituciones debieron adaptarse para brindar una respuesta adecuada a las necesidades individuales de cada paciente. Los terapeutas ocupacionales (TOs) desempeñan un papel fundamental en el abordaje interdisciplinario, enfocándose en el impacto en el desempeño ocupacional a lo largo de las distintas etapas del tratamiento: internación aguda, internación en rehabilitación y reintegración a la comunidad.

En lo que respecta a la última etapa, el proceso de retorno al hogar después de una internación prolongada puede presentar desafíos significativos, especialmente cuando se producen cambios en el nivel funcional de la persona. Los TOs están capacitados para abordar este proceso y ofrecer asesoramiento al paciente y su familia. Su labor incluye la evaluación de las nuevas necesidades de la persona y la orientación en la reintegración a sus roles previos (Acosta Benito et al., 2020). Además, según lo establecido en la Ley Nacional de Ejercicio Profesional 27.051, los TOs también pueden proporcionar recomendaciones de modificaciones ambientales para adaptar los entornos en los que las personas se desempeñan (Ley de Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional, N° 27.051, 2014).

Las modificaciones ambientales son intervenciones realizadas en el contexto físico y social con el objetivo de aumentar la seguridad y promover la independencia en

el desempeño. El proceso de modificación del hogar incluye la evaluación de necesidades, la identificación de barreras físicas, la implementación de soluciones, la capacitación al paciente y a los cuidadores primarios, y la evaluación de los resultados de las modificaciones realizadas (Struckmeyer et al., 2021).

A pesar de la amplia literatura publicada sobre el COVID-19 entre el inicio de la pandemia en 2020 y fines del 2022, no hemos encontrado estudios que investiguen el impacto de las secuelas a largo plazo en el proceso de retorno al hogar.

Este estudio multicéntrico presenta datos extraídos de una investigación más amplia cuyo objetivo fue describir las modificaciones en el hogar sugeridas con mayor frecuencia a pacientes con daño neurológico adquirido.

En función del contexto sanitario global durante el período de recolección de datos (abril a noviembre de 2021), consideramos pertinente centrar el análisis en los casos de pacientes con secuelas de COVID-19. De este modo, se busca describir en detalle las modificaciones ambientales más frecuentemente sugeridas, así como aquellas que fueron efectivamente implementadas por esta población específica.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es describir las modificaciones ambientales sugeridas con mayor frecuencia por terapeutas ocupacionales a los pacientes post-COVID-19 en el proceso del alta hospitalaria; explorar la relación entre el nivel de independencia al alta y las modificaciones sugeridas; y estudiar la adherencia de los pacientes a las recomendaciones.

Método

Diseño

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal y multicéntrico.

Población y muestra

Se recogieron datos de pacientes con secuelas de COVID-19, mayores de 18 años, en el momento del alta de la rehabilitación hospitalaria entre abril y noviembre del 2021. Seis centros de rehabilitación, ubicados en Buenos Aires, participaron en este estudio. Tres de ellos pertenecen al sistema público y tres al privado.

Se seleccionó una muestra por conveniencia basada en los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes post-COVID-19, según diagnóstico médico.

- Pacientes en plan de alta de rehabilitación en modalidad de internación.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento de Terapia Ocupacional.
- Personas que hayan dado su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personas privadas de libertad
- Pacientes derivados a otro nivel de atención de salud.

Recolección de Datos

La información se obtuvo a partir de un cuestionario diseñado para este estudio en particular. En la planificación del cuestionario colaboraron TOs representantes de todas las instituciones participantes.

El cuestionario incluyó interrogantes acerca de datos demográficos, diagnóstico, evolución, estado funcional, grado de discapacidad, uso de dispositivos de apoyo para la marcha, modificaciones realizadas en el entorno físico de la vivienda, modificaciones realizadas en el entorno social, y nivel de satisfacción con la accesibilidad del hogar percibida (ver Apéndice I).

Para la evaluación del estado funcional de los participantes, se utilizó la Medida de Independencia Funcional (FIM, por sus siglas en inglés), administrada por la terapeuta ocupacional tratante al momento del alta. Esta herramienta permite cuantificar el nivel de asistencia requerido por una persona para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria. La escala de puntuación va de 1 a 7 para cada ítem, donde 1 representa “asistencia total” y 7 “independencia total”, con una puntuación total posible que varía entre 18 y 126 puntos. Un puntaje más bajo indica una mayor dependencia y necesidad de asistencia en el desempeño funcional.

Para obtener información específica sobre modificaciones ambientales se incluyó una lista de posibles reformas, elaborada por las TOs que participaron en el estudio. La creación de la misma se basó en su experiencia y conocimiento relacionado con las modificaciones en el hogar más sugeridas a los pacientes que reciben rehabilitación neurológica. Se recabó información sobre las modificaciones sugeridas, pendientes y efectuadas por el paciente y/o su entorno familiar al momento del alta (Apéndice I).

La OMS define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a las recomendaciones acordadas con un prestador de servicios de salud. Ortega Cerdà et al. (2018) amplían esta definición al considerar que la adherencia implica una responsabilidad compartida entre el profesional sanitario y el paciente, en tanto se basa en acuerdos mutuos sobre el tratamiento o las indicaciones a seguir.

En este estudio, el grado de adherencia a las recomendaciones realizadas se evaluó mediante la comparación entre las modificaciones domiciliarias sugeridas por las TOs y aquellas efectivamente implementadas al momento del alta, o bien consideradas como pendientes por el/la paciente y/o su familia en esa misma instancia.

La encuesta fue administrada durante la semana previa al alta por la terapeuta ocupacional a cargo del tratamiento. Se confeccionó a través de Google Forms y la información fue proporcionada por el/la paciente, un familiar o la profesional de Terapia Ocupacional, según el caso. Los datos fueron recolectados desde abril hasta noviembre del 2021.

La investigación fue aprobada por el comité de ética de todas las instituciones incluidas en el estudio. Todos los pacientes han firmado un consentimiento informado para participar en este trabajo.

Análisis de datos

Se empleó estadística descriptiva para el análisis inicial de los datos recopilados. Los datos cuantitativos fueron ingresados y procesados utilizando hojas de cálculo de Microsoft Excel.

Para evaluar la existencia de asociaciones significativas entre el número de modificaciones ambientales sugeridas y variables predictoras, se aplicó la prueba de chi-cuadrado, considerando un nivel de significancia de $p \leq 0,05$. Las variables analizadas incluyeron: edad, nivel funcional según la puntuación total en la escala FIM, puntuaciones obtenidas en sus subescalas, tipo de vivienda y necesidad de dispositivos de asistencia para la marcha.

Resultados

Se recolectó información de 59 pacientes. El 73% de las encuestas fueron completadas por los pacientes, mientras que el 27% fueron respondidas por las TOs a cargo del tratamiento. Además, la muestra incluyó pacientes únicamente de tres de los seis centros de rehabilitación participantes, todas entidades privadas debido a que no se registraron altas en las entidades públicas participantes durante el período de recolección de datos.

Los datos demográficos de la muestra se presentan en la Tabla 1. La edad de los participantes osciló entre 25 y 85 años. El 69,5 % de los casos se concentró en el grupo etario de 55 a 80 años, con una mayor prevalencia en el rango de 60 a 69 años (35,6 %). En cuanto al sexo, el 73 % de los participantes eran hombres.

Apéndice I

Accesibilidad a la vivienda en personas con discapacidad neurológica adquirida: Características del entorno y modificaciones ambientales implementadas. Estudio multicéntrico.

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. ¿Quién brinda los datos para completar el cuestionario? *

Marca solo un óvalo.

☐ Paciente

☐ Familiar

☐ Otros: _____

Centro de Rehabilitación

2. Seleccione institución de pertenencia *

Marca solo un óvalo.

☐ FLENI

☐ ALPI

☐ Clínica Santa Catalina

☐ IREP

☐ Hospital Rocca

☐ INAREPS

Tabla 1. Información demográfica (N= 59)

Edad (rango)		25 - 85 años
Sexo (n, %)	Masculino	43, 72.9%
	Femenino	16, 27.1%
Tiempo de evolución (rango)		0 - 6 meses
Fuente de ingresos (n, %)	Autónomo	22, 37.3%
	Empleado	19, 32.2%
	Jubilado	11, 18.6%
	Trabajo informal	2, 3.4%
	Desempleado	5, 8.5%
Certificado Único de Discapacidad (n, %)	Tramitado	3, 5.1%
	No tramitado	56, 94.9%

Todos los participantes se encontraban dentro de los primeros seis meses de evolución posterior al cuadro agudo. Según la clasificación propuesta por Liang (2020), basada en los

criterios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zhejiang, los casos de esta muestra se encuadran predominantemente en las categorías de “graves” y “críticos”, en función de la sintomatología presentada y la necesidad de internación en centros de rehabilitación.

Desde el área de trabajo social de las instituciones intervinientes se recomendó a todos los pacientes iniciar el trámite del Certificado Único de Discapacidad (CUD), con el objetivo de garantizar la continuidad de los tratamientos de rehabilitación una vez finalizada la internación. No obstante, al momento del alta, solo el 5 % había concretado dicho trámite.

En relación con la fuente principal de ingresos, el 37,3 % de los participantes se desempeñaba como trabajador autónomo, el 32,2 % tenía empleo en relación de dependencia, el 18,6 % recibía una pensión y el 11,9 % se encontraba desempleado o tenía empleo informal.

En cuanto a la distribución geográfica, el 61 % de los participantes residía en la provincia de Buenos Aires, mientras que el 37 % vivía en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Solo un caso correspondía a una provincia distinta, Tierra del Fuego.

Respecto a la tenencia de la vivienda, el 86,4 % de los encuestados habitaba una vivienda propia. En relación con el tipo de vivienda, el 57,6 % residía en una casa, el 37,3 % en un departamento, el 3,4 % en una propiedad horizontal (PH) y el 1,7 % en una pensión.

La totalidad de los participantes habitaba en áreas urbanas con calles pavimentadas.

El 90% de los pacientes encuestados informó que regresaría a su lugar de residencia habitual después de recibir el alta médica. Aquellos que no lo hicieron, indicaron diversas razones, siendo las principales: necesidad de asistencia (83%), necesidad de supervisión (50%), requerimiento de apoyo emocional (33%) y requerimiento logístico relacionado al tratamiento ambulatorio (17%).

Los TOs evaluaron la accesibilidad a la vivienda según los protocolos habituales de cada institución. Se utilizaron cuestionarios escritos (72,9%), planos arquitectónicos (33,9%), entrevistas no estructuradas (27,11%), registros fotográficos (25,4%) y entrevistas telefónicas a familiares (1,7%). El 83% de las evaluaciones se realizaron dentro de las cuatro semanas previas al alta.

Con respecto al nivel funcional al momento del alta, se observó una mediana del puntaje total del FIM de 112 puntos sobre un total de 126. A pesar de ser un puntaje que indica altos niveles de independencia, es relevante resaltar que el 39% de los participantes requería supervisión en al menos una de las actividades evaluadas y el 66% requería asistencia para el desempeño. El 71% de ellos lo recibe de

su entorno social habitual (familiares, amigos o empleados con los que contaban previamente), mientras que el 12% ha incorporado un asistente externo a partir del momento de la externación.

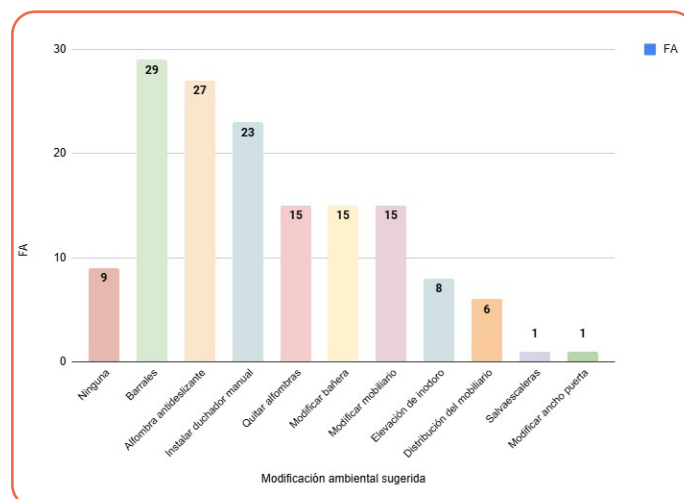
No se encontró correlación estadísticamente significativa entre la puntuación FIM y el número de sugerencias sobre accesibilidad. Tampoco se observó relación con las puntuaciones de las subescalas de locomoción y transferencia.

En cuanto a los productos de asistencia, el 59,3% de la muestra no utiliza ningún dispositivo de asistencia para caminar al momento del alta, el 32,2% regresa a casa utilizando un andador y el 8,5% requiere bastón.

En cuanto a la percepción de accesibilidad dentro del hogar por parte del paciente, el 85% de la muestra refirió no tener dificultades en el acceso a ningún espacio de su hogar. Por otro lado, el 8% refiere tener limitaciones para entrar, moverse o realizar actividades en el baño y el 5% en su habitación.

Respecto a las modificaciones ambientales sugeridas, la distribución de la frecuencia absoluta de las sugerencias se encuentra representada en la Figura 1. La mayoría de las sugerencias se encuentran relacionadas al espacio del baño (incorporación de alfombra antideslizante, instalación de barrales, instalación de duchador manual y modificación de la bañera).

Figura 1. Distribución de la frecuencia absoluta de las modificaciones ambientales sugeridas (n= 140)

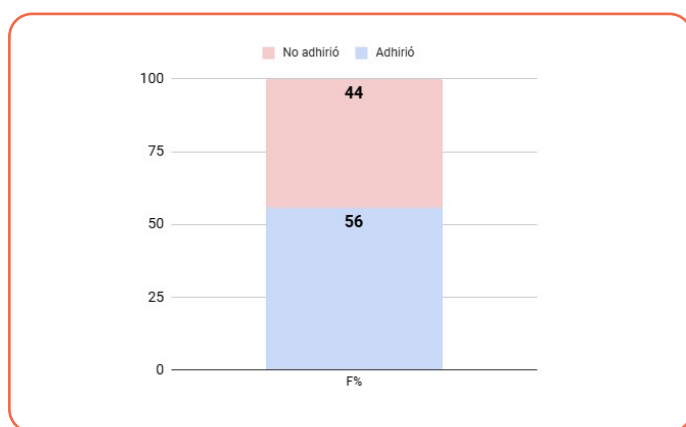


El 85% de los pacientes ha recibido al menos una sugerencia de modificación ambiental por parte de la terapeuta ocupacional. El total de modificaciones ambientales sugeridas es de 140. La modificación ambiental más sugerida entre aquellos pacientes que no requirieron el uso de dispositivos de asistencia para caminar fue la colocación de barrales en el espacio de ducha o bañera (44%). Asimismo, a esta población se le sugirió la incorporación de antideslizantes en la ducha (38%) y la modificación de la ducha/bañera (35%). Además, se reco-

mendó la modificación o incorporación del mobiliario y quitar alfombras como modificación de los pisos (21%).

Al momento del alta, sólo 54 de las sugerencias fueron efectivamente realizadas y 24 de las modificaciones restantes fueron consideradas pendientes por los participantes. Es decir, existe un total de 62 sugerencias (44%) que no fueron efectuadas y tampoco consideradas como pendientes, por lo que se interpreta que los pacientes no han adherido a la indicación realizada (Figura 2). Aquellos pacientes que refieren tener reformas pendientes afirman que se debe a la falta de tiempo entre la recepción de las sugerencias y el momento del alta (50%) o las preferencias del paciente y familiares (33%).

Figura 2. Distribución porcentual de la adherencia a las sugerencias realizadas sobre modificaciones ambientales (N=140)



En cuanto al nivel de satisfacción con la accesibilidad de su vivienda, evaluado con una escala del 1 al 5, el 97% de los participantes refiere sentirse muy satisfecho (4) y totalmente satisfecho (5).

Discusión

Este trabajo describe las modificaciones ambientales sugeridas y realizadas por pacientes con secuelas de COVID-19 al alta de su internación en un centro de rehabilitación.

