

REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Año 4 - N° 1
Julio 2018
ISSN 2469-1143



AATO

Asociación Argentina
Terapeutas Ocupacionales



Presentación

Con este volumen, nuestra revista concreta su tercer año consecutivo de existencia. Parece una cifra poco relevante, si acaso se lo compara con otras publicaciones afianzadas en el campo, pero no resulta un hecho menor en tanto abre la posibilidad de aspirar a ser incluida en índices y bases de datos de ediciones científicas de la región. Ello debe ser comprendido en un contexto político adverso para el desarrollo de las investigaciones, en su más amplio sentido y, en particular para la Terapia Ocupacional, disciplina que vemos florecer y evolucionar en múltiples escenarios, cada vez más arraigada en la diversidad y la pluralidad, y que requiere, de igual modo, afianzar canales y soportes para la discusión de sus saberes.

Un logro importante a destacar es el incremento del número de colaboraciones enviadas por autores de países latinoamericanos y de España, lo cual refleja que, paulatinamente, la Revista Argentina de Terapia Ocupacional alcanza a un público que excede las fronteras nacionales. Deseamos, también, valorizar y agradecer las revisiones voluntarias de los evaluadores, quienes, no sólo aportan a este proyecto editorial sino al diálogo académico y científico entre nuestra comunidad, además de sumar belleza a cada una de las producciones.

En el presente volumen, compartimos colaboraciones de autores argentinos, brasileros y españoles. Comenzamos con una Carta editorial, redactada por Agustina Ciampa y Florencia Itovich, referida al 17° Congreso Mundial de Terapia Ocupacional, realizado en mayo en la ciudad de Cap Town, Sudáfrica. Luego, en la sección de artículos, un grupo de académicas de la Universidad Nacional de Quilmes, presentan avances de un proyecto de investigación orientado a la práctica: *Estudio cualitativo de los aspectos facilitadores de la participación social en los jóvenes con discapacidad*. Las autoras, Fabiana Cacciavillani, Mariela Anderson, Rut Leegstra, Cecilia Prada, Maricel Bertolotto, Silvia Polinelli, Marcela Delfino, Liliana Cristiani y Laura Lobato, identifican las estrategias de participación social que utilizan los familiares de adolescentes con discapacidad, así como también analizan y clasifican a las mismas en relación a algunos ejes y tipos, de acuerdo a los intereses propios de la edad y a las características de las familias.

Luego, Virginia Álvarez, en el artículo *Terapia Ocupacional y consumos problemáticos de drogas*, reflexiona acerca de la modalidad de intervención de terapeutas ocupacionales que trabajan con personas que presentan dichos consumos problemáticos, en la ciudad de Mar del Plata y Batán. En su análisis señala los enfoques abstencionista/prohibicionista y el de reducción de daños; considera además el sentido político y ético de prácticas profesionales.

El trabajo de María Belén Castelli, *Terapias complementarias, hacia una intervención holística de la salud*, presenta modelos teóricos occidentales y orientales de la Terapia Ocupacional, así como técnicas a ser utilizadas en nuestra práctica diaria, vinculadas al

cuidado de la salud. Reflexiona sobre las prácticas como posibilidad de transformación, con una visión integral y holística, basada en el conocimiento de otras herramientas que contribuyan a promover el bienestar.

Patrícia Carla de Souza Della Barba, Bruna Pereira Ricci Marini, Ana Célia Nunes y Débora Ribeiro da Silva Campos Folha, nos introducen en un tema escasamente explorado, la atención de niños con Síndrome Congénito del virus Zika. En el artículo *Terapia Ocupacional e a atenção a crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus na perspectiva da Intervenção Precoce*, quedan planteadas posibilidades de intervención desde Terapia Ocupacional, ámbito en el cual se discuten cuestiones relativas al papel de esta disciplina en perspectiva del cuidado integral a los niños en una intervención temprana.

Desde la Universidad de Sao Carlos, Brasil, Pamela Bianchi, contribuye con un muy interesante relato de experiencia, *Dos entrecruzamientos da Terapia Ocupacional e o território: reflexões a partir da prática profissional na Atenção Básica em Saúde*. La autora reflexiona sobre las limitaciones y alcances de las intervenciones territoriales de terapeutas ocupacionales, a partir de datos empíricos obtenidos en una experiencia de Atención Básica de la Salud en un municipio de San Pablo. El territorio es considerado mucho más que como *locus* de intervención, sino que es visto como un instrumento para potenciar intervenciones que propician la circulación y la inclusión social, en tanto articulan con las motivaciones y necesidades de los sujetos y las comunidades involucradas.

La revisión realizada por Nuria López Soler, Miguel Ángel Martínez Montesinos y Marcos Martínez Pino, titulada *El rol investigador del terapeuta ocupacional en la esclerosis múltiple en España*, explora sobre el impacto científico de la investigación en dicha temática, a partir de los trabajos incluidos en las ba-

ses de datos bibliográficas más relevantes de las ciencias de la salud del mencionado país.

La Crónica sobre el *Fórum Social Mundial: catalizador de luchas*, realizada por Valentina Vinzón e Isabela Aparecida de Oliveira Lussi, inaugura esta nueva sección de la Revista Argentina de Terapia Ocupacional, y describe algunas actividades y experiencias vivenciadas por las autoras durante ese evento, celebrado entre el 13 y 17 de marzo de 2018, en la ciudad de Salvador de Bahía, Brasil. Se revela así, la importancia de los espacios participativos y de los debates abiertos para la defensa de la democracia, los derechos humanos y las luchas sociales. Se hace hincapié en la importancia de la discusión sobre este tema en nuestra disciplina.

Finalmente, incluimos dos reseñas. La primera, de carácter histórico, redactada por Silvia Narváez, trata sobre el libro de las autoras argentinas Mercedes Acuña y Magali Risiga, *Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria. Guía para profesionales que trabajan con pacientes añosos*. Se desarrollan modelos de técnicas para ser aplicadas con la finalidad de mejorar y/o mantener las funciones cognitivas de los adultos mayores siendo de gran utilidad en el tratamiento de los mismos. La segunda, se refiere a una edición más reciente, y está realizada por Laura Frutos, sobre el libro *Ortesis de la mano y la muñeca. Protocolos de reeducación*, cuyos autores son Micheline Isel, Michel Merle y Maria Laura Frutos. En ella nos presenta un resumen de la traducción desde el idioma francés al español, del protocolo de la triada compuesta por la cirugía de mano, la patología a ser tratada y la recuperación funcional, y se define la ortesis apropiada en función de la patología sobre la que se interviene y la reeducación conveniente para las distintas funciones.

Esperamos que disfruten de la lectura de los artículos y que se expanda el deseo de compartir y debatir sobre nuestras producciones. ■

Comité Editorial

Cómo citar este artículo:

Comité Editorial (2018). Presentación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1), 1-2.



17° Congreso Mundial de Terapia Ocupacional: "Conectados en la Diversidad. Posicionados para el impacto". Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Agostina Ciampa | Florencia Itovich

Agostina Ciampa

Licenciada en Terapia Ocupacional (UBA). Doctoranda en Psicología con orientación en Neurociencias Cognitivas Aplicadas. Docente de posgrado de la Universidad Favaloro. Miembro de la Comisión Directiva AATO y Delegada Argentina ante la WFOT.

agostina.ciampa@gmail.com

Florencia Itovich

Licenciada en Terapia Ocupacional (UNSaM). Docente de UNSaM. Residente de Residencia de Terapia Ocupacional de C.A.B.A.

floritovich@gmail.com

Ha transcurrido entre los días 21 y 25 de mayo de 2018 en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, el 17° Congreso de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT), cuyo lema fue "Conectados en la Diversidad: Posicionados para el Impacto". Sudáfrica es un país marcado por las desigualdades y la violencia desde las primeras colonizaciones portuguesas, holandesas y británicas (SXVII-SXVIII). Desde aquellos momentos, la mayor parte de la población negra es esclavizada y sometida al servicio de los blancos, imposibilitada de acceso a la educación y a puestos de poder. Cuando empiezan a revertirse algunas de estas situaciones y la población negra accede a algunos derechos, surge, en contraposición el sistema del *apartheid*, que se instala desde 1948 por más de cuarenta años. Un sistema político y social basado en la privación de derechos y en la segregación de los distintos grupos raciales. Se traslada a las personas negras a zonas distintas de las ciudades, se dividen servicios públicos, se instala un sistema educativo para negros (educación Bantú) en donde únicamente se enseña lo que el blanco considera que el negro necesita aprender para sobrevivir, se marca con un "pase" a las personas negras y se las obliga a llevarlo consigo bajo pena de arresto. En 1994 los negros votan por primera vez llevándose a cabo las primeras elecciones multirraciales en las que asumió Nelson Mandela, luego de estar casi tres décadas preso por disidencia política.

Entonces, la historia no es gratuita. La población negra supera el 70% de la población total y, sin embargo, sigue siendo marginalizada. Las divisiones entre blancos y negros se vivencian cotidianamente en cada una de las actividades que realizan las personas. Blancos y negros hablan distintas lenguas, circulan por espacios segregados, no comparten instituciones educativas, se relacionan con personas de su misma raza, son empleadores o empleados.

En este contexto, se instala el Congreso Mundial, donde todos tenemos derecho a hablar. Todos podemos contar qué estamos haciendo con y desde la Terapia Ocupacional en nuestro país. Y lo podemos contar, aún siendo sudafricanos que estudiaron en el sistema de educación Bantú. Hablar de *conexión en la diversidad* no es cliché, es también, una intención firme, un enérgico deseo que la Terapia Ocupacional como disciplina se instale desde esa perspectiva en el país que le da lugar al evento. Hablar de *Posicionados para el Impacto* trae esa esencia. Los espacios abiertos al debate sobre temáticas sensibles a las inequidades, a las situaciones locales de injusticia ocupacional, y dirigidas a la demanda de las realidades sociales de cada lugar, parecen ser lugares que buscan que cada asistente se repiense en sus prácticas, y se lleve de allí, contactos en el resto del mundo para seguir construyendo.