En cuanto a las características demográficas de la muestra, la mayoría de los participantes son hombres, lo que coincide con las tendencias observadas en la literatura (Khan et al., 2020). Sin embargo, a diferencia de otros estudios que aseguran que el mayor número de contagios se dan en la población joven (Jin et al., 2020), el 69,5% de la muestra se concentra en el rango de edad de 55 a 80 años. Esta discrepancia puede deberse a que la gravedad de los síntomas mantiene una relación directamente proporcional con la edad, por lo que son las personas mayores quienes presentan secuelas más complejas y requieren rehabilitación con modalidad de internación (Cortis, 2020). En concordancia,

la OPS informó un mayor riesgo de enfermar gravemente en personas mayores (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Los datos obtenidos provienen de entidades privadas. Las instituciones públicas informaron que no se registraron altas durante el período de recopilación de datos. Esto podría explicarse por la tendencia a estadías más prolongadas en las instituciones públicas debido a factores relacionados con la vivienda y aspectos legales de los usuarios.

El 95% de los pacientes no tramitó el CUD al momento del alta. Esto podría estar relacionado con la especulación por parte de las familias de que las dificultades actuales serían transitorias, ante el desconocimiento de las secuelas a largo plazo.

En relación con la elección del lugar de destino posterior al alta, los datos recolectados indican que las necesidades vinculadas a modificaciones en el entorno social resultaron más determinantes que aquellas relacionadas con el entorno físico. En los casos en que los pacientes no regresaron a su vivienda habitual, la decisión estuvo motivada principalmente por la necesidad de apoyo o supervisión en el desempeño de las actividades de la vida diaria, así como por la demanda de sostén emocional.

La minoría de los pacientes consultados ha incorporado cuidadores externos, lo cual coincide con lo planteado por Bernabe-Ortiz et al. (2015). Dichos autores afirman que en la gran mayoría de los casos, el rol de cuidador principal de personas con deterioro neurológico lo asume un miembro de la familia, modificando las relaciones interpersonales dentro del hogar.

Respecto a las modificaciones ambientales del entorno físico, las sugerencias se relacionan principalmente con la seguridad en el baño. Esta tendencia coincide con el informe de Struckmeyer en el que realizaron una revisión sistemática de los ambientes más modificados en términos de accesibilidad en personas con discapacidad y encontraron una gran preponderancia en las modificaciones en el baño (Struckmeyer et al., 2020). El enfoque en este contexto físico puede estar relacionado con su importancia en el desempeño de las actividades diarias de autocuidado, y con la necesaria interacción entre la persona y el entorno. En cambio, en espacios como la sala de estar o el dormitorio se suelen realizar actividades que requieren menos intercambio con el contexto físico. A su vez, las modificaciones sugeridas en el baño, implican la incorporación de accesorios de seguridad por lo que no son modificaciones estructurales que requerirían procesos más complejos. Estas características probablemente estén relacionadas con la alta adherencia que presentaron los pacientes a los cambios sugeridos en dicho ambiente.

En relación al número de sugerencias de modificaciones y a los predictores que se han hipotetizado (edad, nivel funcional según la escala FIM, puntuaciones en las subescalas FIM, tipo de vivienda, necesidad de dispositivos de asistencia para caminar), no se encontró evidencia de relación significativa. Esto podría deberse a la naturaleza multifactorial de las modificaciones ambientales sugeridas.

En cuanto a los ítems evaluados por la escala FIM, las transferencias y la locomoción fueron las actividades más comprometidas en la funcionalidad de los pacientes al alta. Si bien la puntuación de la escala FIM y sus subescalas no se correlacionan con el número de sugerencias dadas, sí podrían estar relacionadas con el tipo de modificaciones. Como se mencionó anteriormente, las recomendaciones más frecuentes son aquellas que brindan seguridad en la movilidad y desempeño del paciente. El impacto de las secuelas en las transferencias y locomoción implica una disminución de la seguridad durante la realización de las actividades diarias. Por lo tanto, es necesario adaptar el entorno para compensar la limitación funcional de la persona.

Al estudiar la percepción de los pacientes sobre la accesibilidad dentro de su domicilio, la mayoría refirió que no tendría dificultades para acceder a ninguna habitación. Una limitación relevante en la objetividad de dicho informe es que ningún paciente había tenido la posibilidad de realizar visitas temporales a su domicilio, por lo que no habían experimentado el ingreso a su casa con su nueva condición funcional.

Al comparar las sugerencias y las modificaciones efectivamente realizadas, el 44% de las recomendaciones no habían sido realizadas y no eran percibidas como “pendientes” por los encuestados, por lo que se entiende que no eran consideradas necesarias por el paciente y/o su familia. Esta cifra puede ser alarmante ya que se traduce en la falta de adherencia a lo indicado por los profesionales. Struckmeyer sostiene que una de las variables que influyen en la realización de cambios en el entorno físico es el costo económico (Struckmeyer et al., 2020). Asimismo, menciona que la estética de los accesorios sugeridos suele asociarse a entornos hospitalarios. Sin embargo, estas razones no fueron especificadas en la muestra de este trabajo. Aquellos pacientes que reportaron tener reformas pendientes informaron que las causas radican en la falta de tiempo entre la recepción de las sugerencias y el momento del alta o las preferencias del paciente y familiares. La falta de tiempo podría deberse a las restricciones de movilidad de los familiares durante la cuarentena determinada por el gobierno nacional y a que la mayoría de ellos se encontraban acompañando a sus familiares en el centro de rehabilitación, por lo que no podían hacerse cargo de realizar las modificaciones sugeridas.

Debido al elevado número de sugerencias no abordadas, es fundamental reflexionar sobre cuánto se incluye al paciente y a la familia en el proceso de relevamiento de barreras físicas y la posterior recomendación de modificaciones ambientales. Se ha reportado la importancia del contexto social como facilitador o barrera en la adquisición de productos de apoyo y adaptaciones ambientales, así como la percepción del paciente sobre la utilidad del producto (Scherer et al., 2007; Holden & Karsh, 2010). Otro factor relevante es el impacto emocional que las reformas tienen en los habitantes del hogar (Struckmeyer et al., 2021). Esto nos invita a reflexionar sobre cuánto se considera la dimensión emocional y temporal en el proceso de sugerencia de modificaciones. Abordar estos aspectos puede tener un impacto decisivo en términos de adherencia a lo indicado ya que permite a las personas reconocer y expresar lo que les genera tener que modificar el entorno en el que viven.

Por otra parte, el contexto histórico en el que se realizó este estudio también puede ser un factor influyente en la falta de adherencia observada. La pandemia, y principalmente el aislamiento social, pueden haber generado miedo o rechazo a incorporar personas ajenas al núcleo familiar para trabajar en las reformas sugeridas.

Finalmente, son necesarias investigaciones futuras para identificar los factores que determinan la adherencia a las sugerencias, especialmente la participación del paciente en el proceso de planificación y ejecución de reformas ambientales.

Entendiendo el desconocimiento de los efectos a largo plazo de la enfermedad y la pronta recuperación, se considera necesario realizar futuras investigaciones sobre la relación entre la adherencia a sugerencias sobre modificaciones ambientales y la percepción de la duración de las secuelas por parte de los pacientes.

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones identificadas en el diseño del estudio radica en la falta de información específica sobre la evolución de los pacientes y su estancia en la internación aguda. Asimismo, la carga de datos fue realizada por muchas TOs diferentes, lo que podría reducir la confiabilidad de los datos obtenidos. ■

[Recibido 01/11/2025 - Aprobado 25/06/2025]

Referencias:

Acosta Benito, M., Ariza Vega, M. P., Arribas Pérez, A. M., Blázquez Talavera, V., Fernández Huete, J., Gómez Calero, C., Herrera Gálvez, D., Incio González, M. J., Lastres Paredes, A., Martín del Cañizo, M., Martínez Monge, N., Martínez Zujeros, S., Moreno Ramírez,

- M. P., Muñoz Valverde, M. V., Pérez Corrales, J., & Sancho Castiello, C. (2020). Guía clínica de intervención de terapia ocupacional en pacientes con COVID-19. Colegio Profesional De Terapeutas Ocupacionales De La Comunidad De Madrid. <https://coptocam.org/wp-content/uploads/2020/05/Gu%C3%ADa-cl%C3%ADnica-de-TO-covid-19-.pdf>
- Bernabe-Ortiz, A., Díez-Canseco, F., Vásquez, A. & Miranda, J. J. (2015). Disability, caregiver's dependency and patterns of access to rehabilitation care: results from a national representative study in Peru. *Disability and Rehabilitation*, 38(6), 582–588. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1051246>
- Cortis, D. (2020). On Determining the Age Distribution of COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00202>
- Almeida Villamil, A., Campillo, E., Flores, M., Mora, D., Moyón, F., Mármol, M. & Quintamar, A. (2020). Manual de prevención y tratamiento del COVID-19. Facultad de Medicina de la Universidad de Zhejiang.
- Holden, R. J. & Karsh, B.-T. (2010). The technology acceptance model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics*, 43(1), 159–172. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2009.07.002>
- Ejercicio de la profesión de terapeutas ocupacionales, terapeutas ocupacionales y licenciados en terapia ocupacional, (2014). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27051-240572/texto>
- Jin, J. M., Bai, P., He, W., Wu, F., Liu, X. F., Han, D. M., Liu, S. & Yang, J. K. (2020). Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality. *Frontiers in Public Health*, 8(152). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00152>
- Khan, M., Khan, H., Khan, S. & Nawaz, M. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of coronavirus disease (COVID-19) cases at a screening clinic during the early outbreak period: a single-centre study. *Journal of Medical Microbiology*, 69(8), 1114–1123. <https://doi.org/10.1099/jmm.0.001231>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022, April 12). Información epidemiológica. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard. World Health Organization. <https://covid19.who.int/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022a). COVID-19 y comorbilidades en las Américas. Paho.org. <http://www.paho.org/coronavirus>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022b). Guía para el cuidado crítico de pacientes adultos graves con Coronavirus (covid-19) en las Américas. Paho.org. <http://www.paho.org/coronavirus>
- Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, O. A. & Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226–232.
- Scherer, M., Jutai, J., Fuhrer, M., Demers, L. & Deruyter, F. (2007). A framework for modelling the selection of assistive technology devices (ATDs). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 2(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/17483100600845414>
- Struckmeyer, L. R., Campbell, N., Ellison, C., Ahrentzen, S. & Classen, S. (2021). Home modifications and repurposing: perspectives on the accessibility, affordability, and attractiveness. *Disability and Rehabilitation*, 44(17), 4619–4628. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1910866>
- Struckmeyer, L., Morgan-Daniel, J., Ahrentzen, S. & Ellison, C. (2020). Home Modification Assessments for Accessibility and Aesthetics: A Rapid Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 14(2), 313–327. <https://doi.org/10.1177/1937586720960704>
- Thornton, J. (2020). Covid-19: the challenge of patient rehabilitation after intensive care. *BMJ*, m1787. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1787>

Cómo citar este artículo:

Nagelkop, N., Buzzelli, C., Ron, M., Stefanolo, M. Arias, P., Orellana, S., Cola Almeida, N. y Mello, M. (2025). Terapia Ocupacional y COVID-19: Modificaciones ambientales más frecuentes luego del alta. Estudio multicéntrico. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 11(1), 27–34.

Terapia Ocupacional y COVID-19: una revisión de la producción de conocimiento durante el período 2020-2024 desde América Latina en clave socio-histórica y disciplinar

Occupational Therapy and COVID-19: a socio-historical and disciplinary study of the production of knowledge between 2020 and 2024 in Latin America

María Belén Martino

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Diplomada en Salud Mental y Derechos Humanos, Universidad Nacional de José C. Paz. Ex jefa de residentes del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear". Actualmente trabajando en el Hospital "Braulio A. Moyano".

belen.martino89@gmail.com

María Belén Martino

Resumen

La presente revisión bibliográfica de artículos académicos de revistas científicas latinoamericanas de terapia ocupacional pretende conocer los aportes teóricos, relatos de experiencia y testimonios de terapeutas ocupacionales que se encuentren publicados durante el período 2020-2024, en torno a ciertos ejes de análisis 1) las políticas sanitarias y servicios de salud en América Latina; 2) los expertos y agentes de la salud de cada país; 3) las reacciones de la sociedad civil y de los Estados latinoamericanos; 4) las nuevas formas de trabajo en el sector salud en general; y 5) el ejercicio de la terapia ocupacional en contexto de pandemia por COVID-19. Los principales hallazgos de la revisión indican que: la pandemia por coronavirus profundizó las desigualdades sociales preexistentes en nuestra región; la excepcionalidad y la emergencia repercutieron profundamente en el cotidiano de la población en general y de los y las profesionales; y la pandemia permitió el resurgimiento de la falsa dicotomía entre salud y economía.

Palabras clave: pandemia, Terapia Ocupacional, COVID-19.

Abstract

This study reviews the literature on theoretical contributions, narrative of experience and statements from occupational therapists that were published in Latin American occupational therapy journals between 2020 and 2024 on specific axes of analysis: 1) health policies and services in Latin America; 2) health experts and health care agents in Latin American countries; 3) civil society and Latin American governments response to the pandemic; 4) new ways of working in the health sector and 5) the practice of occupational therapy in the context of the COVID-19 pandemic. The main findings from this research are: the Covid pandemic exacerbated preexisting social inequalities in the region; the state of exception and emergency deeply affected the general population and health professionals' everyday life; and the pandemic led to a resurgence of the false dichotomy between health and economy.

Keywords: epanemic, Occupational Therapy, COVID-19.

Introducción

La siguiente revisión bibliográfica se realiza en el marco del seminario Historia contemporánea: las pandemias entre los siglos XIX y XXI, y tiene por objetivo conocer los aportes teóricos, relatos de experiencia y testimonios de terapeutas ocupacionales publicados en revistas científicas de la disciplina durante el período 2020-2024, en torno a determinados ejes de análisis.

Teniendo en cuenta que la Terapia Ocupacional en nuestro país fue convocada hacia fines de la década de 1950 a partir de la necesidad de disponer de recursos humanos capacitados en la rehabilitación de las personas con secuelas de polio-mielitis (Nabergoi, 2022, p.27), es que se afirma que desde los inicios se ha conformado como un área de conocimiento y praxis íntimamente ligada a los procesos de cuidado y recuperación de la salud y a escenarios complejos en materia de salud-enfermedad-atención. Desde este punto de partida, resulta necesario revisar dentro de la bibliografía cuáles son los aportes en relación al trabajo realizado por las colegas en el marco de la pandemia de COVID-19 en nuestra región.

Como se conoce, en el 2020 el amplio espectro de los profesionales de la salud se vio interpelado por advenimiento y rápido avance de la pandemia de COVID-19, imponiendo la obligación de reorganizar los servicios de salud, organigramas profesionales, prestaciones y modalidades de atención para intentar garantizar el acceso a los cuidados de forma segura. Con la intención de sistematizar el conocimiento en el área, se intentará responder al interrogante ¿cuáles son los aportes teóricos, relatos de experiencia y testimonios de terapeutas ocupacionales que se encuentran publicados en revistas científicas de la disciplina durante el período 2020-2024? Para sistematizar la información obtenida, se utilizarán los siguientes ejes de análisis: 1) las políticas sanitarias y servicios de salud en América Latina; 2) los expertos y agentes de la salud de cada país; 3) las reacciones de la sociedad civil y de los Estados latinoamericanos; 4) las nuevas formas de trabajo en el sector salud en general; y 5) el ejercicio de la Terapia Ocupacional en contexto de pandemia por COVID-19.

La pandemia bajo la mirada de las Ciencias Sociales

La pandemia por Coronavirus generó un escenario de crisis marcado por la incertidumbre y la excepcionalidad, y la complejidad de este proceso se vio reflejado en las respuestas adoptadas por cada Estado, en simultáneo al avance de la comprensión de la nueva dinámica de los procesos de salud-enfermedad-atención. En consecuencia, las medidas adoptadas por los gobiernos y políticas públicas implementadas variaron enormemente entre los distintos países y regiones (Bottinelli, 2023, p. 244).

Nercesian et al. (2021) realizan un estudio de análisis comparativo que supone que el comportamiento de la pandemia y

las medidas sociosanitarias adoptadas en distintos países de Latinoamérica fueron el resultado de una combinación de factores de coyuntura, como el perfil de los gobiernos y las élites estatales, y elementos estructurales, como las capacidades de los Estados, las características sociodemográficas y los índices de desarrollo humano (p. 65). Los autores, refieren que, desde un punto de vista histórico, las pandemias han tenido un rol determinante en etapas claves del desarrollo humano como los procesos de conquista y colonización, el transcurso de los diferentes ciclos económicos del capitalismo, las transformaciones de los sistemas y políticas públicas de salud, los determinantes sociales de la salud y el impacto de las enfermedades en los procesos de salud-atención, especialmente de los sectores desfavorecidos. Partiendo de esta afirmación, resulta relevante rescatar y caracterizar los conocimientos generados desde múltiples áreas del conocimiento e intentar delinear el rol que las disciplinas han adoptado en situaciones críticas.

El estudio de las políticas públicas en materia de salud, desde un enfoque amplio, permite a los autores mencionados realizar un agrupamiento en relación a la postura adoptada por distintos países en cuanto al ordenamiento de las necesidades, la agenda política y las condiciones socio-históricas previas a la pandemia. En este sentido, existe un grupo de países caracterizados por su posicionamiento negacionista (Brasil y México), otros países de tinte gradualista (Chile y Colombia) y Estados estrictos en el manejo de la pandemia (Argentina y Perú) (p. 68).

Como estrategia general, el tratamiento de la pandemia se desarrolló en tres momentos: una primera etapa de incertidumbre y desconocimiento en la que se adoptaron políticas de cuarentenas, reducción de la circulación y medidas de cuidado; una segunda etapa de mayor conocimiento que permitió mejorar las estrategias de afrontamiento con, por ejemplo, testeos, formas de tratamiento de la enfermedad y medidas de salubridad de mayor alcance; y una tercera etapa iniciada con la aparición de las vacunas, centrada en la fabricación, compra y distribución de las mismas (p. 69).

Si bien en el análisis de las publicaciones se trabajarán escritos específicos de Terapia Ocupacional publicados en revistas científicas de Argentina, Colombia, Brasil y Chile, resulta interesante, como aproximación general, mencionar algunas apreciaciones acerca del manejo de la pandemia en América Latina desde el punto de vista de las Ciencias Sociales.

Agostoni et al. (2023) afirman que la pandemia por coronavirus en la región profundizó las desigualdades sociales preexistentes, puso al descubierto las dificultades de los Estados para dar respuestas asertivas ante la emergencia, evidenció las profundas inequidades entre los países con mayores recursos y los más carentes y suscitó profundas discusiones en relación

al tratamiento de las enfermedades, las estrategias de promoción y prevención y el funcionamiento en general de los sistemas sanitarios. Como ha sucedido en los diversos momentos históricos en los que la enfermedad se convirtió en un asunto de interés global, la ciencia y la política se trenzaron en discusiones que contribuyeron a dividir aún más las sociedades agrietadas (p.1) y los sistemas de salud endeble alcanzaron un estado de máxima tensión.

Si bien el acceso a la salud es reconocido por la inmensa mayoría de los países latinoamericanos como un derecho y son los Estados nacionales los responsables de operacionalizar, implementar y efectivizar políticas públicas que den respuesta a las necesidades de la población en la materia (Bottinelli, 2023, p. 242), en nuestro territorio hemos sido espectadores de escenarios dramáticos como el abandono de enfermos y cadáveres en Ecuador, entierros masivos en Brasil, hospitales colapsados y escasez de recursos en la mayoría de los países, la glorificación de remedios mágicos pero ineficaces (incluso en televisión abierta en la Argentina), la corrupción en la adquisición y distribución de vacunas, por sólo mencionar algunos de los escenarios. Durante el 2020 y 2021, se puso en total evidencia la situación de precariedad de los sistemas de salud y protección social latinoamericanos: siendo una región con marcada desigualdad y biomédicamente dependiente, albergó el mayor porcentaje de infectados en relación con la población global (Agostoni et al., 2023, p. 2).

Desde el punto de vista de la práctica de la Terapia Ocupacional, la excepcionalidad y la emergencia repercutieron rápidamente en el cotidiano de la población en general y de los y las profesionales que se desempeñan en el área. Las medidas de cuidado, los aislamientos, la restricción de la circulación, el entorpecimiento de la comunicación, la imposibilidad de asistir a espacios de trabajo y/o aprendizaje, entre otros, impactaron profundamente en la vivencia del cotidiano de personas y comunidades, convirtiéndose en una problemática de interés disciplinar.

Albino et al. (2020), refieren que el cambio radical en los modos de realizar rutinas y actividades cotidianas derivado del acatamiento de las medidas de cuidado implementadas por el Estado, trajo consigo repercusiones tanto positivas como negativas. Permanecer en casa más tiempo en algunos casos permitió flexibilizar el ritmo de las actividades, aumentar el tiempo compartido con seres queridos y explorar el ejercicio de actividades de interés postergadas, pero también aumentar la sobrecarga ocupacional. Los modos de hacer se modificaron rotundamente y la virtualidad adoptó un papel central (p.3) que persiste hasta el presente en diversos ámbitos como el trabajo y la educación a distancia. Sin embargo, en los inicios, surgieron inconvenientes de todo tipo: problemas en la conectividad, resistencia de los empleadores al reconocimiento del teletrabajo, falta de insumos y elementos de trabajo necesarios, entre otros.

De lo antedicho se desprende la necesidad de continuar indagando en la producción de conocimiento de la Terapia Ocupacional, desde una perspectiva situada, con el objetivo de contribuir a las múltiples lecturas de las Ciencias Sociales acerca de la pandemia de Coronavirus en América Latina.

Metodología

La búsqueda bibliográfica se realiza de forma exhaustiva utilizando como criterios de inclusión que los artículos estén publicados en revistas científicas de Terapia Ocupacional de América Latina, y que la fecha de publicación de los artículos se encuentre comprendida entre marzo del 2020, momento en el cual la Organización Mundial de la Salud determina en su evaluación que la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia, hasta junio de 2024.

Teniendo en cuenta estos criterios, se realiza la búsqueda en los portales web de las revistas utilizando los términos COVID-19, pandemia y emergencia, y se extraen los artículos que contienen dichos términos en el título, resumen y/o cuerpo.

Las revistas revisadas para este trabajo fueron: Revista Argentina de Terapia Ocupacional, Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Revista Colombiana de Terapia Ocupacional, Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo y Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional¹. Tras la búsqueda utilizando los términos mencionados, se prosiguió a una lectura en profundidad de los textos disponibles y a la selección de documentos relevantes acorde a los ejes de análisis propuestos. Se decidió excluir de la muestra los textos que se ocupan de temas específicos como categorías diagnósticas o etapas del ciclo vital (por ejemplo, experiencias de trabajo con niños con TEA o problemáticas de la vejez), así como también se excluyeron escritos relacionados con abordajes de casos o relatos de experiencia en el marco del sistema educativo y/o problemáticas relacionadas con la formación profesional.

Se realizó una selección de textos de interés a los fines de este escrito, con el requerimiento de que aborden por lo menos cuatro de los siguientes ejes: 1) las políticas sanitarias y servicios de salud en América Latina; 2) los expertos y agentes de

1 Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional
<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br>

Revista Argentina de Terapia Ocupacional
<http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar>

Revista Chilena de Terapia Ocupacional
<http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl>

Revista Colombiana de Terapia Ocupacional
<https://www.revistaocupacionhumana.org>

Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional
<https://revistas.ufrj.br>

Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo
<https://www.revistas.usp.br>

la salud de cada país; 3) las reacciones de la sociedad civil y de los Estados latinoamericanos; 4) las nuevas formas de trabajo en el sector salud; y 5) el ejercicio de la Terapia Ocupacional en contexto de pandemia por COVID-19.

Como resultado final de la revisión, se seleccionaron diez publicaciones de interés: tres textos publicados en Argentina, dos textos publicados en Colombia y cuatro textos publicados en Brasil, uno de los cuales fue escrito en Chile.

Análisis del contenido

1) Las políticas sanitarias y servicios de salud en América Latina. Siguiendo la revisión de Rayez (2021), diversos autores afirman que los sistemas de salud de nuestra región poseen diversas problemáticas de carácter organizativo y administrativo. Durante el siglo XX y hasta el momento, se han estructurado múltiples modos de atención a las problemáticas de salud desde el sector público, privado y otras variantes mixtas, pero que no cuentan con un sistema regulador eficiente ni estrategias de unificación, lo cual conlleva en la práctica a un sistema de difícil gobierno, caracterizado por la desigualdad (social, económica y territorialmente) y centrado en el subsistema de seguridad social articulado con intereses privados (p.4). En las publicaciones seleccionadas de Terapia Ocupacional, encontramos referencias en relación al funcionamiento de los sistemas de salud en general y las medidas adoptadas dichos sistemas en particular.

En relación al sistema de salud argentino, Testa (2021) afirma que la precarización, fragmentación e inequidad del sistema son características estructurales, pero que se vieron profundizadas durante la pandemia, al mismo tiempo que los modos de atención y los vínculos del cuidado se vieron envueltos en lógicas mercantiles propias de sistemas de gestión y financiamiento público-privados (p.1). En relación al sistema de salud brasileño, Barroso et al. (2020) afirman que la falta de inversión y el desmantelamiento del mismo se hacen evidentes en tiempos de crisis, denotando la insuficiente cantidad de recursos humanos y materiales; la falta de capacitación de los equipos de atención para atender casos sospechosos y confirmados; la falta de profesionales especializados en emergencias; las escasas acciones de prevención, entre otras acciones necesarias para afrontar situaciones de emergencia de salud pública (p.3). Por su parte Elesbão et al. (2023) afirman que en Brasil la pandemia hizo aún más evidentes las profundas desigualdades existentes, expuso una gestión ineficaz y contribuyó a que miles de personas se enfrenten un mayor riesgo social y sanitario. Estos autores afirman que Brasil ocupa el segundo lugar en mortalidad por millón de personas en América Latina, solo detrás de Perú (p.12).

En cuanto a las acciones llevadas adelante para enfrentar la pandemia, se halló que en Colombia fue necesario

implementar el distanciamiento social por la transmisión acelerada del virus y por las debilidades e imposibilidades de los sistemas de vigilancia sanitaria y epidemiológica (Malfitano et al., 2020) mientras que se llevaban a cabo estrategias de atención directa, seguimiento a situaciones canalizadas, acciones colectivas de diálogo abierto, intervenciones en psicoeducación y acciones indirectas (Ramírez-Osorio et al., 2020). En Argentina, Martínez Antón (2021) resalta el impacto de la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio como medida discutida pero recomendada por los expertos (p. 10), y Montilla et al. (2021) refieren que las prácticas sanitarias durante el aislamiento se encuadran en un modelo biologicista, lo que conllevó a un retroceso en materia de derechos. Añaden que el gobierno nacional anunció una serie de medidas extraordinarias que afectaron a la población en distintos niveles: trabajo, salud, educación, economía, circulación y transporte. Afirman también que, si bien las circunstancias impusieron la toma de medidas estrictas con el objetivo de disminuir la propagación del virus, con el paso del tiempo se lograron implementar algunas estrategias habilitadoras de entornos compasivos en los procesos de cuidado y en el morir, como parte de la auténtica calidad asistencial (p. 24). En línea, en cuanto a las acciones llevadas a cabo en Brasil, se halló que ante la propagación del virus en enero del 2020, el Centro de Operaciones de Emergencia en Salud Pública del Ministerio de Salud adoptó acciones con el objetivo de orientar el papel del Ministerio en la respuesta a una posible emergencia de salud pública, buscando una acción coordinada en el ámbito del Sistema Único de Salud (Rodrigues, 2023, p.2), a lo cual Bardi et al. (2020) añaden que el entonces presidente Jair Bolsonaro, con una actitud negacionista, se pronunció reiteradamente en oposición a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y del propio Ministerio de Salud, especialmente en relación al distanciamiento social, por su consecuente disminución de la actividad económica. Esto reveló una discusión abierta y sin restricciones sobre cuáles y cuántas vidas es “aceptable” sacrificar para mantener la economía en funcionamiento (p. 499). Por último, Valderrama Núñez y Ojeda Águila (2024) añaden que en Chile las medidas de apoyo económico a la ciudadanía fueron focalizadas, tardías e insuficientes, dirigidas a proteger al gran capital y la macroeconomía en desmedro de la población vulnerada (p. 504).

2) Los expertos y agentes de salud en cada país. En este punto resulta interesante profundizar acerca de las experiencias y trayectorias de los profesionales de la salud que protagonizaron el escenario de la pandemia, en tanto voces autorizadas para dirigir y argumentar ante las esferas estatales encargadas de administrar la salud y los servicios sanitarios, o incluso dentro de ellas como funcionarios, autoridades, expertos o colaboradores (Rayez, 2021, p.8). En relación al caso argentino, Montilla et al. (2021) hacen referencia a los protocolos

confeccionados por diferentes expertos para dar respuesta ante problemáticas complejas. Destacan las recomendaciones realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación en relación con el desafío de enfrentar el dilema ético de mantener la proporcionalidad en las medidas sanitarias. Esto incluye propuestas que disminuyan la propagación del virus y a su vez, acciones que no restrinjan los derechos vigentes en la legislación nacional e internacional (p. 26). Por su parte Testa (2021) menciona las acciones llevadas adelante por asociaciones y colegios profesionales, las cuales marcaron posicionamientos colectivos de resistencia, en respuesta a la precariedad de las formas de trabajo de los profesionales de la salud y el escaso reconocimiento simbólico y económico (p. 7). En Colombia, hallamos que tanto Malfitano et al. (2020) como Ramírez-Osorio et al. (2020) hacen mención al posicionamiento público de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales sobre la respuesta de la profesión a la pandemia de COVID-19, señalando el profundo impacto en la vida, la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades. Transmiten que la Federación realizó un llamado a la sociedad en general a velar por el derecho fundamental de todas las personas a recibir atención integral y rehabilitación, a que se promueva la salud y se garantice la inclusión social y ocupacional de las personas afectadas por la enfermedad. Se menciona también el trabajo mancomunado del Consejo Nacional de Trabajo Social y el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, que articularon saberes, prácticas y estrategias interdisciplinarias para el abordaje desde la perspectiva comunitaria y de apoyo a la gestión de las situaciones de vulnerabilidad evidenciadas en las personas y los colectivos afectados. En cuanto al caso de Chile, en líneas generales, Valderrama Núñez y Ojeda Águila (2024) mencionan que diferentes asociaciones profesionales a nivel internacional y nacional elaboraron guías y recomendaciones que orientaban el desarrollo adecuado de esta estrategia (p. 4). En Brasil, los autores Bardi et al. (2020) mencionan a las principales recomendaciones de la OMS e investigadores especialistas para evitar aumento de casos y propagación del virus (p. 498). Por último, Barroso et al. (2020) hacen hincapié en el papel de los terapeutas ocupacionales para abordar la enfermedad, exponiendo que el Gobierno Federal, a través de la Ordenanza n° 639, presentó una propuesta destinada a formar y registrar fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales para el trabajo durante la pandemia. La propuesta indica que los profesionales titulares del Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional y del Consejo Regional de Fisioterapia y Terapia Ocupacional deben registrarse y posteriormente recibir capacitación acerca de los protocolos clínicos del Ministerio de Salud para combatir el COVID-19, hasta la finalización de la pandemia (p. 1095).