Asistieron al evento más de dos mil colegas y se realizaron mil ciento cincuenta presentaciones; desde Argentina, concurren diecinueve terapeutas ocupacionales. Quienes estuvimos allí, enseguida vivenciamos la importancia y la necesidad de que el Congreso se llevara a cabo en dicha ubicación geográfica. Sudáfrica, con

toda su historia, con los diferentes movimientos a favor de los derechos humanos, las culturas de distintos orígenes que intentan convivir, junto con las luchas por la justicia ocupacional y una geografía impactante, dio lugar por primera vez a un congreso de Terapia Ocupacional de tal magnitud y características en la región. Una Terapia Ocupacional que hoy cuenta con quinientos cincuenta mil profesionales trabajando a lo largo del mundo y alrededor de cien mil estudiantes, lo que da cuenta de un crecimiento exponencial de nuestra profesión en los últimos años y en los que vendrán.

Desde el primer día escuchamos los siguientes conceptos interconectados: *diversidad, Terapia Ocupacional responsiva al contexto, interdependencia, autogestión, justicia ocupacional y colonización de la mente*. Al comenzar el congreso, Marilyn Pattison, presidenta de la WFOT dijo “¿*tienen sueños? Porque si tienen sueños, tienen el deber y la responsabilidad de llevarlos a cabo*”. Tuvimos el privilegio de escuchar a Elelwani Ramugondo, quien invitó a los terapeutas ocupacionales a ser activistas en sus comunidades, a “descolonizar” la práctica de la Terapia Ocupacional, para que se ajuste aún más al contexto donde es ejercida, y a desarrollar nuestra conciencia ocupacional. Luego, presenciamos charlas sobre el trabajo de terapeutas ocupacionales con poblaciones desplazadas, refugiadas o en situación de calle. Además, se evidenció que continúa emergiendo el trabajo de Terapia Ocupacional relacionado con perspectivas de género. Una conferencia central se trató de un panel de usuarios de Terapia Ocupacional, donde disertaron: un usuario de servicios de Salud Mental, un asistente de investigación en zonas rurales y un grupo de abuelas que se unieron contra la pobreza y el SIDA Grandmothers Against Poverty and Aids (GAPA). Por otra parte, continúan creciendo los conocimientos en las áreas de neurología, salud mental, gerontología, pediatría y de inclusión escolar y laboral. A su vez, fueron presentados numerosos trabajos sobre la educación de Terapia Ocupacional y sobre el desarrollo de la profesión en distintos países. También, se brindaron espacios de visitas a las prácticas en la realidad local y momentos de intercambio cultural: círculos de percusión, música local, venta de productos regionales; los no-asistentes al evento pudieron seguirlo mediante nuevas tecnologías (aplicaciones del congreso, videos online en vivo). El Congreso finalizó con una conferencia magistral de la terapeuta ocupacional canadiense Karen Whalley-Hammell, donde refirió que el sentido común, no es tan común, sino que es único, parcial y situado en una cultura. La colega reflexionó sobre otras posibles formas de clasificar las ocupaciones en relación a las categorías tradicionales (basadas en actividades de la vida diaria, tiempos libre y productividad), a las que considera como poco representativas, para incluir otras, como las ocupaciones de supervivencia, las que contribuyen al bienestar de comunidades, las co-ocupaciones, las ocupaciones colectivas y conmemorativas (que hon-

ran tradiciones) y, también, aquellas motivadas por el deseo de cuidar la tierra y los océanos. Con todo esto, nos invitó a “descolonizar nuestra mente”, a pensar en evaluaciones, abordajes e investigaciones que respondan a las necesidades de nuestra comunidad local.

En los meses previos a este evento, los colegas hispano parlantes pusieron en debate la traducción simultánea de las conferencias, al menos las centrales, a los diferentes idiomas, y la posibilidad de respetar el idioma de origen de cada uno de los expositores al momento de hacer su presentación. Teniendo como antecedente la experiencia del 15° Congreso Mundial realizado en Santiago de Chile en el año 2010, donde se implementó la traducción simultánea del par español-inglés. Lamentablemente esto no pudo coordinarse y sólo pudimos escuchar la lengua oficial del congreso: el inglés. Nos seguimos preguntando cómo podríamos hacer para que la conexión en la diversidad pueda ser siempre transversal a las prácticas en este sentido para futuros encuentros.

Argentina estuvo presente a través de tres ponencias y once pósters, que referían a diversas experiencias clínicas y de investigación en las siguientes áreas temáticas: daño cerebral adquirido, posicionamiento para los propósitos, desarrollo profesional de la TO, promoción de la salud, rehabilitación, impacto de la Terapia Ocupacional, asuntos de práctica contemporánea y desarrollo comunitario basado en la ocupación. Algunos colegas que no tuvieron posibilidad de asistir, presentaron sus trabajos a través de compañeras, lo que da cuenta de que la pluralidad de voces escuchada fue aún mayor.

Presentaciones orales:

María Marcela Bottinelli, Mariela Nabergoi, Andrea Fabiana Albino, Sergio Remesar, Francisco Díaz, Carolina Maldonado, Cecilia Garzón: *Educación Universitaria en Salud Mental en Argentina. Adecuación de existente currículo de Recomendaciones para Universidades relacionadas con el National Mental Ley de Salud y Adicciones No. 26.657* (Presentado por Chiara Buzzelli)

Maria Agostina Ciampa, María Roca, Alicia Lischinsky, Julieta Camino: *Programa de integración laboral específico con un paciente con lesión cerebral traumática* (Presentado por María Agostina Ciampa)

Mariela Nabergoi: *Transformación de la atención psiquiátrica hacia el enfoque de la atención a la salud mental en Argentina. Participación de la Terapia Ocupacional en la construcción y desarrollo del campo de la salud mental en Buenos Aires (1957-1976)* (Presentado por Florencia Itovich)

Pósters:

Crivelli, Bonetto, Farez, Russo, Prado, Campos, Cohen, Chrem Méndez, Sabe, Allegri: *Desarrollo de una batería neuropsicoló-*

gica para conductores con demencia leve. (Presentado por Mariana Bonetto)

Chiara Buzzelli, Victoria Tezanos Pinto y Clara Zerboni: *Investigación sobre los resultados de la intervención de terapia ocupacional (TO) en habilidades motrices finas (MF) en niños de 4 años que viven en la pobreza.*

Myriam Scaffa, Carla Gualtieri, Fernando Cáceres, Laura Saladino: *Eficacia de la neurorrehabilitación basada en Realidad Virtual y Telerehabilitación en pacientes con Esclerosis Múltiple en Argentina. Estudio 'Reavitelem' Fase I.* (Presentado por Carla Gualtieri)

Lucía Florencia Clara y Florencia Yael Itovich: *Prevención de lesiones musculoesqueléticas, en músicos de cuerda, en el entorno educativo.*

Juan Manuel Zorzoli, Luis Chaura, Mariela Nabergoi, Liliana Paganizzi, Andrea Albino, María Marcela Bottinelli, Micaela Waldman: *Ateneos Bibliográficos. Lectura, reflexión y construcción colectiva sobre Terapia Ocupacional contemporánea* (Presentado por Silvina Montilla)

Liliana Paganizzi: *Sobre el surgimiento de los fundamentos sociales de nuestra profesión: las actividades profesionales argentinas en los '80.*

Vanina Lado, Melania Ron, Isabel Aranguren, Lisandro Olmos, Julieta Russo.: *Medición del rendimiento en actividades de la vida diaria en el accidente cerebrovascular: seguimiento de 6, 12 y 24 meses* (Presentado por Melania Ron)

Melania Ron, Patricia Bruna, Milagros Rossello, Lisandro Olmos: *Participación en los programas educativos para familiares y cuidadores. En un Centro de Rehabilitación -FLENI* (Presentado por Melania Ron)

Liliana Sbriller: *Riesgos laborales y desempleo en Argentina desde 1990.*

Mariela Nabergoi, María Marcela Bottinelli, Marcela Mattei, Juan Manuel Zorzoli, Maureen Mulvey, Julieta Briglia y Francisco Manuel Díaz: *Video documental de Terapia Ocupacional en Argentina. Creación del programa de capacitación y desarrollo dentro de la región.* (Presentado por Victoria Tezanos Pinto).

María Marcela Bottinelli, Mariela Nabergoi, Andrea Fabiana Albino, Francisco Díaz, Sergio Remesar, Carolina Maldonado, Cecilia Garzón: *Propuestas de capacitación fundamentales en salud mental en Argentina. Lanús: antecedentes en salud mental interdisciplinaria y comunitaria con impacto en el desarrollo de la terapia ocupacional, políticas y experiencias nacionales y regionales de salud.* (Presentado por Clara Zerboni)

Sofía Murphy: *Reflexiones sobre la difusión de las modalidades de empleo disponibles en Argentina para personas con discapacidad.*

Es de esperar, que la participación de Argentina siga creciendo en los próximos Congresos mundiales, ahora en vistas al 18º Congreso WFOT a realizarse en París, Francia en el año 2022 bajo el lema *Re-Evolución Ocupacional*". ●

Cómo citar este artículo:

Ciampa, A., Itovich, F. (2018). Carta de Editores. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1), 3-5.