3) Las reacciones y consecuencias en la sociedad civil. En relación a este eje de análisis, Testa (2021) refiere que en nuestro país se objetivó un empeño por parte de algunos sectores en

propiciar aplausos sincronizados y exaltados agradecimientos a los profesionales de la salud, especialmente en los primeros momentos de la pandemia (p. 6), los cuales fueron mermando con el paso de los meses. Martínez Antón (2021) añade, en relación a la opinión pública y transmisión de información en medios de comunicación, proliferaron notas periódicas sobre los “grupos vulnerables”, mientras se sucedían episodios de discriminación hacia personas de origen chino, trabajadores de salud y otros considerados “esenciales”, contagiados y niños. Asimismo, fueron comunes las atribuciones de los efectos perjudiciales sobre la actividad económica a las medidas de protección en vez de a la pandemia. En cuanto a situaciones de la esfera privada, rescata que algunas personas pudieron aprovechar las primeras semanas de aislamiento para leer, escuchar música, ver películas, y como solidariamente muchos compartieron en las redes libros, enlaces de películas clásicas, juegos, etcétera (p. 10). Desde Colombia, Ramírez-Osorio et al. (2020) refieren que las condiciones de empleo y trabajo en todo el mundo se vieron afectadas, lo que generó situaciones de privación ocupacional, que resultan de particular interés para la Terapia Ocupacional. En entornos como el colombiano, estos procesos contribuyen a profundizar las desigualdades e injusticias sociales preexistentes. Además, las percepciones de inseguridad, miedo y paranoia impactaron negativamente en el tejido social (p. 5), generando situaciones complejas que repercuten en el bienestar psicosocial de la población. En el caso brasileño Rodrigues (2023) afirma que inevitablemente los grandes desastres afectan a la población de un país, interfieren en la política y la economía, privan a las personas de sus ocupaciones y actividades de la vida diaria y cambian su contexto de vida. Añade también, que el distanciamiento social impuso barreras a la participación social y ocupacional y trajo desafíos de adaptación ante el ejercicio de las actividades laborales. Tres años después de los primeros casos confirmados de COVID-19 en Brasil, el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, registró 8,6 millones de desempleados en el cuarto trimestre de 2022 (p.7). Con lo cual, se concluye que en ese país fue importante el impacto en la tasa y condiciones de empleo. Por su parte, Bardi et al. (2020) añaden que la precariedad e insuficiencia de respuestas a través de políticas sociales han desencadenado acciones de auto-organización de la clase trabajadora que lucha por su propia supervivencia en las afueras de Brasil, en los barrios obreros, en las aldeas, en los asentamientos y en las comunidades populares y tradicionales. También se ha observado el compromiso de diversas ONG y asociaciones de vecinos en iniciativas de distribución de alimentos, productos de limpieza y mascarillas, acciones que no solucionan el problema, pero que reducen los efectos nocivos (p. 504). En línea con lo antedicho, Valderrama Núñez y Ojeda Águila (2024) mencionan las problemáticas de fuerte impacto en la población que devienen en un escenario de pandemia, como

son la precarización laboral, la disminución de los ingresos y el aumento del desempleo. En el caso de Chile, la crisis sanitaria se entrecruzó con una profunda crisis sociopolítica que demanda cambios estructurales y la superación del modelo neoliberal, que se caracteriza por ser extremadamente austero con las políticas sociales, negando la posibilidad de que el Estado cuente con un sistema de protección adecuado para apoyar a los/as ciudadanos/as en momentos de necesidad, lo que se expresa en un sistema de salud público con imposibilidad para enfrentar la crisis, producto del abandono y desfinanciamiento sistemático (p. 3).

4) Las nuevas formas de trabajo en el sector salud. Este eje de análisis resulta fundamental para pensar la magnitud de las transformaciones en el mundo del trabajo a las cuales se vieron expuestos los trabajadores de la salud en muy poco tiempo y de forma intensa. En el caso de las publicaciones de la Revista Argentina de Terapia Ocupacional, resulta interesante observar que las reflexiones se ubican en torno a las condiciones y medio ambiente de trabajo. Por un lado, Testa (2021) refiere que las adecuaciones de la asistencia al contexto de pandemia en condiciones mercantilizadas perjudicaron a los trabajadores y trabajadoras del sector porque sus servicios no fueron de inmediato reconocidos ni remunerados (p. 6). Por otro, Martínez Antón (2021) añade que quienes se encuadran dentro del universo de trabajadores “del cuidado”, profesionales o no, soportaron desde el inicio de la pandemia inmensas demandas de adaptación a la exposición al riesgo y a las condiciones de trabajo impuestas por las medidas extraordinarias de protección personal. Estas exigencias se sumaron a las condiciones de trabajo previas, que eran precarias en la mayoría de estas actividades. Desde una perspectiva de género, añade que, para las mujeres, el confinamiento exacerbó la exigencia en cuanto a combinar trabajo remunerado y no remunerado. Las múltiples tareas que cumplían en su cotidiano, debieron pasar a realizarlas en forma simultánea, información de absoluta relevancia dado que, en Argentina, las mujeres constituyen el 70% del empleo en el sector de la salud y son mayoría en prácticamente todas las ocupaciones del sector, con un porcentaje significativamente mayor en las ocupaciones técnicas (p. 11). Desde Colombia, en la Revista Ocupación Humana, las publicaciones hacen mayor referencia a la necesidad de implementar entornos virtuales para el desempeño de las tareas y la gestión de la comunicación. Malfitano et al. (2020) resaltan específicamente el aumento de la demanda de atención a los problemas de salud mental resultantes de la pandemia, el acceso a tecnologías de asistencia y, especialmente, la telesalud como nuevo formato de trabajo (p. 119). Por su parte, Ramírez-Osorio et al. (2020) reflexionan sobre la importancia de estructurar alternativas de abordaje que respondan a las nuevas demandas de interacción mediadas por la virtualidad y por los protocolos de bioseguridad, teniendo en cuenta que las interacciones presenciales están

fuertemente arraigadas en nuestra sociedad y forman parte de nuestra cultura (p. 5). En línea con lo enunciado, Valde-rrama Núñez y Ojeda Águila (2024) afirman que en Chile la situación de confinamiento obligatorio durante la pandemia, principalmente durante los años 2020-2021, provocó que las instituciones sanitarias y los profesionales tuvieran que acudir a la telesalud para dar continuidad a los cuidados y sostener el ejercicio del derecho a la salud, intentando resguardar la calidad de atención (p. 4). Por último, en el caso de Brasil, y desde un punto de vista general, Barroso et al. (2020) afirman que las dinámicas de trabajo impuestas durante la pandemia en el sector fueron al extremo desgastantes. En primer lugar, resaltan la insuficiencia de equipamiento de protección personal y afirman que ese es sólo uno de los aspectos que se observaron en el proceso de degradación del trabajo en salud. Además, hacen referencia a investigaciones, publicaciones y relatos de experiencia profesional que describen duras y extensas jornadas laborales; agotamiento físico y mental; falta de asistencia por parte de la gestión; y falta de equipos y dispositivos esenciales para el diagnóstico y tratamiento. A estos aspectos se suman la angustia de tener que tomar decisiones difíciles, el dolor de perder a compañeros de trabajo y pacientes, el riesgo de contagio tanto de uno mismo como de los familiares y la imposibilidad de realizar pruebas rápidas en gran escala. Lamentablemente, lo descrito por los autores no resulta novedoso: en Brasil, la devaluación y precariedad del trabajo de los profesionales de la salud es histórica, dado que el trabajo se caracteriza por bajos salarios, falta de un plan de carrera, relaciones laborales debilitadas, altas cargas de trabajo e insuficientes acciones de formación continua dirigidas a los trabajadores (p. 1098).

5) El ejercicio de la Terapia Ocupacional en contexto de pandemia. Desde una perspectiva disciplinar, resulta relevante retomar el objetivo de este escrito que es conocer los aportes desde este campo de conocimiento en relación al trabajo realizado por colegas en el marco de la pandemia de COVID-19 en nuestro país y la región. Dentro de la bibliografía seleccionada en la Revista Argentina para el análisis de este eje, se destaca el aporte de Montilla et al. (2021), quienes refieren que la pandemia permitió una puesta en valor del trabajo de los equipos interdisciplinarios y de la participación de las colegas en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados, así como también en los procesos de fin de vida, que van más allá de la pandemia, como clave para la humanización del trabajo profesional (p. 26). Por su parte, Martínez Antón (2021) enfatiza que las condiciones habituales de realización de las terapias ocupacionales –presenciales, de cercanía cuerpo a cuerpo– no resultaron fácilmente adaptables a las exigencias de distanciamiento y utilización de equipos de protección personal, que volvían irreconocibles a las trabajadoras y dificultaban la comunicación hablada, etc. La reconfiguración e invención de nuevos modos de sostener el trabajo a distancia,

con el auxilio de tecnologías, requirió un enorme esfuerzo de adaptación de todos los involucrados e implicó, en muchos casos, una transferencia de costos hacia los trabajadores (p. 12). Desde Colombia, los autores nos invitan a la reflexión. Ramírez-Osorio et al. (2020) afirman que el manejo de la pandemia de COVID-19 nos interpeló como profesionales a comprender los impactos en las diversas áreas de la ocupación del aislamiento físico, las restricciones asociadas al riesgo de enfermar y el surgimiento de nuevas formas de interacción social en entornos virtuales (p. 5). A esta idea Malfitano et al. (2020) añaden la importancia del reconocimiento de la relevancia de las iniciativas y contribuciones relacionadas con la ocupación y el aislamiento, aunque reafirman la necesidad de que las y los terapeutas ocupacionales aborden la dimensión de la desigualdad social. Para los autores este punto es esencial, dado que las características de la expansión de la enfermedad en las comunidades empobrecidas han traído consigo grandes desafíos (p. 120). En relación a lo acontecido en Chile, Valderrama Núñez y Ojeda Águila (2024) afirman vehementemente que la telesalud en Terapia Ocupacional ofrece resultados positivos para la atención de personas que presentan problemáticas de salud, especialmente en países que cuentan con los recursos para su implementación. Los hallazgos del estudio permiten a los autores afirmar que la virtualidad posee un potencial importante para potenciar el acceso y mantenimiento de la participación en ocupaciones como el trabajo, la educación, la salud y cuidados (p. 3). Por último, los aportes de colegas de Brasil en relación al ejercicio de la profesión en pandemia se orientan hacia las demandas a la profesión en cuanto a las barreras surgidas en la vida cotidiana de los trabajadores debido al teletrabajo, a los formatos híbridos de trabajo y el empleo precario o informal en situaciones de vulnerabilidad (Rodríguez, 2023).

Reflexiones finales

Habiendo realizado una lectura en profundidad de los escritos publicados por profesionales latinoamericanos de Terapia Ocupacional, existen cuatro puntos que se desprenden del análisis de contenido. En primer lugar, encontramos que la pandemia por coronavirus profundizó las desigualdades sociales preexistentes en nuestra región. Al respecto, cabe mencionar solo algunos ejemplos acontecidos durante el aislamiento: los sectores empobrecidos se encontraron con mayores dificultades para el cumplimiento de las restricciones y la accesibilidad al cuidado por sus condiciones estructurales de vida, no relacionadas con la pandemia, pero sí profundizadas durante la misma. Quienes no contaban con un trabajo registrado o sobrevivían “al día” mediante trabajos precarios y de cuenta propia, vieron disminuidos o suspendidos sus ingresos económicos; quienes presentaban dificultades para acceder a la alimentación debían movilizarse necesariamente

de sus hogares en búsqueda de un plato de comida y quienes no poseían acceso a dispositivos electrónicos o a la conectividad, posiblemente debieron interrumpir procesos educativos o continuarlos de forma errática. Estos son solo algunos pocos ejemplos del impacto inmediato de las medidas de prevención y protección en los sectores desfavorecidos y que resultan de interés para la Terapia Ocupacional, no sólo por el evidente impacto en el desempeño cotidiano, sino por el desmejoramiento evidente en los procesos de salud de la población.

En segundo lugar, y en línea con lo antedicho, encontramos que la excepcionalidad y la emergencia repercutieron rápidamente en el cotidiano de la población en general y de los y las profesionales, dado que rápidamente hubo que buscar nuevos modos del hacer, tanto en el caso de los profesionales sanitarios como en quienes se vieron obligados a adaptar sus rutinas laborales, educativas y de ocio y tiempo libre. En algunas situaciones, como en el caso de las mujeres, el impacto fue mayor, pero siempre agudizando desigualdades previas. Sin intención de profundizar en el análisis de esta temática, resulta interesante mencionar lo estudiado por Batthyány y Sánchez (2020) quienes afirman que existen por lo menos tres dimensiones en las que se exacerbó esta desigualdad fuertemente durante la pandemia: los cuidados, el trabajo y la violencia. En América Latina y el Caribe, la estructura productiva, los roles de género y la configuración de las familias consolidaron profundas inequidades en la distribución del tiempo de varones y mujeres. Antes de la pandemia existía una crisis de la organización social del cuidado, en la que las mujeres se responsabilizaban de estas tareas no remuneradas ni valoradas debido a la división sexual del trabajo, problemática que se vio agudizada durante las restricciones de la pandemia (p.7). En relación a la dimensión del trabajo, el aumento de la inserción laboral de las mujeres de las últimas décadas ha implicado una disminución de su dependencia económica, pero también una sobrecarga, dado que una fracción importante de su tiempo continúa siendo dedicado a actividades domésticas y de cuidado (p. 10). La necesidad de dar continuidad a las actividades laborales desde el hogar en simultáneo al cuidado de hijos y familiares durante la pandemia, contribuyó a aumentar la carga mental y emocional. Por último, en relación a la violencia de género, la obligación de permanecer dentro del hogar agudizó las situaciones de violencia al obligar a las mujeres a convivir con los agresores. Además, sus posibilidades de salida se vieron aún más reducidas por múltiples causas: el distanciamiento, las dificultades de trabajo de redes, rescatistas y organizaciones, el empeoramiento de su situación laboral, entre otras (p. 16).

En tercer lugar, la pandemia permitió el resurgimiento de la falsa dicotomía entre salud y economía. Si bien la

Organización Mundial de la Salud ha recomendado que el confinamiento y los testeos masivos son las medidas óptimas para afrontar el COVID-19, las estructuras económico-políticas de los países Latinoamericanos convierten dicha sugerencia en utopía, bajo las críticas y resistencias argumentadas por actores gubernamentales, empresariales y de la sociedad civil (Sandoval y Díaz, 2021). Aunque el tema resulta complejo, cabe remarcar que, en los medios de comunicación y redes sociales, durante la pandemia predominó en el discurso el impacto económico-financiero y la intensificación de las crisis económicas preexistentes, como las principales razones para evitar el confinamiento (p. 573). En relación a esta controversia, los autores Sandoval y Díaz comentan:

(...) este movimiento se inscribe en la histórica racionalidad necropolítica que ha gobernado al continente latinoamericano (Mbembe, 2011), donde el “dejar morir” a quienes no tienen opciones de estar confinados forma parte del cálculo necroliberal, pues descarta silenciosamente a aquellos sujetos que no poseen un valor bioeconómico, desde el punto de vista de la excepcionalidad pandémica. (Mbembe, 2020)

Sin intenciones de profundizar en este concepto, queda claro que instalar viejos discursos y prácticas de gobierno acordes al estado de excepcionalidad pandémica permitió dar continuidad a procesos de vulneración y colonización que son inmanentes a la historia latinoamericana (p. 586). Resulta necesario, acorde a lo analizado hasta este punto, fortalecer las estructuras sociales, los sistemas de salud y educación, reducir la informalidad y la precarización en los mercados laborales, entre otras medidas pendientes, para evitar (o al menos reducir) el fuerte impacto social que podría devenir ante futuros desastres.