Estrategias familiares que facilitan la participación social de los adolescentes con discapacidad

Family strategies which facilitates social participation of adolescents with disabilities

María Fabiana Cacciavillani | Mariela Anderson | Rut Leegstra | María Cecilia Prada | Maricel Bertolotto | Silvia Polinelli | Marcela Andrea Delfino | Liliana Cristiani | Laura Lobato

María Fabiana Cacciavillani: Especialista en Metodología de la Investigación Científica. Licenciada en Terapia Ocupacional. Docente e Investigadora Universidad Nacional de Quilmes. Terapista ocupacional en el Hospital Dr. J.M. Jorge de Burzaco. fcacciavillani@unq.edu.ar

Mariela Anderson: Especialista en Metodología de la Investigación Científica. Licenciada en Terapia Ocupacional. Docente e Investigadora Universidad Nacional de Quilmes. andersonmariela@gmail.com

Rut Leegstra: Terapista Ocupacional. Docente e investigadora. Terapista ocupacional del Hospital Gral. de Agudos Gral. San Martín (1978/2013). rleegstra@unq.edu.ar

María Cecilia Prada: Licenciada en Terapia Ocupacional. Docente e investigadora. Jefe de Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Dr. J. M. Jorge. mceciliapradapando@gmail.com

Maricel Bertolotto: Especialista en rehabilitación en Ortopedia y Traumatología. Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Docente en la Universidad Nacional de Quilmes. Kinesióloga en el Instituto Municipal de Rehabilitación de Avellaneda. mbertolotto@unq.edu.ar

Silvia Polinelli: Licenciada en Terapia Ocupacional. Especialista en Drogadependencia. Docente de la Universidad Nacional de Quilmes. Directora de la Especialización en Terapia Ocupacional Comunitaria, Universidad Nacional de Quilmes. spolinelli@unq.edu.ar

Marcela Andrea Delfino: Licenciada en Terapia Ocupacional. Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de Quilmes. Ex Residente del Hospital San Martín de La Plata. maydelfino84@gmail.com

Liliana Cristiani: Licenciada en Terapia Ocupacional. Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de Quilmes. Terapista ocupacional del Hospital Rural Lago Puelo, Poia. Chubut. lcristiani@unq.edu.ar

Laura Lobato: Licenciada en Terapia Ocupacional. Docente de la Universidad Nacional de Quilmes. Terapista ocupacional en Equipo Interdisciplinario Neurodesarrollo del Sur. lauraunqui@gmail.com

Resumen

El presente trabajo pertenece al proyecto “Estudio cualitativo de los aspectos facilitadores de la participación social en adolescentes con discapacidad”, radicado en la Universidad Nacional de Quilmes.¹ La participación en las ocupaciones implica el compromiso activo de la persona en el desempeño. La participación social (una forma de ocupación) incluye actividades en la comunidad, con compañeros y amigos, que implican la interacción social con otros. El desempeño de las actividades involucra aspectos relacionados con la persona, el ambiente y propios de la ocupación. Ante la presencia de la discapacidad las ocupaciones pueden verse restringidas.

En esta investigación nos propusimos indagar acerca de las estrategias que tienen los familiares para facilitar el compromiso en las actividades de participación social en los adolescentes con discapacidad. Para ello se realizaron 6 talleres con grupos de familiares pertenecientes a los Municipios de Alte. Brown, Lomas de Zamora y Quilmes.

Las estrategias detectadas fueron clasificadas en función de factores de la persona, del ambiente o de la ocupación. Además, se observaron estrategias ligadas a la naturalización de las sugerencias terapéuticas recibidas por parte de los profesionales de la salud, estrategias ligadas a la prolongación de acciones de cuidado y estrategias más innovadoras que buscan la integración en espacios comunitarios.

Palabras clave: Adolescencia, Participación Social, Discapacidad.

Abstract

The present work belongs to the project “Qualitative Study of facilitator aspects of the social participation in teenagers with disability”, which belongs to Quilmes National University.

Participation in occupations involves active commitment from the person in the performance. Social participation (a form of occupation) includes activities in the community, with companions and friends, which implicates social interaction with others. Activity performance involves aspects related to the person, the environment and from occupation itself. Occupations can be restricted in the presence of disability.

In this project we proposed to investigate about the strategies that family members use to facilitate commitment in social participation activities in teenagers with disability.

For this purpose, six workshops were realized with groups of family members belonging to the following towns: Almirante Brown, Lomas de Zamora and Quilmes.

The detected strategies were classified taking into account individuals` factors, those of the environment, or of the occupation. In addition, we observed strategies related to the naturalization of the therapeutic suggestions received by health professionals, strategies related to the prolongation of care actions and innovative strategies that look forward to the integration in community spaces.

Key words: Adolescence, Social Participation, Disability.

¹ “Estudio cualitativo de los aspectos facilitadores de la participación social en adolescentes con discapacidad” dirigido por la Licenciada María Fabiana Cacciavillani, codirector Mariela Anderson, perteneciente a proyectos de investigación orientados a la Práctica profesional del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes.

Introducción

El desarrollo adolescente² es una interacción delicada con los entes sociales del entorno; refiere no solo a su biografía individual, sino a su historia y al presente de su sociedad. Este periodo produce con mayor intensidad interacción entre tendencias individuales, adquisiciones psicosociales, metas socialmente disponibles, fortalezas y desventajas del entorno (Krauskopt, 2000).

La adolescencia es una etapa de búsqueda de la identidad y diferenciación con los padres. Rafael Obregón (2001) plantea que en esta etapa de la vida los intereses se diversifican, así como las relaciones con distintos grupos e instituciones sociales como padres, familia, escuela y pares. La grupalidad se instala como forma de participación en la vida cotidiana.

La participación social en la adolescencia toma un lugar de importancia, tanto por el tiempo dedicado a ello como por su significado.

El rol de la familia en relación a facilitar la participación en las ocupaciones de la vida cotidiana de los adolescentes con discapacidad es fundamental. La misma transmite diversos saberes a los miembros jóvenes a fin de lograr el cuidado, la participación en la comunidad, la supervivencia y el desarrollo máximo de sus miembros (Carrizalez, 2012; Muñoz Silva, 2005).

La OMS (2011) resalta que la vida de las personas con discapacidad se ve afectada por diversos obstáculos, entre ellos “mayor dependencia y participación limitada” (p. 12) y recomienda para abordar los obstáculos y desigualdades a las personas con discapacidad y sus familias “ayudar a otras personas con discapacidad mediante el apoyo entre pares, formación, información y asesoramiento” (p. 25).

Ante esta perspectiva, el presente proyecto propone cuestionar *¿Qué estrategias encuentran las familias para favorecer la participación social de los adolescentes con discapacidad?*

Marco teórico

En la década de los 90 los modelos de Ecología del Desempeño Humano (Dunn, Brown y Mc Guilan, 1994), el modelo de Persona, Entorno, Desempeño Ocupacional (Christiansen y Baum, 1997) y el Modelo Persona, Entorno, Ocupación (Law y cols., 1996) se agruparon en los Modelos Ecológicos en Terapia Ocupacional considerando que “el desempeño ocupacional está determinado por la persona, el entorno (contexto) y la ocupación (tarea)” (Brown, 2011 p. 435).

El modelo Persona Entorno Ocupación (Law y cols., 1996) considera las personas compuestas holísticamente con sus habi-

lidades para expresar preferencias e intereses y sus limitaciones para el desempeño.

El entorno (contexto) es entendido como “el espacio donde tiene lugar el desempeño ocupacional y consiste en componentes físicos, culturales y sociales” (Brown, 2011, p. 437). El entorno físico como el más tangible e incluye lo natural, lo construido, objetos y herramientas. El entorno cultural conformado de las experiencias compartidas de acuerdo a los valores, creencias y costumbres, y el entorno social formado por relaciones interpersonales (familia, amigos), los grupos sociales (pares) y los sistemas políticos y económicos.

La ocupación es entendida como “tareas autodirigidas en las que participa una persona en el transcurso de su vida” (p. 437).

Diversos factores pueden afectar la participación en la vida cotidiana de las personas, entre ellos las características del entorno pudiendo las mismas significar un apoyo o un obstáculo para él mismo (Avila Alvez A. et. al., 2010).

El contexto físico donde se desarrolla la participación ocupacional, lo conceptualiza Cole Spencer (2005) en relación a la extensión territorial en tres niveles que se van integrando. Contexto físico Inmediato: entorno en contacto directo al individuo, como ser el hogar, el contexto físico próximo que incluye los ambientes físicos de los lugares conductuales de escala cercana, como ser el barrio y el contexto físico comunitario que comprende la extensión territorial de los alrededores o comunidad.

Dos estudios realizados en la Argentina (ciudad de Bahía Blanca y ciudad de Mar del Plata) sobre los espacios más utilizados por los adolescentes en la comunidad, revelan que los adolescentes se agrupan en espacios al aire libre como plazas, parques, rambla, barrio, bosque y el centro, seguido en porcentajes menores por espacios cerrados entre ellos el bar, bailable, club, cancha, cine. Los hábitos frecuentes de los jóvenes para divertirse incluyen: escuchar música, ir a bailar, hacer deporte, juntarse, tocar música, mirar TV y leer (Rubio, 2005; Chávez, 2005).

Del contexto social se destaca la familia como parte fundamental, con funciones esenciales como la socialización y el cuidado (Ullmann, Maldonado Valera y Rico, 2014). La familia no sólo pensada, como una institución aislada, sino considerada inmersa dentro de procesos sociales más amplios, en los que se encuentran patrones culturales y procesos políticos que las representan (Jelin, 1994).

Benítez y Soto (2012) sostienen que, en el caso de una persona con discapacidad, la familia constituye el entorno social más cercano, estando por esto afectada directamente por la condición de ésta. En las familias de personas con discapacidad, se desarrollan una serie de situaciones emergentes en los que Pantano (2012) destaca entre otros el deterioro social de las re-

² La Organización Mundial de la Salud, (en adelante OMS) (2005) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

laciones interpersonales, sobrecarga del familiar que asume el rol de tarea de cuidador principal, falta de comunicación, cambios en la dinámica familiar y en las relaciones entre sus miembros. La autora destaca que estudiar y comprender la dinámica familiar, ayudará a visibilizar conocimientos de gran utilidad para las personas que trabajan con discapacidad.

María Pía Venturiello (2009) en una investigación sobre familiares con discapacidad y las dificultades que imponen el espacio de los vínculos, desarrolla un análisis en el que reflexiona que las personas con discapacidad perciben su reconocimiento como sujetos desde sus vínculos sociales. Afirma, que mediante los vínculos familiares se brindan tanto apoyos emocionales como ayudas económicas, constituyéndose en una red de contención social prioritaria ocupada de compensar, no siempre con éxito, las carencias sociales que debe enfrentar el integrante con discapacidad.

En las familias donde hay niños y adolescentes con discapacidad la crianza se torna más compleja, especialmente cuando implica la participación con la comunidad. “Los esfuerzos de las familias aumentan dadas las desventajas de las personas con discapacidad que incluyen mayor dependencia y participación limitada” (OMS, 2001, p. 12). En estas familias se dan características particulares que impactan en la participación. Incluye: recursos económicos con los que cuenta, disponibilidad de tiempo, conocimiento de información acerca de las actividades inclusivas que se realizan en el entorno próximo y preferencias e interés (King y cols., 2009).