Por último, se realiza una breve reflexión acerca de la problemática de la mercantilización del sistema de salud en la región. Mario Chavero (2022, p.141) afirma que en el ámbito sanitario argentino es habitual confrontarse con la discusión acerca de si la salud se considera o debiera considerarse un derecho o una mercancía, e invita a llamar a la defensa de la salud como bien público, negando rotundamente que sea una mercancía y pueda considerársela como tal. En acuerdo con este posicionamiento, Oscar Echeverri (2008, p. 210) afirma que el manejo de los servicios de salud como una mercancía en una economía de mercado no favorece el mejoramiento de los niveles de salud de la población ni del funcionamiento del propio sistema, dado que existe una relación recíproca entre la salud y el desarrollo, en la cual la primera condiciona el desarrollo y viceversa. Por lo tanto, prescindir de un enfoque de derechos en las problemáticas complejas profundiza las crisis de los sistemas en lugar de actuar como un paliativo de las mismas. La accesibilidad a los cuidados de salud es una función y una obligación de los Estados, y los sistemas deben

contribuir a la mejora de la calidad de vida y disminución de la pobreza y la exclusión, no a profundizarlas. Por lo tanto, y para concluir, es una necesidad urgente proteger y mejorar los niveles de salud de los países de la región. ■

[Recibido 1/11/2024 - Aprobado 25/06/2025]

Referencias:

- Agostoni, C., Ramacciotti, K., Paiva, C. H. & Cueto, M. (2023) COVID-19 EN AMÉRICA LATINA: CONFLICTOS, RESISTENCIAS Y DESIGUALDADES. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 30, e2023028. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702023000100029>
- Albino A. F., Acuña C. Y., Carroli B., Ciampa M. A., Olarte M. F. y Andrade M. (2020). *Desafíos en tiempos de pandemia. Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 3-5.
- Bardi, G., Bezerra, W. C., Monzeli, G. A., Pan, L. C., Braga, I. F. & Macedo, M. D. C. de. (2020). Pandemia, desigualdade social e necropolítica no Brasil: reflexões a partir da terapia ocupacional social/Pandemic, social inequality and necropolitics in Brazil: reflections from social occupational therapy. *Revista Interinstitucional Brasileira De Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 4(3), 496-508. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto34402>
- Barroso, B. I. L., Souza, M. B. C. A., Bregalda, M. M., Lancman, S. & Costa, V. B. B. (2020). A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*.28(3), 1093-1102. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>
- Batthyány, K., Sánchez, A. (2020). Profundización de las brechas de desigualdad por razones de género: el impacto de la pandemia en los cuidados, el mercado de trabajo y la violencia en américa latina y el caribe. *Astrolabio. Nueva Época*, (25), 9-21. <https://dx.doi.org/10.55441/1668.7515.n25.29284> <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/29284/30828>
- Bottinelli, M. (2023). Políticas sociales y territorios. Tensiones, aprendizajes y desafíos. En: *PISAC COVID-19: la sociedad argentina en la postpandemia*: tomo III; 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Agencia de I+D+d,
- Chavero, M.A. (2022). La salud en Argentina: ¿derecho o mercancía? Conflicto Social. *Revista del Instituto de Investigaciones Gino Germani*. 15 (28). Pp. 140-171. <http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/CS>
- Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 24(3): 210-6. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2008.v24n3/210-216>
- Elesbão, K. F., Dimov, T., Barros, W. S., Erazo-Chavez, L. J. & Ricci, E. C. (2023). Pandemia de COVID-19 no Brasil: análise do cotidiano e desdobramentos de uma intervenção grupal. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 31, e3262. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO249332621>
- Malfitano, A.P.S., Cruz, D.M.C. y Lopes, R.E. (2020). Terapia ocupacional en tiempos de pandemia: seguridad social y garantías de un cotidiano posible para todos (traducción). *Revista Ocupación Humana*, 20 (1), 118-123 <https://doi.org/10.25214/25907816.950>

- Martínez Antón, M.R. (2021) La cotidianeidad en la pandemia. Reflexiones para la práctica. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 9-15. https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/index.php/rato_2022/article/view/152/146
- Montilla, S., Pesce, M. C., Cristiani, L., De Bartolis, L. (2021). La humanización de la atención sanitaria en el contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por COVID-19: reflexiones de Cuidados Paliativos con una mirada interdisciplinaria desde la Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(1), 23-28. https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/index.php/rato_2022/article/view/135/131
- Nabergoi, M. (2022). Memorias de una profesión feminizada. Terapia ocupacional y salud mental en Argentina 1957-1976. UNLa, Universidad Nacional de Lanús, Ediciones de la UNLa.
- Nercesian, I; Cassaglia, R; Morales Castro, V. (2021). Pandemia y políticas sociosanitarias en América Latina. *Apuntes*, 48(89), 65-93. <https://dx.doi.org/10.21678/apuntes.89.1466>
- Ramírez-Orsorio, D.M., Jiménez-Moreno, N.A., Navas, A. y González, M. (2020). Desafíos y acciones de Terapia Ocupacional en salud mental. Tiempos de pandemia y transformación. *Revista Ocupación Humana*, 20(2), 3-9. <https://latinjournal.org/index.php/roh/article/view/1070/801>
- Rayez, F. (2021). La historiografía reciente de los procesos de salud-enfermedad. Temas, problemas y preguntas. (Inédito) Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1ZYfodg8cZAibcINpS0-eQ1CpNoBq4AGB/view?usp=sharing>
- Rodrigues, D. S. (2023). Terapia ocupacional e trabalho: desafios e perspectivas de uma prática emergente durante e após a pandemia da Covid-19. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 31, e3337. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN255833371>
- Sandoval-díaz, J., Díaz, D. (2021). Nueva normalidad y el falso dilema salud/economía en tiempos de pandemia Covid-19 en Latinoamérica. *Revista Psicología política*, vol.21, n.51, pp.570-589. ISSN 2175-1390. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Testa, D. (2021). La Terapia Ocupacional y los “etcétera del cuidado”. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 6-8. https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/index.php/rato_2022/article/view/151/145
- Valderrama Núñez, C. M. & Ojeda Águila, D. (2024). Análisis desde una perspectiva ocupacional al uso de la telesalud en terapia ocupacional en tiempos de confinamiento. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 32, e3577. <https://doi.org/10.1590/2526->

Cómo citar este artículo:

Martino, M. B. Terapia Ocupacional y COVID-19: una revisión de la producción de conocimiento durante el período 2020-2024 desde América Latina en clave socio-histórica y disciplinar. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 11(1), 35-43.

Internaciones por motivos de salud mental: Comentarios e interrogantes desde el campo de la salud mental comunitaria

Mental Health Hospitalizations: Comments and questions from the communitymental health field.

Fernando Colombero

Fernando Colombero

Licenciado en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional del Litoral). Especialista en Salud Mental Comunitaria. Profesional del Servicio de Salud Mental Comunitaria del Hospital Zonal "Dr. Andrés Ísola" de Puerto Madryn, Chubut. Docente Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló. Ha integrado e integra diversos equipos interdisciplinarios asistenciales, de docencia, extensión e investigación

fernando.colombero@gmail.com

Resumen

En el presente texto se pretende compartir una producción de articulación teórico-práctica a partir de la experiencia de rotación por el Dispositivo de Internación de Salud Mental realizada durante los meses de octubre del año 2022 a enero del 2023. Ésta se desarrolló en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, con sede en el Hospital Zonal A. Ísola de Puerto Madryn. En el escrito se ponen en discusión comentarios e interrogantes originados durante el recorrido, así como también se sitúan perspectivas, saberes y estrategias que guían los abordajes. Esto se desarrolla en torno a tres ejes: 1. Abordajes comunitarios en un dispositivo hospitalario, 2. La dimensión temporal en la internación, 3. La red de cuidados como dimensión social y compleja. Se concluye valorando la escritura del relato de experiencia como oportunidad para seguir complejizando los diálogos entre el campo de la terapia ocupacional y la salud mental comunitaria.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, internación hospitalaria, servicios comunitarios de salud mental, Derechos Humanos.

Abstract

The aim of this paper is to share the experience of a rotation carried out in a mental health hospitalization service, during the months of October 2022 to January 2023. The rotation was developed at the Interdisciplinary Residency in Community Mental Health, at the A. Ísola Zonal Hospital of Puerto Madryn. The paper discusses the questions and reflections that emerged during this process, as well as the perspectives and strategies that guide the interventions. This is developed around three axes: 1. Community approaches in a hospital service, 2. The temporal dimension of hospitalization, 3. The network of care as a social and complex dimension. The conclusion highlights the writing of the experience report as an opportunity to deepen and expand the dialogues between occupational therapy and community mental health.

Keywords: Occupational Therapy, hospitalization, community mental health services, Human Rights.

Introducción

En el presente texto se pretende compartir una producción de articulación teórico-práctica a partir de la experiencia de rotación por el Dispositivo de Internación de Salud Mental realizada durante los meses de octubre 2022 a enero del 2023. Ésta se desarrolló en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISMC), con sede en el Hospital Zonal “Dr. Andrés Ísola” de Puerto Madryn (HZPM).

La RISMC es una formación de posgrado de capacitación en servicio cuyo objetivo es el de formar profesionales (Lic. en Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social y Musicoterapia) para trabajar desde un modelo de orientación comunitaria, centrado en la promoción de la salud y en el abordaje de problemáticas psicosociales (Ministerio de Salud, 2015). La interdisciplina, la participación y la perspectiva de derechos se constituyen como ejes prioritarios de la formación.

En la RISMC se contempla que los residentes roten por los dispositivos de la Red Sociosanitaria del Servicio de Salud Mental Comunitaria, y en el caso del HZPM, cuenta con los siguientes dispositivos: Primer Nivel de Atención de Salud Mental (Centros de Atención Primaria de Salud), Centro de Día de Salud Mental, Centro Ocupacional-Laboral “Nuevos Sabores” y Dispositivo de Inserción Laboral “Cocinando Sueños”, Dispositivo de Inclusión Habitacional, Centro Integral de Tratamiento de las Problemáticas de Consumo (CIT), Dispositivo de Enlace, Internación de Salud Mental, Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental, Consultorios externos de psiquiatría, Centro de Salud Integral de Adolescentes (CESIA) Pozzi y Programa para personas privadas de la libertad (PPL).

En relación con la rotación por el Dispositivo de Internación de Salud Mental, se considera la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y la Ley Provincial N° 384 (2009) como marco normativo de base y el campo de la salud mental comunitaria en diálogo con saberes plurales como fundamento de la praxis.

En las trayectorias vitales de todas las personas es posible que acontezcan crisis que produzcan alguna urgencia en salud mental, entendida como toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento. La urgencia no es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad-cuidados, en el que la persona debe ser asistida de manera integral, y ser parte de un abordaje que se inscriba en el modelo comunitario de atención en salud (DNSMyA, 2013).

Según el marco normativo vigente, se considera la internación como un recurso más dentro de la estrategia terapéutica de abordaje de estas situaciones. Está indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén

garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación (Ley N° 26.657, 2010). En dicha legislación se estipula que la internación por motivos de salud mental transcurra en el hospital general, de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis (DNSMyA, 2013).

Históricamente, la perspectiva de abordaje de las personas con padecimientos subjetivos estuvo centrada en la exclusión, el encierro y en las múltiples vulneraciones a los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales (Vommaro, 2011; Di Nella, 2012), por lo que el modelo de abordaje comunitario reivindica la concreción del ejercicio de derechos de todas las personas en condiciones de vida digna. Debido a esto, resulta oportuno describir el dispositivo de internación de salud mental en el Hospital General local y posteriormente se ponen en discusión comentarios e interrogantes originados durante la experiencia de rotación, así como también se sitúan perspectivas, saberes y estrategias que guían los abordajes.

Breve caracterización del dispositivo

El Dispositivo de Internación de Salud Mental depende del Servicio de Salud Mental del HZPM, único hospital general público de la ciudad. La vía de ingreso a la internación es a través de la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental del HZPM. Conforme a la normativa vigente, éstas pueden ser voluntarias o involuntarias. En el caso de internaciones involuntarias, se debe notificar al Juzgado de Familia y al Órgano de Revisión de Salud Mental Provincial.

En cuanto a la cantidad de ingresos posibles, al momento de la rotación se contaba con once camas en el dispositivo. Cabe aclarar que cuando no hay disponibilidad de camas se ingresan en otro servicio del hospital (clínica médica, quirúrgica o tocoginecología). Por otro lado, en las situaciones de internación de niños, niñas y adolescentes menores de trece años, les usuaries transcurren la misma en el servicio de pediatría.

El alta se otorga procurando garantizar la continuidad de cuidados, es decir, con derivación a otro efector de la red sociosanitaria local (seguimiento en Centros de Atención Primaria de Salud, Centro Especializado de Salud Integral de Adolescentes, Consultorios Externos, Centro de día, Centro Ocupacional Laboral, Dispositivo Habitacional o Centro Integral de Tratamiento de las Problemáticas del Consumo), así como del ámbito privado o de otra jurisdicción, cuando correspondiese.

Suele presentarse el servicio como internación de agudos, es decir, se procura que cada internación sea lo más breve posible mientras se compensa el cuadro y remite el riesgo para sí y para otros. Durante el período que transitó este dispositivo (según registros propios) el promedio de duración de la

estadía de les usuaries fue de diez días aproximadamente. A su vez, la internación más breve fue de cinco días, mientras que la más prolongada fue de tres meses.

Cabe mencionar que el Hospital General de Puerto Madryn, dependiente del sistema público de salud, resulta la única institución de la ciudad que aloja urgencias subjetivas y que cuenta con un servicio de internación de agudos.

El equipo técnico del dispositivo al momento de mi rotación estaba conformado por tres psicólogas (una de ellas coordinadora del dispositivo y otra de licencia por maternidad), una trabajadora social, un médico psiquiatra, equipo de enfermería, una persona de administración y personal de maestranza.

Ediliciamente, el espacio cuenta además de las habitaciones (compartidas entre dos personas internadas en la mayoría de los casos) con un living-comedor, baños y un patio frontal que comunica con el resto de las instalaciones del hospital. Es en la sala del living-comedor (la cual está en comunicación directa con el office de enfermería) donde les usuaries realizan la mayoría de las actividades cotidianas, como comer, socializar con pares y visitas, mirar televisión y otras actividades de recreación.

La dinámica cotidiana del equipo del dispositivo (a la cual me incluí como residente rotante) inicia con el pase de sala y luego se realizan las entrevistas con usuaries y/o referentes afectivos (familiares, amigos). A su vez, también se realizan entrevistas postaltas. También, suelen realizarse reuniones con otros actores intervinientes (terapeutas o equipos de la red, personal de la oficina central del Ministerio de Salud de la Provincia o del Ministerio de Defensa Pública, entre otros).

Desarrollo

A partir de preguntas que intentan organizar las reflexiones, se comparten algunas articulaciones teórico-prácticas elaboradas a posteriori de la experiencia de rotación. Como herramientas metodológicas han sido implementadas la observación participante y el diario de campo (Parra, 2010).

Siguiendo a la colega Testa (2020), me gustaría tomar la iniciativa de compartir estas elaboraciones en modo de comentarios, como herramienta que da mayor libertad cuando se trata de compartir algunas intuiciones, algo del orden de un cierto saber que no está cerrado. Dicha autora agrega que un comentario está destinado a ir y venir o a quedarse flotando, a disposición de quien quiera hacer algo con él.

1. ¿Cómo se inscriben las prácticas desde un modelo de abordaje comunitario en un dispositivo intrahospitalario?

La internación se sitúa como un dispositivo hospitalario preparado para alojar individualidades cuando atraviesan una crisis que irrumpe, dejando al sujeto sin recursos para responder, ante lo cual es necesario ofrecer un espacio/tiempo para que la

misma pueda alojarse y desplegarse. Se intenta introducir una demora para que el sujeto pueda escucharse y escuchar, “posicionarse como sujeto responsable de aquello que le sucede, como sujeto capaz de elaborar, significar y reconstruir aquello que le genera malestar” (Arias, 2019, p.8). Así es que se instaura un tratamiento, en la mayoría de los casos, que promueve una pausa para el usuarie, un “tiempo entre”, paréntesis para reorganizar hábitos básicos de cuidado, descanso y alimentación, así como es parte de un tratamiento psicofarmacológico y acompañamiento psicosocial para volver a ligarse con el “afuera”. Si bien éste nunca deja de ser parte del sujeto, se propicia una distancia hasta que progresivamente se van acompañando los vaivenes entre la internación y el lugar “extramuros” donde acontece la vida cotidiana. Esto implica que se intenta trascender una comprensión dicotómica y fragmentada del adentro/afuera, así como de “lo clínico” con “lo comunitario”, para apostar a los “entres”, a lo anfibio o a aquello que se va construyendo en relación dialéctica.

Por otro lado, una de las principales críticas que suele realizarse a este tipo de dispositivos es que prima el modelo médico hegemónico (MMH), desde el cual la salud queda reducida a la asistencia de la enfermedad, “el abordaje es enteramente sintomático y circunstancial; esto es, apegado a la idea directriz de remitir el cuadro” (Di Nella, 2012, p.50). A su vez, se ubica la concepción biologicista, ahistórica y descontextualizada del individuo, la mercantilización y la relación asimétrica de poder entre los actores como características imperantes del MMH (Stolkiner, Ardila, 2012).

En primer lugar, con relación a la visión individualista, ahistórica y acontextual, considero que en este dispositivo se sostiene como premisa ir evaluando la evolución del usuarie y acompañando cada situación particular, es decir, en sintonía con lo que se propone desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, se intenta dar protagonismo a la voz del mismo, de su familia o referentes afectivos, contemplando su historia y su vida cotidiana. Esto implica, intentar comprender la singularidad del sujeto, en la trama de condiciones estructurales y colectivas que la posibilitan (Galheigo, 2003). Las colegas García Ariceta y Rosemblat (2019) traen el aporte de Silvia Kleiban (1997), quien propone “acompañar con la mirada y la escucha, buscar y sostener la singularidad, generando acciones particularizadas por sobre la estructura psicopatológica y por sobre la estructura institucional” (p. 67).