En el caso de los niños y jóvenes con discapacidad física la participación social está en mayor riesgo de limitación (Law y cols., 2006), así como también las actividades recreativas y de ocio que toman la forma de ser menos variadas, más pasivas y con un número inferior de eventos sociales (King, Law, King, Rosenbaum, Kertoy, Young, 2009) resultando, según una Investigación realizada por Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh y Wolters (2000) en menos compromiso en la participación en actividades de ocio en comparación con niños sin este tipo de limitaciones.

Retomado la participación social de los adolescentes con discapacidad un estudio realizado por Brown y Gordon (1987) (citados en Law y cols., 2006) afirman que, a pesar de los beneficios y la importancia de involucrarse en la vida social, los adolescentes con discapacidades veían alrededor de 2 horas y media más de televisión al día que los adolescentes sin discapacidad y que la diversidad en la participación declina más drásticamente cuando ingresan a la adolescencia. Como conclusión definieron factores que afectan la participación social en los niños y adolescentes con discapacidad y los relacionaron a factores vinculados a las características del entorno, factores ligados a la familia y factores propios del niño.

Otro aspecto a considerar en la participación de los adolescentes es la autodeterminación, como posibilidad de elec-

ción. Verdugo (2001) refiere que “en lo referente a programas y servicios para personas con discapacidad, la autodeterminación se ha utilizado para guiar las prácticas en diferentes contextos, que van desde el ámbito del bienestar social general hasta la educación especial y a los servicios de apoyo para adultos con discapacidades del desarrollo y retraso mental” (p. 14).

Aspectos metodológicos:

El proyecto presentó como objetivo general: Identificar, describir y analizar las estrategias de las familias de jóvenes con discapacidad destinadas a favorecer la participación en actividades sociales.

y como objetivos específicos:

- Identificar las estrategias facilitadoras de la participación social que utilizan los familiares de adolescentes con discapacidad.
- Analizar las estrategias facilitadoras de la participación social mencionadas.
- Clasificar las estrategias facilitadoras de la participación social en relación a su destino: pares, familias y comunidad.

Para ello se trabajó con un diseño exploratorio, descriptivo, con estrategia metodológica cualitativa.

Para la recolección de los datos se realizaron talleres con familiares de adolescentes con discapacidad en los que la utilización de grupos focales lo cual permitió indagar acerca de las estrategias que tienen los familiares para facilitar la participación de sus hijos con discapacidad. Se tomaron los resguardos éticos en base a los principios de la declaración de Helsinki (1964) y enmendada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil (2013)³ y se solicitó el consentimiento informado a cada participante.

El material resultante de los talleres se sintetizó y analizó con metodología cualitativa. Se extrajeron los núcleos emergentes a partir del análisis del contenido del material resultante de los talleres de reflexión para familiares. Se identificaron y generaron categorías y sus propiedades a partir del método comparativo constante propuesto por Glaser y Strauss (1967) (citado en Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 2010)

El análisis consideró la mirada del Modelo Persona, Entorno, Ocupación (Law y cols., 1996). Los ejes de análisis fueron: las estrategias familiares destinadas a favorecer la participación social, clasificadas en relación a la persona, al entorno y a la ocupación.

3 de la Asociación, D. D. H. Médica Mundial (AMM). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013.

Se enriqueció el conocimiento del contexto del estudio a través de la realización de tres actividades de triangulación (Betrian Villas, Galitó Gispert, García Merino, Jové Monclús & Macarulla García, 2013; De Souza Minayo, 2013; Valencia, 2000), encuestas de opinión a profesionales de la salud, material del espacio virtual presentado por asociaciones o instituciones vinculadas a jóvenes con discapacidad y un concurso fotográfico (Territorios Adolescentes).

Resultados:

El universo de estudio quedó conformado por familiares adultos de adolescentes con discapacidad que participaron de los talleres. Lo conformaron 54 familiares de 6 grupos pertenecientes a programas de los Municipios de Almirante Brown, Lomas de Zamora y Quilmes. Entre los familiares se encontraban madres y padres, hermanos, abuelas y abuelos.

A partir de la realización de los talleres con familiares se identificaron y relevaron las estrategias que compartieron los familiares y que les resultaran favorecedoras para la participación social de los adolescentes con discapacidad.

Las estrategias recabadas se clasificaron en primera instancia en función del tipo de participación social favorecida. Participación con pares, con familiares o con otros miembros de la comunidad.

Participación con pares – Los jóvenes con discapacidad se relacionan con sus pares en los tres espacios mencionados (inmediatos, próximos y de la comunidad) donde los familiares mencionaron estrategias para favorecer la participación social casi exclusivamente organizadas por las familias, en espacios principalmente cerrados y supervisados.

“E tiene un déficit muy grande en la relación social, E no muestra interés, yo trato igual de seguir llevándolo a reuniones sociales. Ahí, yo me siento al lado de él en cada actividad hasta que al final lo hace. Por ejemplo, me meto al pelotero en un cumple. Todo mi tiempo es para él. Al ir a reuniones sociales lo preparo, trato de llegar temprano para que reconozca el lugar, lo conozca. No se relaciona, pero tolera que estén chicos jugando cerca”.

“Con mis dos hijos es distinto. El más grande (17 años) tiene grandes problemas de socialización, necesita todo el tiempo la aprobación del otro. Él la mira de afuera. Yo lo llevaba a todos los cumpleaños.”

“sale con mi hermano (refiere la madre) y con sus primos. Vamos a ver a mi hijo mayor que juega rugby y mi hermano lleva pelota y él se pone a jugar con ellos. Más se engancha con una prima que lo lleva, lo invita a jugar”.

Participación con otros familiares: Las estrategias también estaban destinadas a los familiares. Estas estrategias de faci-

litación de la participación se relacionan fuertemente con la presencia de los padres durante las actividades.

Las estrategias incluían los espacios inmediatos, próximos y comunitarios.

“Permití (madre) que mi nene salga con su hermano. Hacen “salidas de hermanos” El hermano mayor lo propuso, llevarlo con sus amigos. Él tiene herramientas para redirigirlo y ayudarlo. Está bueno que no esté mamá en el medio”.

Participación en la comunidad: En relación a la comunidad las estrategias se vinculan a actividades organizadas en la comunidad (promovidas desde Instituciones vinculadas a la discapacidad o desde programas especiales) Se presenta en este caso una relación despareja en la que participa el adolescente con discapacidad y generalmente miembros de la comunidad que trabajan con jóvenes discapacitados. En el espacio comunitario nuevamente vemos la fuerte presencia familiar.

“M y R (papás) dicen que ante la necesidad de los chicos de ir a bailar, una mamá se encarga de organizar los bailes (muchos de ellos temáticos, como ser Halloween)”.

“...siempre está acompañado (hermana), la familia lo con tiene mucho, “A J lo llevamos a bailar siempre con nosotras, después adentro se maneja bien solo”.

A continuación las estrategias se clasificaron entre estrategias dirigidas a las Persona, Entorno y Ocupación.

Estrategias orientadas a modificar la participación en las ocupaciones.

Este tipo de estrategias encontradas se orientan frecuentemente a conocer de antemano los diversos aspectos de la ocupación/ actividad y si es necesario organizar algún cambio. Si la actividad no se logra con éxito sostienen los padres que hay que volver a intentarlo.

En el caso de los padres de adolescentes con trastorno del espectro autista (TEA), enfatizaron aspectos como: reducir la duración de las actividades o el tiempo de participación, indagar con anticipación quienes son los responsables en el lugar para poder pensar las mejores opciones.

Otras estrategias mencionadas son: organizar actividades colectivas para los adolescentes con otras familias (por Ej.: bailes), facilitarles elementos de comunicación con otros adolescentes (dispositivos electrónicos), considerar la oferta de actividades/talleres/deportes que ofrecen las Instituciones, los municipios y la comunidad.

Estrategias orientadas a la persona:

Los familiares identificaron como importante desarrollar en el adolescente su potencial buscando el interés en diversas ac-

tividades, así como también autoconfianza, pérdida de la vergüenza y sentido de pertenencia de grupo.

A su vez resaltaron en relación a la familia, como estrategias favorecedoras de la participación social, el ser familiares abiertos, no poner límites a las posibilidades de sus hijos. También destacan la necesidad de estar tranquilos para acompañarlos, observarlos y conocerlos, respetar sus tiempos y sus gustos, de escucharlos y considerar sus propuestas, de sostenerlos y acompañarlos pero también soltarlos y permitirles ser, tenerles paciencia, enseñarles cada cosa con amor, no tratarlos diferentes, y no asistirlos en todo, solo en lo que necesitan. Mencionan la importancia de informarse sobre la condición del adolescente y relacionarse con otros padres. Y como familiares, estar decididos a enfrentar la frustración frente a una salida o algo nuevo.

“Frente a una salida o algo nuevo, uno debe estar decidido a enfrentar la frustración, uno tiene que prepararse, tomar herramientas y si no sale, intentar otras cosas y más adelante volver a intentarlo.”

Refirieron además la importancia de asegurarse que los adolescentes disfruten las actividades.

Otras estrategias mencionadas son: explicarles las veces que sea necesario para que comprenda, promover su autonomía para la vida cotidiana, incluyendo manejar dinero y desplazarse y favorecer que se amplíe su entorno social, con amigos, familiares y otras personas de la comunidad.

“Mi sobrina de 12 años lo guía muy bien, lo hace hablar, lo lleva, él la sigue, le hace caso”

Estrategias orientadas al entorno:

Las estrategias orientadas al entorno social buscan integrar a los adolescentes en todas las actividades posibles. Para ello se proponen seleccionar y elegir cuidadosamente los lugares donde se desarrollan, e informar a otras personas sobre las características del adolescente si fuera necesario.

“...cuando otros chicos preguntan qué les pasa nuestros hijos, les explicamos cómo se comunican, que lo hacen de otra forma, se los invita a jugar juntos.”

“Les muestro cómo manejarlo, cómo calmarlo cuando tiene un berrinche, hago lo mismo que si tuviera que dejar a un bebé al cuidado de otro que uno da las recomendaciones.”

Resaltan la importancia de difundir en la sociedad información sobre las características de los adolescentes con discapacidad.

En los adolescentes con TEA las estrategias buscan seleccionar los horarios más tranquilos, así como también buscar la participación en grupos pequeños.