Por otro lado, en dirección opuesta al MMH, el marco normativo vigente y el campo de la Salud Mental Comunitaria prestan especial énfasis a desnaturalizar la toma de decisiones por sobre la autonomía del otre, por lo que se debe partir de la presunción de capacidad de toda persona que llega al dispositivo y, en la práctica, se trazan caminos orientados por el ejercicio de derechos de les usuaries, priorizando su cuidado, los apoyos que necesita y el fortalecimiento del lazo social. Esto se observa en el compromiso cotidiano y la militancia

activa por parte del equipo con el que compartí la tarea, ya que esto no es algo que se da una vez y para siempre sino que es necesario interpelar, construir y reconstruir en lo cotidiano.

Aquí creo conveniente delimitar que, ante el escenario en el que una persona necesita apoyo mientras atraviesa una situación de crisis y el equipo de salud toma responsabilidades al acompañar su proceso de cuidado durante un período agudo, no es incongruente con la autonomía y el ejercicio de derechos del paciente. Aquí se presenta el desafío de no ser inocentes a la posición de poder que ocupa el profesional de salud en la institución hospitalaria, y por ende, la zona de frontera entre la responsabilidad ética de garantizar cuidados y la posición paternalista, por ejemplo, a la hora de determinar la involuntariedad de la internación, la prescripción de psicofármacos, decidir cuándo y cómo otorgar el permiso de salida y el alta, entre otros.

Ante este dilema ético, no se tiene que perder de vista (o de escucha) la voz en primera persona de las personas con las que trabajamos (Di Mare Durán, Presa, 2018), reivindicando la necesidad de dimensionar la posición de poder del profesional y la desigualdad con el usuario, pudiendo poner a circular algunas preguntas con el equipo: ¿Cuándo y cómo se da por resuelta la situación de urgencia? ¿Estamos incurriendo en una mirada policial, donde el paciente tiene que dar cuenta de un desempeño esperado para ser evaluado positivamente y lograr la salida (alta, permiso, etc.)? ¿Estamos apurando el alta o estamos otorgando el permiso respetando la dignidad del riesgo? ¿Estamos pensando juntas con el usuario la dirección de su proyecto de vida y las estrategias posibles para acompañarlo? ¿Se está negando la discusión sobre el alta a quien no tiene referentes afectivos que puedan garantizar continuidad de cuidados, a quien no tiene proyectos vitales que lo enlacen, a quien no cuenta con condiciones materiales o se piensa colectivamente cómo construir alternativas cuando “no las hay”?

2. ¿Cómo pasa el tiempo para las personas que se encuentran internadas en salud mental?

Otro de los cuestionamientos que suele realizarse a este tipo de dispositivos es sobre la dimensión temporal. Di Nella (2012) problematiza que a diferencia de otros regímenes de institucionalización (como cárceles, instituciones de menores) en la internación en salud mental uno no puede saber de antemano cuánto tiempo durará su estadía. De todos modos, quizás hay algo que sí sabemos, y es que se intenta garantizar que será lo más breve posible.

La permanencia en la internación puede ser muy variable, incluyendo personas que a los tres o cuatro días comienzan a recibir permisos de salidas y luego se les brinda el alta (con derivación para seguimiento ambulatorio), hasta algunas situaciones excepcionales que pueden sostenerse durante tres meses o más en el dispositivo. Cabe añadir que estas

delimitaciones temporales parten de registros propios ya que no se hallan publicaciones con datos empíricos sobre esta cuestión, siguiendo la tendencia nacional de escasez de datos epidemiológicos sistematizados respecto a las internaciones de salud mental en hospitales generales del sistema público de salud (Schiavo et al, 2017).

El marco normativo vigente resultó un viraje determinante en relación con la temporalidad de las estrategias de abordajes para atender y dar respuesta a las personas con padecimientos psíquicos. A partir de la sanción de la Ley Provincial N° 384 (2009) y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) se realizó gradualmente un proceso de reforma en las prácticas y dispositivos ya que históricamente se compulsaban tratamientos de salud mental basados en el encierro y aislamiento indefinido de las personas en hospitales monovalentes (Di Nella, 2012). Cohen y Natella proponen considerar que “todo escenario puede ser manicomio en la medida en que se establezca una relación de sometimiento de una persona sobre otra, un vínculo que oprima e impida el libre intercambio entre ambas” (Cohen, Natella, 2013, p. 154).

Ante este panorama, la atención de salud mental en hospitales generales y la red de dispositivos local se configura como oportunidad para favorecer la permanencia y participación de las personas con padecimientos subjetivos en su comunidad y garantiza el proceso integral de continuidad de cuidados en el territorio donde las personas desarrollan su vida cotidiana (DNSMyA, 2018), cercanos a sus vínculos afectivos y con posibilidades de relaciones sociales que permiten la circulación, la confianza, la reciprocidad y los intercambios simbólicos y materiales (Testa, Spampinato, 2016).

Otro elemento de la dimensión temporal, además de la cantidad de tiempo que se prolonga la internación de cada quién, es la vivencia singular de la experiencia temporal y cómo ocurrirá su tiempo cada una de las usuarias.

Como se mencionó anteriormente, se ofrece en la internación la posibilidad de la pausa. El tratamiento en internación no queda supeditado a una entrevista de evaluación diaria de treinta minutos con el equipo interdisciplinario y al tratamiento psicofarmacológico, sino que involucra también la distancia con las condiciones cotidianas en las que se encuentran los “desencadenantes” del malestar, la posibilidad de reorganizar rutinas básicas de alimentación, higiene y ciclo vigilia-sueño, “recibir” cuidados de los agentes de salud y referentes afectivos (en el caso de que los hubiese). Como lo expresa Álvarez (2021), siguiendo a Palazzini (2020),

la creación de condiciones de estabilidad, diferentes estrategias de presencia y constancia que pueden ser la frecuencia de las entrevistas, los horarios de las comidas, los cuidados de enfermería, los movimientos del dispositivo o cualquier ritmo que se marque comienzan a ser línea de

conexión entre el sujeto en ruptura y el equipo, muchas veces previo a la aparición de la palabra. (p. 5)

A su vez, se intenta generar las condiciones para que esta pausa o paréntesis pueda ser tomada como oportunidad de descanso y de tiempo libre. Resulta interesante problematizar aquí libre de qué ataduras, en una época donde lo que prima es que “no hay tiempo”, con marcados imperativos de éxito y de hiperproductividad, de conectividad permanente, inmediatez y autoexplotación (Berardi, 2017).

Cómo se va a ocupar y significar el tiempo de la internación consiste en un proceso muy singular de cada quien, el equipo trabajará para sostener lo que se inaugure en ese tiempo. Precisamente, la autora Frigerio (2004) propone interrumpir (lo que es pura reiteración, repetición sin elaboración) para inaugurar. Inauguración como apertura y augurio, es decir, hacer que algo devenga posible cuando todo parece indicar lo contrario.

Muchas veces se sitúa que en el hospital se vive la fragilidad y el vacío de la espera, que abre un espacio potencial de creación (Lucca, 2022). Es tarea del terapeuta ocupacional y del equipo interdisciplinario acompañar un existir cotidiano del sujeto en un mundo no-cotidiano (Mattingly, 1998) y por lo tanto, potenciar la oportunidad de habitar la experiencia de ese “tiempo entre” como espacio de autoría (Fernandez, 2002), de creación, que no implique el mero acatamiento al mundo externo ni el puro mundo interno (Winnicott, 2003), como posibilidad de salud y transformación de la propia vida cotidiana (Colombero, 2025).

3. ¿Quién cuida a quien cursa un padecimiento psíquico? ¿Y después de la crisis?

Si bien numerosas autoras y activistas del campo de los feminismos vienen visibilizando la crisis de los cuidados (de la Aldea, 2019), me encontré afectado al constatar en la práctica diaria que muchos adolescentes y adultos internados no cuentan con una red, o al menos un referente afectivo, que oficie de cuidador/a. Esta tarea implica la posibilidad y disposición de poner en suspenso la dinámica cotidiana habitual cuando irrumpe una crisis, en pos de acompañar a quien se halla en situación de urgencia subjetiva (por ejemplo, una persona con conducta suicida o primera crisis psicótica). Por otro lado, se observa reiteradamente que hay usuarias que vienen requiriendo años de cuidados y alto nivel de apoyos y muchas veces la red se desgasta, se agota, y no hay quien sostenga (por ejemplo, con usuarias en situación de consumos problemáticos, episodios heteroagresivos y/o descompensaciones psicóticas reiteradas, entre otras).

Por nuestra condición humana, todes somos frágiles, vulnerables y dependientes. Ningún humano logra vivir sin los cuidados imprescindibles en momentos precisos, cómo la infancia, vejez, o en situaciones de discapacidad, enfermedad, duelos, etc. (de la Aldea, 2019). También podemos afirmar que pensar

la organización social del cuidado es inescindible de la trama socioeconómica y, por ende, de las relaciones de poder/dominación. Aquí, es interesante problematizar interseccionalmente (género, raza, etnia, y otras tramas de vulnerabilidad) cómo se organiza el diamante del cuidado (Venturiello, 2020) entre el estado, la familia, el mercado y la sociedad civil.

A lo largo de la historia, las tareas de cuidados se delegaron a la esfera privada, fuera de las visibilizaciones políticas y económicas, recayendo generalmente en las mujeres (Bonavitta, 2019). Resulta así evidente que es imprescindible producir otras políticas públicas, alternativas y estrategias terapéuticas en los casos en que “la familia no es continente” o se encuentra igualmente en vulnerabilidad. Quizás, este es uno de los puntos nodales en la debilidad de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), es decir, cómo garantizar la continuidad de cuidados en el ambulatorio en salud mental en particular, atendiendo la situación sociopolítica actual y local: años de crisis sanitaria y económica en la provincia (entramada en con el contexto nacional y global), la fragilidad de las instituciones estatales en este período, la intensidad y la voracidad del ritmo cotidiano, la soledad y la extrema individuación de la sociedad, entre otras características epocales que podríamos traer a la discusión.

La pregunta es, en síntesis, como hacemos “lo posible” para intentar garantizar el derecho al cuidado y de autonomía en términos de lo que propone Pautassi (2018): Derecho a cuidar, derecho a ser cuidado, derecho al autocuidado y derecho a no cuidar. Desde el campo de la salud mental comunitaria, se piensan como implicancias de los equipos interdisciplinarios el fortalecimiento de vínculos de cuidados y de lazos comunitarios solidarios (Bang, 2014) así como también la agencia por transformaciones en las políticas públicas contemplando las intersecciones entre el Estado, lo social y las políticas en salud (Stolkiner y Ardila, 2012).

Conclusión

En el presente texto se entretijieron algunos comentarios e interrogantes a partir de la experiencia de rotación en el dispositivo de internación de salud mental, intentando compartir interpretaciones posibles y reconstruir interrogantes, los cuales muchas veces no esperan una respuesta, sino que se abren para motorizar el potencial creativo necesario para sostener la tarea de manera ética e implicada, y redimensionar desde dónde venimos y hacia dónde queremos ir como colectivo de profesionales que trabajan en el campo de la salud mental. Así, se puso en diálogo cómo se inscriben las prácticas comunitarias en un dispositivo intrahospitalario, la dimensión temporal durante la internación y la red de cuidados, como dimensión social y compleja.

La escritura se presentó como oportunidad de pausa en la vorágine cotidiana para dar lugar a la narración de lo que nos pasa en

las prácticas, abriendo interpelaciones y develando líneas de complejidad. Este relato asume la aventura de la transmisión de una experiencia para continuar dando espesor a los diálogos entre el campo de la Terapia Ocupacional y la salud mental comunitaria. ■

[Recibido 28/11/2024 - Aprobado 28/06/2025]

Referencias:

- Álvarez, M. C. (2021). *Estar Analista en la urgencia. Relato de experiencia de rotación en dispositivo de internación*. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, Hospital "Dr. Andrés Bóola", Puerto Madryn, Chubut.
- Arias, A. (2019). Cartografía de las urgencias subjetivas en un hospital público. *Revista La Plaza AT*, 6, 1-10.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
- Berardi, F. (2017). *Fenomenología del fin: sensibilidad y mutación conectiva*. Editorial Caja Negra.
- Bonavitta, P. (2019). ¿Por qué cuidamos las mujeres? Cartografía sobre el espacio privado como territorio para otros. *Revista del Cisen Tramas/Maepova*, 7(2), 23-43.
- Cohen, H., Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental de Río Negro*. Lugar Editorial.
- Colombero, F. (2025). Producir salud y cuidados a través de prácticas interdisciplinarias: una lectura de terapia ocupacional en la guardia de salud mental. *Revista Margen*, (116), 1-8.
- De la Aldea, E. (2019). ¿Por qué hablar de crisis de los cuidados? En De la Aldea, E. *Los cuidados en tiempos de descuido* (pp. 21-26). LOM Ediciones.
- Di Mare Durán, L. y Presa, J. (2018). Sujetos inesperados... ¿hasta cuándo? Acerca de un caso clínico. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2), 13-17.
- Di Nella, Y. (2012). *Inclusión Mental. Políticas públicas con enfoque de derechos*. Editorial Koyatun.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMyA] (2013). *Lineamientos para la atención de la Urgencia en Salud Mental*. Ministerio de Salud de la Nación: Argentina.
- Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria. (2015). *Programa General de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria*. Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut.
- Fernández, A. (2002). *Poner en juego el Saber: propiciando autorías de pensamiento*. Editorial Nueva Visión.
- Frigerio, G. (2004). Identidad es el otro nombre de la alteridad. La habilitación de la oportunidad. En Frigerio, G., Diker G. (comps.). *Una ética en el trabajo con niños y jóvenes. La habilitación de la oportunidad*. NOVEDUC.
- Galheigo, S. M. (2003). O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 14(3), 104-109. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i3p104-109>
- García Ariceta, V. y Rosemblat, F. (2019). Diferentes momentos en un tratamiento de Terapia Ocupacional en un hospital de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires: Del "vine a morir" al "salir a la pelea". *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 69-74.
- Kleiban, S. (1997). T.O. Una apuesta singular. En C.O.L.T.O.A. *Terapia Ocupacional*. Grupo Editor.
- Ley N° 384 de 2009. Ley Provincial de Salud Mental. Provincia de Chubut. 19 de Octubre de 2009.
- Ley N° 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Nación Argentina. 2 de diciembre de 2010.
- Lucca, A. et al. (2022) *Hospital San Martin: ¿Qué lugar para las prácticas en salud mental? Ateneo Clínico*. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, Paraná, Entre Ríos.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139167017>
- Palazzini, L. (2020). *La práctica del analista en la urgencia Subjetiva*. [Disertación en Actividad Científica RISaM].
- Parra, M. A. (2010) *Ficha de Cátedra: Herramientas cualitativas de investigación/intervención en contextos comunitarios*. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Nacional del Comahue.
- Pautassi, L. (2018). El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 68(272-2), 717-742. <http://dx.doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67588>
- Schiavo, C., Tate, A. ., Penna, M., Stampella, L. ., Grendas, L. N., Romarion Benitez, V., Rose, L., Videtta, R., Arnaldo, J. & Richly, P. (2017). Análisis comparativo sobre las características de las internaciones en una sala de Salud Mental en un hospital general de agudos. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 28(133, mayo-jun.), 183-187.
- Spampinato, S. B., Testa D. E. (2016). Emprendimientos Sociales en Salud Mental. Transformar desde "abajo". *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(2), 19 -27 .
- Stolkiner, A. y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Revista Vertex*, 23(1), 57-67.
- Testa, D. (2020). "Un cuarto propio" y dinero en la billetera: condiciones de producción en terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 28(4), 1357-1364. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2047>
- Venturiello, M. P. (29 de abril 2020). *Diálogos sobre el cuidado: experiencias, reflexiones e investigaciones*. [Archivo de video] <https://www.youtube.com/watch?v=pKpdNi8ZsX0&t=8s>
- Vommaro, H. (2011). Historia de la internación. En Vommaro, H., Garramuño J., Tobal D. *Desafíos en Salud Mental*. (pp. 129-152). Ed. Polemos.
- Winnicott, D. (2003). Realidad y Juego. Gedisa.

Cómo citar este Relato de Experiencia:

Colombero, F. (2025). Internaciones por motivos de salud mental: Comentarios e interrogantes desde el campo de la salud mental comunitaria. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 11(1), 44-49.