“Para ir al supermercado, ir a lugares donde a ellos les gusta, vamos a un horario temprano o al mediodía y evitamos que haya mucha gente, si bien intentamos ir a espacios con más gente para que dé a poco se habitúe”

En relación al entorno físico, los resultados identificaron la participación social de los adolescentes con discapacidad en espacios públicos y privados, principalmente en casas particulares, espacios de formación educativa, laborales, deportivos, y otros espacios de la comunidad. Los adolescentes participan principalmente en espacios de acceso cerrado, propios de adolescentes con discapacidad, y menos en espacios comunitarios o de acceso libre para la población.

“Nosotras estamos acá (polideportivo) las 4 horas los sábados. Y entonces armamos un grupo. Salimos a los cumpleaños de todos los chicos en las distintas casas.”

“La idea que tuvimos fue traerlo acá, al polideportivo porque pasaba mucho tiempo solo, dejamos que vuelva en la combi así tiene tiempo para charlar con otros chicos. También lo llevo conmigo a caminar, a los bailes que voy por el centro de jubilados, cuando llegamos él se va solo y yo lo dejo, eso me gusta”

Resultados de las actividades de triangulación:

A partir de las actividades de triangulación se logró ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio con los siguientes resultados y análisis.

De las encuestas de opinión a profesionales de la salud:

Se obtuvo como resultado que los profesionales de la salud encuestados consideran que su aporte se encuentra dentro de los factores más importantes para facilitar la participación de esta población en la esfera social.

Análisis del material del espacio virtual presentado por asociaciones o instituciones vinculadas a jóvenes con discapacidad:

La mayoría de las asociaciones que agrupan a personas con discapacidad o familiares de personas con discapacidad en su misión resaltan la importancia de la integración social y laboral de la persona con discapacidad.

Las estrategias que utilizan para ello, generalmente se relacionan con la realización de programas que integran actividades de tipo talleres recreativos, deportivos y talleres que estimulen la autonomía. Estos están frecuentemente destinados a niños y jóvenes con discapacidad y en algunos casos integran niños y jóvenes con discapacidad y sin discapacidad como voluntarios o alumnos de escuelas secundarias.

Otras estrategias empleadas por las asociaciones tratan fundamentalmente de la organización de reuniones que tienen como objetivo brindar apoyo a personas, (adultos, niños jóvenes) con discapacidad y a padres de personas con dis-

capacidad. Se trata de reuniones generalmente mensuales y regionales.

Encontramos algún caso en el que las asociaciones realizan salidas a la comunidad o actividades específicas realizadas en la comunidad destinadas siempre a jóvenes o adolescentes con discapacidad.

Las asociaciones o espacios de agrupación también estimulan la participación social de la persona con discapacidad (aunque en forma indirecta), por medio de la implementación de talleres y programas destinados a la inclusión laboral de la persona con discapacidad. Frecuentemente se trata de talleres y programas de capacitación para personas con discapacidad y asesoramiento a empresas que contratan personas con discapacidad.

Análisis de las fotos del Concurso Fotográfico:

Los resultados muestran a los adolescentes en actividades de participación social en grupos de varias personas, en su mayoría con otros adolescentes, en ambientes construidos al aire libre (como plazas, calles, parques, patios) y en menor grado en ambientes construidos internos (escenario, hostel)

Todas las fotos parecen estar fuertemente atravesadas por un significado personal que no siempre es captado por el observador.

De la palabra de los familiares se confeccionó un material educativo – didáctico organizado en estrategias orientadas al entorno social familiar, aspectos personales del adolescente, las actividades y el contexto (entorno).

El material fue distribuido en forma de tríptico entre los familiares y miembros de los diferentes programas e instituciones participantes, así como también en espacios virtuales destinados a familias y personas con discapacidad.

Conclusiones

La adolescencia es una etapa de profundos cambios en todas las dimensiones de la persona. La participación en actividades sociales se intensifica tanto en relación a los tiempos dedicados a ello como al significado que adquiere, las familias son actores principales que facilitan el proceso de participación en las actividades sociales .

A partir de los resultados del presente proyecto pudimos concluir:

Las estrategias que surgieron de los propios familiares de personas con discapacidad, orientadas a favorecer la participación social de sus hijos pueden pensarse como de tres tipos:

- En el análisis de los relatos familiares observamos que en varias oportunidades se visualizan discursos influencia-

dos por las indicaciones terapéuticas que han recibido, las que se han naturalizado con el tiempo, apropiándose del lenguaje terapéutico, sugerencias e información a la que accedieron.

- Las estrategias que son una prolongación del cuidado en etapas más tempranas de la vida, dirigidas a acompañar, a proteger, a supervisar al hijo, visualizándolo como vulnerable en forma prolongada en el tiempo.
- Estrategias innovadoras, en las cuales se busca la integración en espacios comunes de la sociedad. Se evidenciaron en los discursos instancias de búsqueda de espacios comunes de participación comunitaria como la concurrencia a murgas barriales.

Si los adolescentes con discapacidad, para participar en las actividades deben hacerlo en horarios especiales, a través de actividades supervisadas y con familiares o profesionales de la salud, o en actividades organizadas por familiares, nos cuestionamos entonces si como sociedad estamos en el camino de la autodeterminación de las personas con discapacidad.

Al analizar la participación en esta población evidenciamos que a diferencia de la mayoría de los adolescentes, los cuales priorizan su participación social especialmente en actividades elegidas grupales y con pares, las que eligen realizar en espacios mayoritariamente construidos, públicos y al aire libre, los adolescentes con discapacidad participan principalmente en actividades grupales organizadas por sus padres u otros familiares. En la mayoría de los casos suceden en espacios supervisados por familiares o personal de instituciones o programas destinados a favorecer la participación de personas con discapacidad y las actividades no siempre las realizan con pares de su colectivo.

Por otra parte se vislumbra que en ocasiones los adolescentes con discapacidad acompañan a otros miembros de su familia en sus actividades de participación social, como por ejemplo a sus hermanos u otros familiares a diversos espacios, como cine, bingo o club jubilados. De esto nos surge el interrogante sobre cuántas de estas actividades son realmente significativas para ellos.

En el caso de los espacios comunitarios de participación social de los adolescentes, se encontró que estos son utilizados en otros horarios y supervisados por otros (Por ejemplo, los espacios para bailar o hacer deportes, o las funciones de cine o teatro para niños con diagnóstico de trastorno del espectro autista.)

De ello se desprende cuestionarnos si estos espacios son de participación y autodeterminación como sostiene Verdugo (2001) y la OMS (2001). Si las metas de los adolescentes con discapacidad y sus familias que están socialmente disponibles

son fortalezas o desventajas del entorno como se cuestiona Krauskopf (2000). ¿Estamos en un proceso de cambio social que lleva hacia una aceptación e inclusión plena? ¿Qué rol asume la comunidad a través de sus instituciones para considerar las necesidades de este grupo de familias? ●

[Recibido: 06/02/2018 - Aprobado: 30/06/2018]

Referencias bibliográficas:

- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Martilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., Talavera Valverde, M. et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. (2010) 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
- Barton, L. (2006) Superar las barreras de la discapacidad. Ediciones Morata Madrid. España
- Betrián Villas, E., Galitó Gispert, N., García Merino, N., Jové Monclús, G. & Macarulla García, M. (2013). La triangulación múltiple como estrategia metodológica. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 11(4). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/551/55128238001/>
- Benítez, Y.G. & Soto, E. G. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(3), 1023. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi123m.pdf>
- Brown, C. (2011) Modelos Ecológicos en Terapia Ocupacional. En Crepeau, E. B., Cohn, E. S. & Schell, B. A. (Ed.) *Willard and Spackman Terapia Ocupacional* (pp. 435-461) 11° Edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Bustamante, T. G. (2013). Usos y acepciones del concepto "Familia": entre el texto y la realidad. *RHS-Revista Humanismo y Sociedad*, 1(1) (pp. 37-48). Recuperado de: <http://fer.uniremington.edu.co/ojs/index.php/RHS/article/view/5>
- Burak S. D. (2001) Adolescencia y juventud en América Latina (pp. 23-169) Ed. Libro Universitario Regional, Costa Rica.
- Carrizalez, D. M. (2012). Apoyo y fortalecimiento a familias para la crianza de niños con discapacidad. *Horizontes Pedagógicos*, 14(1), 10. Recuperado de : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4777928>
- Céspedes, G. M. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan*, 5(1), (pp. 108-11). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100011&script=sci_arttext&tlng=pt
- Chávez, M. (2005). Los espacios Urbanos de Jóvenes en la Ciudad de La Plata. Repositorio digital de la UNLP (pp. 98-124) Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/4485>
- Cole Spencer (2005) Evaluación contextual del desempeño. En Crepeau, E. B., Cohn, E. S. & Schell, B. A. (Ed) *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional* (pp. 427-448) 10° Edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. 5ta. Edición (pp. 522-542) México: McGraw Gill Interamericana Editores S.A.DE C.V.
- Jelin, E. (1994). Las familias en América Latina. *Familias siglo XXI. Ediciones de las Mujeres*, (20). Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/49588849/Las-familias-en-America-latina-elizabeth-jelin> :
- King, G. A., Law, D., King, S., Hurley, P., Hanna, S., Kertoy, M., & Rosenbaum, P. (2009). La medida de la participación de los niños en las actividades de ocio y tiempo libre: validez de constructo del Cape y del Pac. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3800>
- King, G., Law, M., Hanna, S., King, S., Hurley, P., Rosenbaum, P. & Petrenchik, T. (2006). Predictors of the leisure and recreation participation of children with physical disabilities: a structural equation modeling analysis. *Children's Health Care*, 35(3), (209-234). Recuperado de: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15326888chc3503_2
- Krauskopf, D. (2000). Participación social y desarrollo en la adolescencia. Fondo de población de las Naciones Unidas. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Krauskopf_Dina/publication/318544228_PARTICIPACION_SOCIAL_Y_DESARROLLO_EN_LA_ADOLESCENCIA_ENERO_2003_COSTA_RICA/links/597005fa0f7e9b4417366fa9/PARTICIPACION-SOCIAL-Y-DESARROLLO-EN-LA-ADOLESCENCIA-ENERO-2003-COSTA-RICA.pdf
- Larson, E. A. (2000). Mothering: Letting go of the past ideal and valuing the real. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(3) (pp. 249-251). Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/a0fe/4e6c1e8161f3044ed55948578a78fe92ca11.pdf>
- Larson, Reed W., & Suman, V. How children and adolescents spend time across the world: work, play, and developmental opportunities. *Psychological bulletin* 125.6 (1999): 701. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/buy/1999-01567-005>
- Law, M., King, G., King, S., Kertoy, M., Hurley, P., Rosenbaum, P. & Hanna, S. (2006). Patterns of participation in recreational and leisure activities among children with complex physical disabilities. *Developmental medicine and child neurology*, 48(5), (pp. 337-342). Recuperado de: <https://www.cambridge.org/core/journals/developmental-medicine-and-child-neurology/article/patterns-of-participation-in-recreational-and-leisure-activities-among-children-with-complex-physical-disabilities/8805A-7D5469DA8313E7F24213F02C8E4>
- Law, M., Haight, M., Milroy, B., Willms, D., Stewart, D., & Rosenbaum, P. (1999). Environmental factors affecting the occupations of children with physical disabilities. *Journal of occupational science*, 6(3), (pp. 102-110). Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14427591.1999.9686455>

- Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. *La psicología de los jóvenes de hoy*. Herder. Barcelona, España. Recuperado de: <http://www.amistrada.net/S/S-libr/S-libr-Lutteliberadolesc.pdf>
- Meijer, S. A., Sinnema, G., Bijstra, J. O., Mellenbergh, G. J. & Wolters, W. H. (2000). Social functioning in children with a chronic illness. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(3), 309-317. Recuperado de : <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-child-psychology-and-psychiatry-and-allied-disciplines/article/social-functioning-in-children-with-a-chronic-illness/1AC90E87BFF3C13CAD4775F05E924E06>
- Muñoz Silva, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil: dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. 1-18 .Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/505>
- Obregón R. (2001) Adolescentes, pobreza y medios en Adolescencia y juventud en América Latina Solum Donas Burak (compilador) libro Universitario regional Costa Rica, Cartago(2001).(pp. 169-187)
- Pantano, L., Núñez, B., & Arenaza, A. (2012). ¿Qué necesitan las familias de personas con discapacidad?: investigación, reflexiones y propuestas (No. 376). Recuperado de, <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=UCC.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=128263>
- Rodríguez Díaz, M. C., Alvarado García, A. & Moreno Fergusson, M. E. (2007). Construcción participativa de un modelo socioecológico de inclusión social para personas en situación de discapacidad. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), pp. 181-189).Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-91552007000200017
- Rubio, M. L. & Santarelli, S. (2005) Imagen y significado del espacio urbano en los adolescentes de la ciudad de Bahía Blanca. *Revista Universitaria de Geografía*. (pp. 43-60) Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3832/383239391003.pdf>
- Ullmann, H., Maldonado Valera, C. & Rico, M. N. (2014). La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010: Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado. Recuperado de: <http://repository.eclac.org/handle/11362/36717>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- World Health Organization. (1986). Young people's health-a challenge for society: report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000" [meeting held in Geneva from 4 to 8 June 1984]. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41720e>
- OMS (2001) Informe mundial sobre la discapacidad. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- De Souza Minayo, M. C. (2013). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires, Argentina. Lugar editorial.
- Venturiello, M. P. (2016). La trama Social de la discapacidad. Cuerpo, redes familiares y vida cotidiana. 1era Ed. Editorial Biblos.
- Venturiello, M. P. (2014). Los adultos con discapacidad motriz y sus familiares: la organización del hogar, los afectos y el trabajo. *Revista Española de Discapacidad*, 2(2), 103-120. Recuperado el 2 de enero de 2018 de: <file:///C:/Users/fabia/Downloads/Dialnet-LosAdultos-ConDiscapacidadMotrizYSusFamiliares-4904091.pdf>
- Valencia, M. M. A. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y educación en enfermería*, 18(1), 13-26. Recuperado de: <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf>
- Venturiello, M.P. (2009). Las redes sociales en la discapacidad. Ponencia presentada en VIII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Área Salud de Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, 5 al 7 de agosto de 2009, Buenos Aires, Argentina, CD-ROM, ISBN 978-950-29-1163-2
- Verdugo, M. A. (2001). Autodeterminación y calidad de vida de las personas con discapacidad. Propuestas de actuación. Recuperado de: http://www.sobretodopersonas.org/phocadownload/Bibliografia_Discapacidad/Psicologia_y_descapacidad/Autodeterminaci%C3%B3n_y_calidad_de_vida_de_los_adultos_con_discapacidad.pdf [2015.10. 25].

Cómo citar este artículo:

Cacciavillani, M.F., Anderson, M., Leegstra, R., Prada, M.C., Bertolotto, M., Polinelli, S., Delfino, M.A., Cristiani, L. y Lobato, L. (2018). Estrategias familiares que facilitan la participación social de los adolescentes con discapacidad. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1) 6-13.



Terapia Ocupacional y consumo problemáticos de drogas¹

Occupational Therapy and Problematic Drug Use

Virginia Álvarez

Virginia Álvarez

Licenciada en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. Coordinadora del Programa para la Promoción de la Salud Colectiva y Extensionista del Programa de Género y Acción Comunitaria pertenecientes a la Secretaría de Extensión, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

viki_228@hotmail.com

Resumen

En este artículo se presenta el trabajo de investigación denominado *Terapia Ocupacional y Consumos Problemáticos de drogas. ¿Prohibicionismo o Reducción de daños? Toda práctica es política*, realizado para optar por el título de grado de Licenciada en Terapia Ocupacional. Se apuntó a conocer el enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas de terapeutas ocupacionales de la ciudad de Mar del Plata/Batán para luego determinar si era coincidente con el enfoque prohibicionista/abstencionista o de reducción de daños. En las conclusiones, se destaca sobre las dificultades por imprimir la determinación hacia uno u otro extremo ante el encuentro con un territorio profundamente ambiguo y mixturado. Se reconoce la tendencia en lo discursivo a deslegitimar la lógica prohibicionista y enunciar un enfoque de intervención cercano a la reducción de daños, con la referencia de modos de intervenir lejanos (o incluso contradictorios) al mismo. Así como también tensiones en el modo de pensar a la usuaria de drogas y a los usos de drogas en sí mismos. Entre las reflexiones finales se enfatiza sobre la importancia de dar cuenta del sentido político de las prácticas profesionales y el imperativo ético de habilitar una reflexividad permanente. Además se propone que sólo colectivamente y “desde abajo” se podrá romper con la lógica prohibicionista hegemónica.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, derechos humanos, práctica profesional, consumidores de drogas, ética profesional.

Abstract

In this article we present the research work called Occupational Therapy and Problematic Drug Consumption. Prohibition or Harm reduction? All practice is political, made to choose the degree of Degree in Occupational Therapy. The aim was to learn about the intervention approach on problematic drug use by occupational therapists in the city of Mar del Plata / Batán, and later determine whether it was consistent with the prohibitionist / abstentionist or harm reduction approach. The conclusions highlight the difficulties of printing the determination towards one or the other extreme due to the confrontation of a deeply ambiguous and mixed territory. The tendency in the discursive to delegitimize the prohibitionist logic is recognized and enunciate an approach of intervention closer to the reduction of damages, with the reference of ways of intervening distant (or even contradictory) to it. As well as tensions towards the way of thinking of the drug user and the use of drugs themselves. Among the final reflections, the importance of accounting for the political and ethical sense of professional practices and the ethical imperative to enable a permanent reflexivity is emphasized. Moreover, it is proposed that only the collectively and “from below” can be broken with the hegemonic prohibitionist logic.

Key words: Occupational Therapy, human rights, professional practice, drug users, professional ethics.

¹ En la redacción se empleó un lenguaje inclusivo haciendo referencia a “persona o personas”.

Introducción

La importancia de conocer y reflexionar sobre el enfoque de intervención de los terapeutas ocupacionales recae en que dichos modos conllevan implicancias éticas y políticas insoslayables, "(...) efectos concretos de dominación o liberación (...) reproductores o transformadores del orden social existente" (Guajardo Córdoba, 2013, pp. 4-7).

Repensar la modalidad de abordaje sobre consumos problemáticos de drogas, resulta fundamental ante un marco normativo de ampliación y restitución de derechos, específicamente a partir de la Ley de Salud Mental 26.657/10 y también con la aprobación de la Ley 26.934/14 *Plan Integral para el Abordaje de Consumos Problemáticos*. Es este marco legal que cultiva nuevos modos de ver y de intervenir, de "pensar hacer" otras Terapias Ocupacionales y que interpela las prácticas cotidianas de los profesionales hacia alternativas que promuevan la inclusión social y no refuerzan la exclusión, sustentadas en el respeto y defensa de los derechos humanos y libertades individuales constitucionales. En este contexto surge como interrogantes: ¿Los cambios discursivos irradiados en las nuevas leyes se traducen en prácticas profesionales diferentes? ¿Los modos de intervenir cotidianos contribuyen a la transformación o reproducen el enfoque punitivo?

Se adopta como matriz de análisis de los enfoques de intervención: prohibicionismo o reducción de daños, paradigmas que coexisten (no sin contradicciones) en el escenario actual.

En este artículo se presenta de manera sucesiva la necesidad de una Terapia Ocupacional sustentada en los derechos humanos, y de modo esquemático se hace referencia a cómo se traducen los paradigmas en cuestión en las prácticas profesionales². Luego, se describen los aspectos metodológicos de la investigación y se presentan las conclusiones generales junto con su discusión. Para finalizar se trazan reflexiones que emergen de la experiencia de investigación desde una perspectiva crítica sobre la importancia de repensar las prácticas profesionales y dar cuenta de su sentido político-ético.