Identidad: Reflexiones en torno a la construcción de un proyecto ético profesional en una Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental

Identity: Reflections on the construction of a professional ethical project in an Interdisciplinary Mental Health Residency

Camila Veronesi

Camila Veronesi

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional del Litoral (UNL). Residente de Terapia Ocupacional de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.

camila.veronesip@gmail.com

Resumen

El presente trabajo surge en el marco de mi tránsito por la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, en donde tuve la oportunidad de acompañar diversos procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados trazando lineamientos de un posicionamiento ético y político del rol profesional y por consiguiente del modo de ejercer la clínica. El objetivo de este escrito es reflexionar en torno a la construcción de procesos identitarios –los propios como profesionales de la salud y terapeutas ocupacionales, y los de las personas usuarias a las que acompañamos– desde tres lentes que están en constante interacción: lo clínico, lo ético y lo político.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, identidad, clínica, ética, políticas.

Abstract

This work arises within the framework of my experience in the Interdisciplinary Residency in Mental Health at the National Hospital in Network Licentiate Laura Bonaparte, where I had the opportunity to accompany various processes of health- illness-care, outlining guidelines for an ethical and political positioning of the professional role and consequently the way of practicing clinical work. The objective of this writing is to reflect on the construction of identity processes—both my own as health professionals and occupational therapists, and those of the users we accompany—through three lenses that are in constant interaction: the clinical, the ethical, and the political.

Keywords: Occupational Therapy, identity, clinical, ethics, politics.

Introducción

En el cotidiano de un hospital monovalente que, acorde a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, apuesta a la conformación de equipos interdisciplinarios desde una perspectiva crítica y compleja de la salud, emerge mi práctica profesional como terapeuta ocupacional en un dispositivo ambulatorio que ofrece espacios terapéuticos longitudinales a personas con diferentes problemáticas de salud mental.

En este marco, me encontré con el desafío de acompañar diversos procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, o a decir de Basaglia procesos de invención de salud¹, en donde emergió la necesidad por parte de usuarios y usuarias de trabajar aspectos vinculados a su identidad, a la par que iba construyendo algo de mi identidad propia como trabajadora de la salud.

Graciela Frigerio (2003), educadora argentina, hace referencia a que la identidad es la instancia simbólica que anuda lo biológico, lo social y lo subjetivo pero sin que ello lo vuelva esencia estable.

Es construcción, devenir, producto, búsqueda de lo que no será nunca totalmente encontrado, hallazgo, firma. Es huella, es nombre, es lo que permite que la gramática de lo singular sea inscripta y reconocida en una gramática de lo plural. Es herencia y creación, continuidad y ruptura. Deseo de inscripción y deseo de reconocimiento. Identidad es el otro nombre de la alteridad. (p. 3)

Alteridad, menciona la autora (2003), porque si bien la identidad tiene que ver con la idea que tenemos acerca de quiénes somos, idea que deviene como producto de múltiples prácticas y discursos; también tiene que ver con la idea de quienes son los otros, es decir con la representación que tenemos de nosotros mismos en relación con los demás. Lo propio y lo impropio. Lo relacional.

Entendiendo a la identidad desde esta óptica, me pregunto ¿Cómo se construye un proyecto ético profesional? ¿Mediante qué prácticas? ¿Qué técnicas?

Con la intención de profundizar en estos interrogantes, comparto un recorte situado de mi práctica desde tres dimensiones que resultan fundamentales para intentar reflexionar sobre la construcción de un proyecto profesional singular: *lo clínico, lo ético y lo político*.

Lo clínico

Ramiro relata pasar la mayor parte del tiempo en su habitación, en soledad. Presenta desorganización del sueño y de la alimentación. El único momento en que sale de su casa suele ser el día

que asiste al hospital. Contempla el mundo que lo rodea de manera sensible, le gusta la escritura, la música, la pintura y la fotografía. Al nombrarse a sí mismo, se describe como esquizofrénico y como un “ni” (*ni estudio ni trabajo*). Al conversar con su familia, se observan identificaciones similares hacia él.

Para describir su cotidiano, Ramiro dibuja una línea recta en el aire con las dos manos
..... “Plano”, refiere.

C: “¿Tenés alguna duda, alguna pregunta que me quieras hacer?”

R: “Mmm ¿vos qué pensás que me podés aportar a mi desde tu profesión?” (Comunicación personal con Ramiro, primera entrevista, septiembre de 2023).

Giménez (2010) manifiesta que si bien la identidad puede concebirse como un proceso subjetivo por el que los sujetos definen su diferencia de otros sujetos y de su entorno social mediante la auto-asignación de atributos culturales, frecuentemente valorizados y relativamente estables en el tiempo, resulta imprescindible comprender que esa auto-identificación requiere ser reconocida por los demás sujetos con quienes interactúa para que exista social y públicamente.

A partir de la narrativa de Ramiro, en donde se pueden vislumbrar un abanico de problemáticas que reconoce en su cotidiano enunciadas como padecimientos y malestares de larga data, que no parecerían tener posibilidad de movimiento, decido tomar desde el espacio de Terapia Ocupacional aquello que puede nombrar como andamiaje que por momentos le permite sostenerse: el arte. Arte como apuesta desde la disciplina a la construcción del tiempo. No un tiempo que preste solamente un andamiaje pragmático de lo que podríamos denominar rutina sino también, y sobre todo, uno que se construya desde lo singular y lo significativo, apostando a un cotidiano anudado por el lazo social.

Si bien parecía haber en el arte un lugar posible para hacer pie, fue preciso preguntarse cómo se presentaba esa conexión con el arte en el cotidiano de Ramiro. Se podría esbozar en principio que se presentaba en soledad, en la intimidad, por momentos avasallante y por momentos un lugar posible de escape, de resguardo.

Me dispuse así, a habilitar un lugar distinto a los que Ramiro tenía en el marco de su tratamiento, un lugar en donde el foco no está puesto en el delirio ni el malestar, sino en aquello que tiene posibilidad de potenciar a un sujeto desde sus propias coordenadas deseantes. Un espacio vinculado a la producción de vida, entendiendo esto como una apuesta posible desde mi núcleo²

1 Para Basaglia la invención de salud, implica más que una intervención técnica y está ligada a la reproducción social del paciente. (Sousa Campos, 2010)

2 El concepto de núcleo es tomado de Sousa Campos (2010) quién reconoce al núcleo como aquel que demarca la identidad de un área de saber y de

disciplinar, en el marco de una práctica construida desde el diálogo interdisciplinario con el resto del equipo.

Este núcleo disciplinar lo sitúo desde la tradición social de la Terapia Ocupacional (Rossi et al. 2019) en donde las prácticas tienen como eje central al sujeto, pero un sujeto comprendido como un nosotros colectivo, en comunidad, en territorio, en escenarios reales de vida; lo cual no implica únicamente sostener prácticas comunitarias y territoriales centradas en poblaciones vulnerables, sino también prácticas centradas en las personas, sus potencialidades y limitaciones en la trama de relaciones con otros y las redes que las sostienen (Galheigo y Angeli, 2008 en Paganizzi, 2015).

Con sus aciertos y desaciertos, se realizan algunas apuestas tendientes no a la organización del cotidiano per se, sino a la creación de un espacio que aloje desde la singularidad, que permita experimentar algo de alivio a partir de una identificación diferente, apostando a un hacer que favorezca el lazo social y permita correrse al menos efímeramente del sinsentido y proponga algo de ligazón a la vida.

Silvia Destuet (1999) conceptualiza el hacer significativo como aquel que deja marca, y manifiesta que “en la terapia individual, trabajar sobre el delirio debe ser muy importante. En Terapia Ocupacional, abrimos espacios que puedan ir bordeando este agujero para ir construyendo algo del orden del Hacer Significante.” (p.82).

Fue así como construimos conjuntamente un tiempo mediado por la lectura de poesías elegidas especialmente para ese encuentro, intercambiando y emprendiendo el camino de poder decir algo propio a partir de ese intercambio.

Ramiro manifiesta sentirse mejor. Refiere que puede “organizar mejor” su vida cotidiana, sobre todo sus espacios de sueño, habilitando esto mayor conexión con sus vínculos: *“Ahora como todos los días con mi familia, a la tarde tomo mates con mi mamá y hablamos”*. En un espacio en donde se trabaja con poesías, trae una de su autoría, la lee en voz alta a otra persona por primera vez, se emociona, deja pasar un momento y refiere *“capaz que soy un escritor”*. (Comunicación personal con Ramiro, marzo de 2024).

¿Qué apuestas permitió tomar la construcción de este tiempo desde una lectura clínica?

Retomando el concepto de identidad, Frigerio (2004) sostiene que el ser humano accede a su identidad a través de otros y que la misma se juega y despliega en términos de una relación: la del sujeto con otros (presentes o ausentes, reales o fantasmados). Hablamos entonces de una identidad sentida,

vivida y exteriormente reconocida de los actores sociales que interactúan entre sí (Gimenez, 2010).

Dirá Destuet (1999) entonces, que es parte de nuestra tarea ubicar significantes allí donde no alcanzan a ser reconocidos por el sujeto, facilitando la construcción de la obra y su circulación. Interrogando este hacer en el recorrido de un entramado que dé lugar a la apropiación.

De ahí la importancia de que Ramiro, en la construcción de otras identificaciones³ posibles, elija en su abanico de producciones una para compartir con un otro, otro que devuelve algo en forma de reconocimiento.

Que esto que estaba en un cajón pueda circular, pueda hacer algún lazo social, incluirse de alguna manera en la cultura. A partir de aquí tendrá un valor. Se va armando como una cadena, hasta llegar a que esto devenga significativo para él y no una pura imposición. (Destuet, 1999. p. 78)

Circulación de la obra pensada como la trascendencia de la misma, “haciendo lazo social como única posibilidad de inscripción en la cultura” (p.79). El otro entonces se convierte en testigo de ese hacer supuestamente individual, cerrado, aislado, ubicándose como terceridad, facilitando la apropiación de ese hacer desde otro lugar. El sujeto entonces, Ramiro, puede resignificar esa actividad a partir de otros, colocándolo en un lugar que le permite nombrarse de mínima como –capaz que– soy un escritor, comenzando a acceder a la circulación y al intercambio.

Busto y Mantilla (2002) refieren que si creemos en el poder terapéutico de la palabra, la misma deberá operar como liberadora de las lógicas y miradas que conciben al sujeto como enfermo mental, para poder relativizar su diagnóstico y posibilitar que su identidad no se encuentre anclada al “ser” esquizofrénico. En ello radica la importancia de ubicarnos como un otro que posibilita un espacio y un tiempo en donde poder escuchar, atestiguar y devolver.

¿Se puede pensar en el acceso a la circulación y la inscripción en la cultura puertas adentro de un hospital monovalente? Sin dudas no exclusivamente si nuestras prácticas abogan por la resignificación de una vida cotidiana compartida con otros/as y ligada a la emancipación. Sin embargo, en cotidianos en donde las condiciones de posibilidad se ven atravesadas por diversas capas de vulnerabilidad y arrasamiento subjetivo, quizás la institución tenga la responsabilidad de apostar por ese primer espacio-pasaje para un sujeto.

Aulagnier (1988) manifiesta que el drama de la psicosis es encontrar un lugar en el que algo pueda ser compartido. Este

práctica profesional y al campo, como ese espacio con límites imprecisos donde cada disciplina busca apoyo en las otras para cumplir sus tareas teóricas y prácticas. Núcleo y campo mutan y se influyen mutuamente.

3 Entendiendo este término desde el psicoanálisis como un proceso por el cual el sujeto se constituye y se transforma asimilando o apropiándose de aspectos, atributos o rasgos de los que lo rodean.

lugar a compartir con otro, desnuda la necesidad de poder crear un espacio propio. Podemos pensarnos entonces como soporte de un tiempo y espacio donde poder compartir algo y desde ahí intentar que se construya un lugar propio.

Ramiro finalmente elaboró su propio poemario, objeto concreto que lleva su nombre como nombre de un artista, objeto que como apuesta quizás permita compartir algo propio, singular, pero con otros, o quizás, objeto que permita sostener un modo de nombrarse diferente al de la enfermedad a través de la apropiación de una producción subjetiva singular.

¿De qué clínica hablamos entonces? En relación a lo planteado por Sousa Campos (2010) se podría decir que esta clínica no responde a una clínica en donde la intervención presenta un enfoque hacia lo biológico olvidándose de las dimensiones subjetivas y sociales de las personas, mediante saberes y prácticas marcados por el mecanicismo y la unilateralidad en el enfoque, abordando más a la enfermedad que al individuo. Sino a lo que el autor denomina *Clínica del sujeto*, como aquella centrada en los sujetos reales, en su existencia concreta, inclusive al considerar la enfermedad como parte de esta existencia.

En este sentido, se destaca la importancia de dirigir la intervención, no a resolver una problemática, sino a trabajar en equipo para la construcción de vida. Vinculado a esto, Silva Paim (2021) plantea la noción de necesidades sociales en salud, las cuales pueden ser entendidas no sólo como carencias o problemas de salud, sino como proyectos que expresan una necesidad radical: aquello que un ser necesita para continuar siendo un ser. Necesidad leída como parte de la reproducción social de una persona.

Disponer de un espacio que apueste a lo vivificante, compartir algo propio con un otro, trabajar sobre la pulsión de vida más que (o además de) sobre la sintomatología podría ser un modo de dar respuesta a aquello que Ramiro requiere para seguir siendo un ser bajo la lente de las necesidades en salud.

Por otro lado, se podría acordar en que hay un consenso más o menos universal dentro del campo de la salud mental sobre lo postulado por Basaglia (1971) en relación a colocar la enfermedad entre paréntesis, lo cual responde a esta clínica del sujeto de la que hablamos. Me interesa destacar la implicancia que tiene dicha afirmación, ya que no remite a la idea de eliminar por completo a la enfermedad, lo cual sería nuevamente reducir la clínica, sino por el contrario a ampliarla para que el mayor énfasis no sea puesto en el proceso de cura, sino en la invención de la salud y en la reproducción social de las personas.

Sousa Campos (2010) refiere que está bien centrar la acción clínica sobre el sujeto mientras éste sea un sujeto concreto, en el que su biografía, su propio cuerpo y su dinámica corporal están marcados por una singularidad. Colocar la enfermedad

entre paréntesis es un ejercicio óptimo que evita que la persona sufra iatrogenia o intervenciones exageradas, pero que no siempre mejora la relación de ese sujeto con el mundo.

Así, partiendo de Basaglia, creo es importante buscar una nueva dialéctica entre el sujeto y la enfermedad. Ni la antidialéctica positivista de la medicina que se queda con la enfermedad al descartarse cualquier responsabilidad por la historia de los sujetos, ni la revolución en el otro extremo: la dolencia (...) como si no existiera, cuando en verdad, ella está ahí, en el cuerpo, todo el tiempo haciendo barullo, anulando el silencio de los órganos. La enfermedad está ahí (...) tan simple como el proceso humano de nacer, crecer, gastar la vida, agotarla y morir –y sabiendo que las cosas no siempre ocurren en este orden exacto, cartesiano–. (p. 62)

Me interesa realizar una pequeña analogía sobre esta forma de pensar la clínica con lo que intento compartir en relación a la identidad, ya que no es mi intención referirme a la identificación con la enfermedad como un aspecto negativo a priori, ni considero que haya que intentar eliminar dicha identificación desde una concepción propia de lo que consideramos bueno o malo, entendiendo además que en muchas ocasiones las mismas proveen de un sostén y andamiaje posible. Lo que me interesa destacar, es la posibilidad de abrir camino en esa clínica para que pueda haber lugar para otras identificaciones posibles, que le permitan al sujeto reconocerse desde otro lugar, nombrarse de otro modo.

Ni ver la enfermedad sin sujeto, ni un sujeto sin enfermedad. Ni enquistarse en la identificación de un diagnóstico que obtura y limita, ni querer quitarle al sujeto esa palabra, ese nombre que en ocasiones puede ser apoyatura. Simplemente generar condiciones para que devenga otra cosa, otro tiempo, otro espacio, otra marca.

Ramiro, (esquizofrénico), escritor, “ni”, sensible
Ramiro, esquizofrénico, escritor, “ni”, (sensible)
Ramiro, esquizofrénico, (escritor), “ni”, sensible

Podrá formar parte de nuestra tarea generar condiciones de posibilidad para que sea el sujeto quién pueda colocar los paréntesis, de acuerdo al momento en el que se encuentre y a sus propios marcos y posibilidades de elección y movimiento.

Lo ético y lo político

Si la clínica sigue siendo “un espacio donde las personas invierten afectos y esperanzas, donde aún se producen valores de uso e, inevitablemente, se disputa poder” (Sousa Campos, 2010, p.47) resulta necesario pensarla también desde una dimensión ética y política.

María Lucía Barroco (2003) manifiesta que el contenido de la ética profesional se construye en la práctica cotidiana,

espacio de confrontación ante situaciones de conflicto que requieren un posicionamiento de valor que a su vez favorecen la explicitación de contradicciones, momentos de crisis, de dudas frente a la mejor opción a seguir. Además, refiere que la ética también está impregnada por posibilidades de conexión con valores humanos emancipatorios orientados hacia la construcción de una nueva sociabilidad, lo que supone una práctica social consciente volcada hacia la superación de la alienación.

La práctica clínica no es sin estas tensiones en términos de reflexión y toma de decisiones. Al pensar la situación de Ramiro, fueron muchas las preguntas sobre la posición a tomar y las apuestas a sostener.

Frecuentemente nos encontramos con una demanda hacia la disciplina vinculada a reordenar un cotidiano desorganizado y vacío, en donde el sujeto se presenta no haciendo (o no haciendo de acuerdo a la norma). Al tomar esta demanda podríamos caer en una lectura reduccionista que contemple de manera jerarquizada la reorganización de actividades cotidianas aisladas, omitiendo la importancia de construir un sentido para las mismas desde la perspectiva del sujeto.

En esta línea Destuet (1999) plantea que deviene a Terapia Ocupacional una fuerte demanda social teniendo en cuenta que la persona se encuentra muchas veces atrapada en una desocialización en relación a una ruptura de lazos sociales y más aún de su autonomía personal, por lo que es preciso estar advertidos para poder acompañar el recorrido de la singularidad, desandando la necesidad de crear un espacio propio que dé lugar a un encuentro posible, no cediendo a la oferta insistente: que haga, que participe, que esté ocupado, que se calme para calmarnos.

Se buscará entonces enmarcar el respeto por la singularidad como un posicionamiento ético para evitar que la persona quede atrapada en una doble alienación. En esta línea la autora remarca la importancia de abrir un espacio donde poner en juego sus elecciones, como primer movimiento para que algo devenga, o no, como elección propia.

Bajo esta lógica es que me pregunto ¿Cuál podría ser una ética posible? Pienso en primer lugar en lo siguiente: **generar condiciones de posibilidad en lugar de accionar incisivamente sobre un sujeto.**

Si nuestra ética está puesta en el ideal de que la persona se ocupe, sea autónoma, participe, ignorando los determinantes que atraviesan a un sujeto concreto y sin brindar las condiciones para que esa participación suceda, podemos incurrir fácilmente en prácticas de crueldad. El exceso de autonomía, la insistencia incisiva sobre un otro para que responda mediante el accionar cotidiano que se espera para él, pretender que la persona ubique sus intereses es posible que sea un acto de crueldad si no están dadas las condiciones de posibilidad

para pensar en eso. A veces lo significativo no viene a priori, sino que se constituye y se subjetiva en el hacer.

El foco estaría puesto entonces en poder realizar diagnósticos situacionales que nos permitan entender esas condiciones de posibilidad, para no ejercer desde un ideal profesional sino desde el reconocimiento del otro, y así poder proponer en tanto ofrecer sentido, pero sin que esa propuesta se vuelva rígida y no admita respuestas singulares (y distintas a las esperadas) de los sujetos. Crueldad como no miramiento del otro como sujeto singular, crueldad como imposición, entendiendo que si no podemos medir a priori el resultado de una intervención, suponer –y sostener– un ideal de autonomía y de participación nos deja en la encerrona de proponer andamiajes vacíos de sentido y por lo tanto carentes en su producción de salud.

Reflexiones finales

Da Rocha Medeiros (2008), nos invita a reflexionar sobre qué perspectiva escogemos desde Terapia Ocupacional ¿la del entrenamiento de las funciones? ¿la de la adaptación al ambiente? ¿o desde la perspectiva de potencializar las posibilidades de un sujeto crítico y creativo para resignificar su cotidiano?

El sufrimiento puede surgir y alojarse en los vericuetos del alma del sujeto, en la singularidad de una biografía personal y familiar. Pero también puede tener un carácter político y por ello la necesidad de pensar el modo en que el carácter político del dolor se encarna en el sujeto, emergiendo así la pregunta de cómo lo político (a través de qué política) podría evitar o aliviar el sufrimiento (Frigerio, 2003).

Ambas fuentes de dolor (las subjetivas singulares y las políticas des-subjetivantes) coinciden en muchas circunstancias y sujetos. En todos los casos se nos impone la pregunta: ¿es posible hacer otra cosa con lo cotidiano? ¿podremos, si organizamos otras experiencias, permitir que un encuentro devenga oportunidad (oportuno, adecuado, a tiempo, habilitante)? (p. 1)

Desde esta dimensión política, recupero las preguntas iniciales ¿desde qué clínica intervenimos? ¿en complicidad y respuesta a la demanda social, o desde el acompañamiento de un rearmado del cotidiano que tenga sentido para la persona?

Poder reflexionar sobre la clínica en un contexto en donde priman los discursos de odio, individualistas que pregonan una falsa libertad y el desmantelamiento del Estado, se vuelve fundamental para construir posicionamientos ético-políticos que contribuyan a mejorar la vida de las personas que acompañamos, vidas en su mayoría expresadas en subjetividades y cotidianos arrasados. Será preciso entonces construir

trincheras en donde poder, a decir de Frigerio (2004), *resistir, interrumpir, inaugurar*. ■

[Recibido 16/03/2025 - Aprobado 20/06/2025]

Referencias:

- Aulagnier, P. (1988). Como una zona siniestrada. *Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*; n. 15: p-161-175.
- Barroco, M. L. (2003). Los fundamentos socio-históricos de la ética. *Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*, 119-136.
- Basaglia, F., & Ongaro Basaglia, F. (1971). La malattia e il suo doppio. *La maggioranza deviante*, 135.
- Busto, C., & Mantilla, M.J. (2002). “La pata que no habla”. Acerca de lo Social en Salud Mental. *Revista Margen, Edición*, (26).
- Da Rocha Medeiros, M.H. (2008). *Terapia Ocupacional: Un enfoque epistemológico y social* - 1a ed. Santa Fe. Universidad Nacional del Litoral.
- Destuet, S. (1999). *Encuentros y marcas*. Grupo editor C.O.L.T.O.A. Argentina.
- Frigerio, G. (2004). Identidad es el otro nombre de la alteridad. La habilitación de la oportunidad. G. Frigerio & G. Diker (coords.), *Una ética en el trabajo con niños y jóvenes*, Buenos Aires: Novedades Educativas/CEM.
- Giménez G. (2010). Cultura, identidad y procesos de individualización. *Conceptos y fenómenos fundamentales de nuestro tiempo*, 3. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Paganizzi, L. (2015). T.O en Comunidad - Comunidad en T.O. IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. (pp. 22-33) Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Entre Ríos. Paraná. Entre Ríos: Ed. COTOER.
- Rossi, L., Nabergoi, M., Ortega, M.S., Venturini, Y. D., Medina, L. N., Albino, A. F., Itovich, F., Lopez, M.L y Pessa, J. (2019). Mapa de Tradiciones de Terapia Ocupacional con ejes teórico-epistémicos-prácticos. En *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5 (2), 25-27.
- Silva Paim, J. (2021). *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI* - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Salud Colectiva ; 15).
- Sousa Campos, G. W. (2010). *Gestión en salud : en defensa de la vida*. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2021. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Salud Colectiva ; 14)

Cómo citar este Relato de Experiencia:

Veronesi, C. (2025). Identidad: Reflexiones en torno a la construcción de un proyecto ético profesional en una Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 11(1), 50-55.

Addams, Slagle y otras precursoras de la Terapia Ocupacional

Autor: Rodolfo, Morrison (2024). Editorial Universitaria, 160 páginas.

Abigail Lobo Carinao

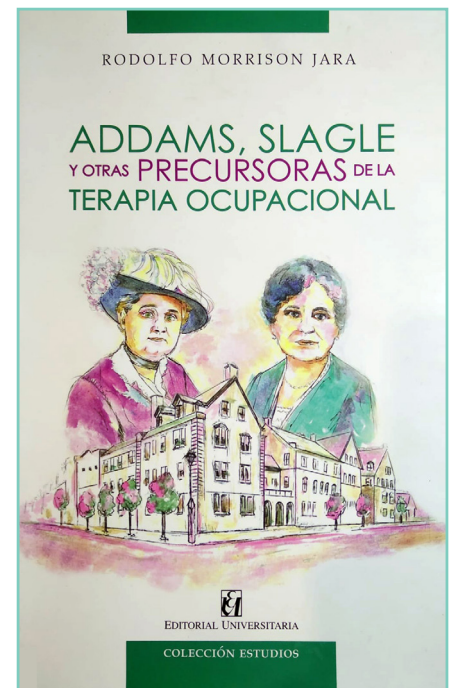
Abigail Lobo Carinao

Bachiller en Terapia Ocupacional, Universidad Academia de Humanismo Cristiano (Chile).

abigail.lobo@uacademia.cl

“Una versión tradicional en la historia de la terapia ocupacional muestra cómo casi solamente varones, gracias a ‘su intelecto superior’, han forjado una disciplina profesional, ayudados –en una proporción bastante menor– por algunas ‘mujeres excepcionales’” (Morrison, 2024, p. 56). La obra de Rodolfo Morrison “Addams, Slagle y otras precursoras de la terapia ocupacional” constituye una invitación para cuestionar la legitimidad de algunas narrativas tradicionales sobre el rol femenino en la historia tras bambalinas de la disciplina. Para ello, el autor despliega una reflexión crítica dividida en tres capítulos: el primero, dedicado a Jane Addams y las mujeres de la Hull House, el segundo, enfocado en contrastar la historia oficial de la disciplina frente a una versión feminista de la misma, y el tercero, versa sobre el rol de Eleanor Clarke Slagle y sus fundamentos epistemológicos pragmatistas.

La narrativa estandarizada de la Terapia Ocupacional tiende a enfatizar y destacar los grandes hitos efectuados por aquellos hombres que forjaron su consolidación, relegando a un segundo plano –tras las sombras de la mera asistencia– al género femenino. Pero alguien que quiera investigar críticamente la historia de su disciplina debe replantearse esta narrativa oficial impregnada de androcentrismo. En esta línea cabe preguntarse ¿esta historia de los grandes avances en Terapia Ocupacional ha sido realmente cómo se transmitió o tiene sesgos y prejuicios que no podemos advertir a simple vista? ¿La fría ciencia se ha inclinado por tendencias



de género que han exaltado a unos y ensombrecido a otras? ¿Cuál ha sido el verdadero rol de las precursoras femeninas en la constitución de la Terapia Ocupacional? Estas preguntas han de ser meditadas desde un inicio, ya que si el género femenino hubiese tenido más crédito en cada avance y experiencia científica, no estaríamos cuestionando lo que se ha investigado en gran parte por el sexo opuesto. Quien se interese por conocer el origen y devenir de su disciplina debe explorar esta contracara de la historia oficial, enterarse de lo que por décadas ha quedado relegado de los salones de clase y los textos oficiales.

La obra comienza con el prólogo de Luna Grandón y un prefacio de Morrison Jara. Este primer acercamiento logra

condensar los temas principales, inicia con la biografía de Jane Addams quien fue capaz de superar el poco reconocimiento hacia las mujeres que imperaba en su época. A pesar de los obstáculos hegemónicos de género, el intelecto de Addams la llevó a convertirse en una de las fundadoras de la Hull House en Estados Unidos sobre los cimientos filosóficos del pragmatismo junto al enfoque feminista con miras al activismo social. Estas bases fueron las que desarrollaron las principales propuestas teóricas y prácticas de la Terapia Ocupacional en sus inicios.

Morrison explicita la contracara de la historia oficial de la disciplina, aquella en la que el rol de las mujeres pasa a primer plano. Figuras como Addams, Starr, Lathrop, Slagle, Tracy y Cox tuvieron que demostrar sus capacidades y aptitudes de manera estratégica con el fin de posicionar a la Terapia Ocupacional como una profesión científica legítima. Estas precursoras lograron aliarse con mujeres que participaban de los círculos de caridad, pero también con los varones quienes representaban la validez del conocimiento médico.

El libro se detiene en destacar el 'tratamiento moral' individualizado de Phillipe Pinel como un antecedente de la relación entre ocupación y rehabilitación en pacientes psiquiátricos de finales del siglo XVIII. Con el avance de las épocas y la industrialización, este enfoque perdió relevancia como tal, pero devino en el movimiento de 'artes y oficios' de Ruskin (1819-1900) y Morris (1834-1896), el que priorizaba productos manufacturados por sobre la producción industrial, ya que ésta, limitaba la felicidad humana debido a la reducción de la integridad y los valores culturales causados por la repetición en cadena. De ahí surgió el incentivo de vivir una vida sencilla para alcanzar mayor tranquilidad individual.

Morrison repasa cómo esta disciplina en ciernes adquirió mayor relevancia tras los significativos aportes que proporcionó a los soldados lesionados de la Primera Guerra Mundial. A raíz de este desafortunado origen se consolidó el primer grupo de ayudantes de la reconstrucción –conformado por mujeres mayores de 25 años con formación educacional previa– cuyo objetivo era brindar un tratamiento oportuno para la reincorporación en batalla o reinserción laboral (Morrison, 2024, p. 82). Morrison continúa comentando cómo posteriormente, al concluir la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), hubo un incremento en la rehabilitación mental y física para los soldados amputados que requirieron confecciones de prótesis y la recuperación de su autonomía. Mientras la economía crecía cada vez más, la industria y el trabajo mecanizado requirieron de nuevas especialidades que se centraran en

los problemas laborales en materia de salud física, todo ello promovió el origen y necesidad de la Ergonomía, un conocimiento que sigue vigente.

'La ocupación como tratamiento' es una frase acuñada por Susan Tracy para referirse a las enfermeras ocupacionales quienes se formaron en Terapia Ocupacional, ellas fueron las primeras en desinstitucionalizar a los pacientes psiquiátricos para que pudieran ocuparse en sus hogares. De esta manera, Tracy defendió la idea de que la ocupación debería prescribirse al igual que un medicamento debido a los grandes beneficios psicológicos y físicos (Morrison, 2024, p. 78-79).

Otra figura importante dentro de la historia del feminismo y la formación de la Terapia Ocupacional fue Slagle quien con sus aportaciones teóricas se destacó en el nicho académico científico donde se le etiquetó como 'la Jane Addams de la Terapia Ocupacional' (Morrison, 2024, p. 91). Como presidenta de la NSPOT (Asociación Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional) decidió denominarla AOTA (Asociación Americana de la Terapia Ocupacional), la cual pasó a construir un marco de trabajo para los profesionales de la actualidad. El liderazgo y profesionalismo de Slagle reflejaron sus fuertes ideales en el movimiento de artes y oficios, así como en el tratamiento moral, la higiene mental y el movimiento obrero (Morrison, 2024, p. 103). Estos fueron desarrollados dentro de la Hull House en Chicago bajo la corriente filosófica pragmatista y el feminismo.

Al concluir la obra, el lector es llevado a reflexionar sobre cómo la historia de la Terapia Ocupacional no puede desprenderse de la validación científica que se consiguió gracias a las mujeres, ya que éstas jugaron un rol clave al presentar la profesión ante el público médico. Está claro que las estrategias y alianzas que forjaron poco a poco estas precursoras dieron fruto a varios proyectos como la Hull House. Morrison en su obra destaca la intelectualidad de algunas mujeres por haber sido las precursoras olvidadas de la Terapia Ocupacional. Para ello usa un lenguaje comprensible con el objetivo de acercar cada vez más la historia y la epistemología de la profesión. El principal valor del libro se encuentra en su capacidad para repensar la disciplina en perspectiva feminista, cuestionando críticamente la narrativa oficial sobre los orígenes de esta. Por tanto, resultará una obra sumamente enriquecedora y recomendable para estudiantes, académicos y profesionales de la Terapia Ocupacional. ■

[Recibido: 15/03/25 - Aprobado: 20/06/2025]