Terapia Ocupacional fundamentada en los derechos humanos

Acorde a los tiempos contemporáneos, en un mundo desigual que se caracteriza por la expulsión y la violencia, deviene relevante, e incluso necesaria, una Terapia Ocupacional sustentada en los derechos humanos (Guajardo Córdoba & Simó Alga-

2 En el marco teórico del trabajo de investigación referente se presentó además un recorrido sobre los usos de drogas desde una perspectiva histórica, la edificación del prohibicionismo/abstencionismo a lo largo del siglo XX y las alternativas que se han forjado como el enfoque de reducción de daños. Así como también, los nudos centrales del marco regulatorio internacional y nacional en esta materia enfatizando sobre los cambios paradigmáticos en el campo de la salud en profunda contradicción con la vigencia de la Ley de Estupefacientes 23.737/89.

do, 2010) comprometida socialmente y brotada de nuestros territorios, en clave latinoamericana (Pérez Acevedo, 2014). Una Terapia Ocupacional atravesada por una "ideología que sostenga como horizonte, la igualdad de oportunidades para todos" (Albornoz, Crego & Escalada, 2010, p. 4).

En relación a los usos de drogas, se ha edificado un régimen de control profundamente violento e intrínsecamente atentatorio de los derechos humanos y libertades individuales. Además de otras consecuencias devastadoras que el paradigma prohibicionista-abstencionista o en su traducción belicosa la "guerra contra la droga" ha producido en la región latinoamericana, particularmente produciéndose actos de neocolonialismo y avasallando la soberanía de los pueblos.

Un mundo libre de drogas

En el transcurso del Siglo XX, desde organismos de coordinación internacional se promovió la construcción de una sólida matriz prohibicionista-abstencionista, cuya principal expresión resultó ser la respuesta médica-penal represiva y su principal destinataria la persona usuaria de drogas ilegalizadas³, concebida a partir de esta lógica, como enferma-delincente (Corda, Galante & Rossi, 2014).

La "guerra contra la droga" fue envuelta en argumentaciones con lenguaje médico, enumerando los daños que generarían las drogas en la salud/bienestar del individuo, su familia y en la salud pública. De esta manera, "el control social de los usuarios de drogas ha sido gestionado conflictivamente tanto por el Derecho como por la Medicina" (Pawlowicz, Galante, Goltzman, Cymerman & Touzé, 2011, p. 172).

El paradigma prohibicionista-abstencionista se traduce en las prácticas profesionales a través de modos de intervenir centrados netamente en la sustancia:

- Se proponen acciones preventivas basadas en amenazas de castigo-punición y/o la enumeración de innumerables daños producidos por "la droga" en la salud y la vida de la persona, su familia y la sociedad sin evidencia científica o información veraz.

Lo anterior conlleva la negación de la información como derecho. Se priva a la persona usuaria de información para reducir los daños y situaciones de riesgos relacionados a los usos de drogas. Así como también, profundiza los procesos de criminalización y estigmatización de las personas usuarias, contribuyendo a obstaculizar su acceso a los servicios de salud en caso de situación de consumos problemáticos.

3 El término *ilegalizadas* remite al proceso histórico, social y contingente según el cual la producción, la comercialización y el consumo de ciertas sustancias han sido consideradas prácticas delictivas. De este modo, su utilización permite romper con la idea según la cual el estatus legal es una condición inherente de las sustancias (Camarotti & Guelman, 2013)

- Las prácticas profesionales son estandarizadas y se organizan alrededor del logro y sostenimiento de la abstinencia, condición indiscutible para el inicio y permanencia en el tratamiento.
- Prevalece la prescripción de psicofármacos y los dispositivos de encierro sustentado en una lógica custodial.
- El enfoque de atención es médico-jurídico tutelar y predomina la involuntariedad de la persona usuaria en la participación del tratamiento.
- Prima las estrategias de intervención individuales.
- Modelo prescriptivo (Romaní, 2008): la profesional indica lo que hay que hacer y la usuaria debe asumir lo que dice la especialista desde una relación jerárquica.
- Hegemonía médica, pobre trabajo interdisciplinar e intersectorial.

Reducción de daños

Según la *Asociación Civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas* INTERCAMBIOS, la Reducción de daños es una estrategia de abordaje de los daños potenciales relacionados con los usos de drogas. Se ancla en el respeto y defensa de los derechos humanos y en una perspectiva de salud pública.

Inicialmente en Argentina, desde una perspectiva sanitaria, se focalizó en la prevención del V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en las usuarias de drogas por vía inyectable. Los programas se caracterizaron por ser de tipo comunitario, es decir, fundados en las redes sociales y territoriales de las usuarias apostando al desarrollo y utilización de los recursos locales (Goltzman & Di Iorio, 2013).

Sin embargo, el enfoque de Reducción de daños supera la dimensión instrumental. Comprende sobretodo una dimensión política y ética, constituye “un paradigma político de referencia para comprender el fenómeno de las drogas y las estrategias de control que las han regido, al menos desde la modernidad” (Goltzman & Di Iorio, 2013, p. 53). Reconociendo los daños no sólo sanitarios sino también sociales, económicos y legales asociados a los usos de drogas en la coyuntura actual. Como lo son por ejemplo aquellos daños consecuentes a la profunda estigmatización social producidos por la lógica prohibicionista.

Esta perspectiva, implica la introducción de nuevas líneas de atención basadas en el reconocimiento de las usuarias como sujeto de derechos, personas capaces de cuidar de sí y de otros, de decidir y elegir sobre el cuidado de su salud (Galante, Rossi, Goltzman & Pawlowicz, 2009). Lo central es la subjetividad del sujeto y la singularidad de cada situación.

Sobre este punto de partida:

- Se considera que la abstinencia puede o no ser un objetivo realista o deseable para algunas usuarias.
- Las intervenciones profesionales son múltiples y diversas. Individuales, familiares y/o comunitarias.
- La relación profesional-usuaria se caracteriza por ser más horizontal, marcada por una metodología dialógica y la importancia de la escucha.
- El abordaje es interdisciplinar e intersectorial. De base comunitaria y trabajo en red.
- Se promueve la organización de las usuarias, la participación ciudadana y la construcción colectiva de saberes.
- Incluye acciones comunitarias tendientes a la desestigmatización y descriminalización de la usuaria de drogas y de los usos de drogas.
- Los procesos de supervisión de las prácticas profesionales, de reconocimiento y problematización de las representaciones sociales se consideran esenciales. Fundamentado en que condicionan la organización de los dispositivos de trabajo, las relaciones cotidianas con las personas usuarias y los modos de intervenir de profesionales de la salud (Pawlowicz, Galante, Rossi, Goltzman & Touzé, 2014)

Apuntes metodológicos

El problema de la investigación quedó definido de la siguiente manera: cuál fue el enfoque de intervención sobre consumos problemáticos de drogas puesto en práctica por las terapistas ocupacionales que trabajaron en dispositivos de salud en la ciudad de Mar del Plata/Batán, dentro del periodo 2010-2015. Siendo el objetivo general, determinar si era coincidente con el paradigma prohibicionista-abstencionista o con el paradigma de reducción de daños.

Fue una investigación de tipo cualitativa y su diseño de estudio fue exploratorio/descriptivo de tipo longitudinal.

El procedimiento de muestreo fue no probabilístico e intencional y la muestra quedó conformada por nueve licenciadas en Terapia Ocupacional que trabajaron en dispositivos de salud de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2010-2015.

Se utilizó como instrumento de recolección de información una entrevista semi-estructurada, administrada de manera individual. Se aseguró antes de su administración un consentimiento informado, garantizando anonimato y confidencialidad.

Mediante la entrevista se indagó sobre:

1. Intervenciones puestas en práctica por las terapistas ocupacionales.
 - a) Objetivos y modos de intervenir de las terapistas ocupacionales.

- b) Lógicas institucionales.
 - c) Homogeneización de las intervenciones.
 - d) Trabajo familiar y comunitario.
2. Criterios de admisión, permanencia/ expulsión y alta del dispositivo.
 3. Relación profesional- usuaria.
 4. Participación de la usuaria.
 5. Interdisciplinaridad. Espacios comunes de supervisión, formación y actualización.
 6. Intersectorialidad. Trabajo en red.
 7. Concepción de la persona que consume drogas, consumos problemáticos de drogas y consumos de drogas.

Se utilizó la siguiente terminología en el análisis de la información obtenida:

- Todas: incluyó a la totalidad de las entrevistadas (9).
- La mayoría: comprendió una relación de 7 u 8 terapistas con respecto al total de las entrevistadas (9).
- Algunas: correspondió a la diferencia de una terapeuta.
- Sólo algunas o la minoría: implicó una relación de 2 o 3 terapistas con respecto al total de las entrevistadas (9).
- Una de las terapistas: refirió a respuestas únicas.

Cuando fue considerado ilustrativo, se recurrió a las palabras textuales⁴ de las profesionales, conservando el estilo coloquial de las entrevistas. Para su identificación se refirió a cada una como “to” seguido de un número (to1, to2 y así sucesivamente). Sus expresiones se presentaron con letra cursiva.

Organización y análisis de la información

1. Intervenciones puestas en práctica por las terapistas ocupacionales

a. Objetivos y modos de intervenir de las terapistas ocupacionales.

Todas las terapistas ocupacionales concordaron que la actividad es uno de los recursos para la intervención. Algunas formadas en ciertas técnicas o herramientas hicieron uso de las mismas, sumando este saber al quehacer de la Terapia Ocupacional. Mientras que otras terapistas trabajaron en co-coordinación con una tallerista, quien portaba otro saber técnico sumándolo a la dinámica compartida.

En relación a los espacios individuales, la mayoría refirió trabajar en el acompañamiento de las actividades de la vida

diaria y en la exploración de los proyectos de vida subjetivos. Sólo algunas intervinieron en la facilitación del acceso a diversos derechos y la promoción de la participación ciudadana siendo la actividad de gestión crucial en su trabajo diario.

Todas interpelaron y problematizaron la creencia de que la palabra no es incumbencia profesional de las terapistas ocupacionales. Algunas hicieron referencia a que tampoco la actividad con uso terapéutico es exclusivo de la profesión.

La mayoría participó en instancias de evaluación y posteriormente intervinieron según modalidades grupales e individuales apuntando a trabajar desde la singularidad y experiencia de cada una de las usuarias.

b. Lógicas institucionales.

Todas las terapistas señalaron que sus prácticas profesionales estuvieron condicionadas por cierto marco institucional o del dispositivo de trabajo. Sólo algunas profesionales enfatizaron sobre los modos de intervenir que facilitaron los mismos. Con respecto a esto último, particularmente las que trabajaron en aquellos dispositivos construidos desde los lineamientos de la Ley de Salud Mental 26.657/10.

Mientras que la mayoría de las profesionales profundizaron sobre cómo el marco institucional o del dispositivo, operó como impedimento u obstáculo de ciertas prácticas alternativas. Produciéndose contradicciones en su quehacer profesional.

... institucionalmente había millones de cosas que yo creía que eran importantes hacer y no las podía hacer, como permitir el consumo... (to4)

Dentro de esa mayoría algunas terapistas se alinearon al marco institucional, otras desafiaron los límites en el encuentro con la usuaria con el objeto de alojar y no excluir.

... si abandona el tratamiento, lo abandona... nos quedamos preocupados o queremos, nos encantaría pero bueno no podemos hacer mucho... (to7)

... uno debe preguntarse por qué tantos abandonan... ahí es donde fallamos nosotros... tenía un paciente que las intervenciones eran más por fuera de la institución... (to8)

Por otro lado, la mayoría de las entrevistadas refirieron diferencias de acuerdo con el tipo de gestión (pública o privada) del dispositivo de trabajo.

Señalaron que en los dispositivos de gestión pública a diferencia de los de gestión privada las políticas públicas, las decisiones presupuestarias y asignación de recursos inciden en las prácticas profesionales en términos de facilitación u obstaculización.

Y particularmente las que trabajaron en dispositivos de gestión privada, refirieron que los márgenes de interven-

⁴ La abreviación T.O. y t.o. se utilizaron cuando las profesionales expresaron de esa manera: Terapia Ocupacional y terapeuta ocupacional respectivamente.

ción eran establecidos significativamente por la institución según su esquema de reparto funcional generado de manera burocrática.

... la demanda era que yo generara, algún espacio expresivo que no sea fundamentalmente de palabra. Me dijeron bueno tenes de 14:00 - 16:00, los martes... (to3)

Por último algunas profesionales indicaron que tuvieron que sortear los prejuicios sobre el quehacer profesional de la Terapia Ocupacional, los cuales restringían sus intervenciones.

... tuve que sacar todos esos prejuicios... entre lo que pretendían que yo hiciera como t.o. y lo que yo creía que tenía que hacer (to8)

c. Homogeneización de las intervenciones.

En la mayoría de las terapistas aparecieron marcadas contradicciones entre el decir y lo que expresaron del hacer.

Todas las terapistas expresaron que han apuntado a trabajar según la singularidad de la usuaria.

Sin embargo, la mayoría de las entrevistadas refirió la existencia de talleres predeterminados basados en la creencia que el hacer por sí mismo o participar de una actividad, es terapéutico. En relación a esto, sólo algunas terapistas trabajaron para flexibilizar la participación de la usuaria.

... yo empecé a plantear ahí que era importante que estuviera el que tuviera ganas... (to3)

Salvo una profesional que refirió una clara posición abstencionista, las entrevistadas dijeron no centrar sus intervenciones en el consumo de drogas. No obstante, algunas terapistas se contradijeron al expresar modos de intervenir homogéneos centrados en el consumo de drogas.

... una regla que no se quiebra digamos es venir consumido... no decimos "no consumas" es "no vengas consumido"... (to7)

d. Trabajo familiar y comunitario

Sólo algunas terapistas intervinieron en el plano familiar con el objetivo de construir o fortalecer una red de contención.

La mayoría no intervino en lo comunitario. Una de las terapistas detalló intervenciones como:

... coordinación de grupos de reflexión y terapéuticos en diversos territorios entre ellos: barrios, cárcel... gestión, coordinación de programas y proyectos sociales... (to9)

Sin embargo, todas las profesionales reconocieron la importancia del trabajo con las familias y en lo comunitario, para deconstruir las representaciones sociales que continúan criminalizando y estigmatizando a la usuaria de drogas.

2. Criterios de admisión, permanencia / expulsión y alta

Todas las terapistas distinguieron ciertos criterios de admisión, permanencia / expulsión y alta (con menor o mayor movilidad) de los dispositivos de salud donde trabajaron.

En general, se realizaron entrevistas de admisión para determinar si era el dispositivo adecuado o no para la persona. Valorando principalmente si la usuaria podría o no sostener un tratamiento con modalidad ambulatoria o de internación, como también la presencia o ausencia de una patología psiquiátrica.

En este último caso era derivada a otra institución.

En relación a los criterios de permanencia/ expulsión se hallaron situaciones diversas.

La minoría de las entrevistadas negó la existencia de algún criterio.

Particularmente los profesionales que trabajaron en dispositivos de internación señalaron que la abstinencia jugó un rol central como criterio en este sentido. Algunas terapistas refirieron que el consumo o la tenencia de drogas dentro de la institución era un motivo de expulsión. En el caso que el consumo ocurriera en una salida transitoria se evaluaba la situación, aunque dicho acto era sancionado institucionalmente. Una terapeuta expresó:

... la institución tenía esta cosa horrible, culpógena, tener que estar todo el tiempo revisándose, fijándose en lo mal que hicieran y las recaídas y yo y yo y lo malo que soy (to4)

Otra de las terapistas explicitó cómo resolvía la permanencia o expulsión ante una situación de consumo durante el tratamiento:

... si hay dos consumos uno puede tomar la decisión de derivación... (to6)

Entre las posiciones de negar la existencia de criterios y considerar la abstinencia como un criterio de permanencia/expulsión, una de las profesionales que trabajó en un dispositivo de modalidad ambulatoria refirió que no existían, pero indicó contradictoriamente en relación al modo de intervenir:

... una regla que esto no se quiebra digamos es venir consumido... (to7)

Por otro lado, sólo las terapistas que trabajaron en dispositivos de internación señalaron criterios de alta. En este caso se indicó el sostenimiento de la abstinencia durante un tiempo predeterminado (un año por ejemplo) como un criterio determinante. Salvo una de las terapistas que expresó:

... sería cuando la persona ya tendría el armado de un proyecto. Puede ser un trabajo como podría ser que pueda estar en su casa sin estar mal... (to1)

Sin embargo, todas las entrevistadas acordaron en que el alta de un dispositivo puede no implicar la finalización del tratamiento.

3. *Relación profesional- usuaria.*

Todas las terapistas expresaron que fue un vínculo de confianza, basado en la escucha y el diálogo.

Una de las terapistas refirió particularmente que apuntó a construir una relación horizontal aclarando que la horizontalidad no imposibilita la realización de intervenciones que intenten disminuir situaciones de riesgo y/o daño.

4. *Participación de la usuaria*

Todas las terapistas dijeron que fue voluntaria. Pero la mayoría de las profesionales señalaron de manera contradictoria situaciones donde la participación de la usuaria en el tratamiento respondió: a órdenes judiciales para morigerar una pena o a una condición para poder seguir permaneciendo en hogares convivenciales. Esta situación también se reprodujo, según lo expresado por las terapistas, en algunas familias que exigían a la usuaria realizar un tratamiento para continuar viviendo en su hogar.

5. *Interdisciplinaridad. Espacios comunes de supervisión, formación y actualización.*

A excepción de la terapeuta que trabajó en un dispositivo de internación domiciliario auto gestionado, todas las profesionales señalaron la realización de reuniones de equipo encauzadas a trabajar interdisciplinariamente.

La mayoría de las profesionales indicaron como obstáculo la presencia de marcos teóricos e ideológicos difíciles de aunar. Asimismo, expresaron como limitación el desconocimiento sobre el quehacer profesional de la terapeuta ocupacional.

...tuve como la doble experiencia. La experiencia del psicólogo que minimiza lo que haces, que ni cuenta de nuestra formación. Se piensa que somos como las recreadoras del espacio. Y lo otro... que ponderaban mucho más los espacios de hacer y de intervención concreta... (to4)

Sólo uno de los dispositivos de trabajo garantizó espacios de formación / actualización y supervisión colectiva según lo expresado. Algunas profesionales refirieron supervisar sus prácticas de manera privada.

6. *Intersectorialidad. Trabajo en red*

La mayoría de las terapistas intervinieron articulando con otras instituciones o dispositivos de salud y otros sectores como:

... oficina de empleo, con los distintos ministerios, con los colectivos laborales (to5)

... la justicia, las defensorías, los tribunales, los Centros de Protección Infantil, los hogares municipales, otros programas como Envión... (to7)

Coincidieron en que la receptividad y articulación real fue variable, dependiendo de la predisposición de cada persona con la que contactaban.

Algunas de las entrevistadas reconocieron obstáculos para el trabajo intersectorial y en red como: recursos materiales y humanos escasos, redes institucionales y comunitarias no consolidadas, precariedad e insuficiencia de dispositivos alternativos y la persistencia de discursos estigmatizantes y criminalizantes.

... la verdad es que la mitad de mis compañeros cobran y la mitad no... (to7)

... la realidad es que muchos pacientes terminan institucionalizados porque no tienen lugar a donde ir... (to5)

7. *Concepción de la persona que consume drogas, consumos problemáticos de drogas y consumos de drogas*

Todas las terapistas expresaron que la droga no es el problema, mediante respuestas como:

...todas las que hoy son malditas a través del tiempo y en distintos momentos esas mismas sustancias tuvieron una connotación distinta. Por lo cual ¿es la droga? (to1)

... qué pasa que este chabón se droga y no se transforma en un adicto, y este chabón se droga y se transforma en un adicto. Bueno ahí hay una cuestión de subjetividad (to3)

Pero en algunas profesionales aparecieron contradicciones:

... lo que sí es cierto que el consumo de marihuana es como "la puerta de entrada a"... (to3)

... si estoy consumiendo drogas controladamente en algún momento voy hacerlo descontroladamente... y entonces vas a dejar de ser un consumidor para ser un adicto. Creo que sí inevitablemente (to5)

...el alcohol y el tabaco son las drogas de inicio... (to6)

Todas las terapistas reconocieron discursivamente la posibilidad de consumos no problemáticos de drogas.

No obstante, al profundizar algunas respondieron de manera contraria desestimando el uso de drogas no problemáticos refiriendo que en algún momento se tornaría problemático; una de las terapistas refirió las distinciones que desde el discurso biomédico se han esgrimido (uso-abuso-dependencia) y sólo algunas enfatizaron en visibilizar la existencia de múltiples usos según la singularidad de la usuaria.

... porque le gusta el efecto logrado, porque siente placer, porque anestesia algo de lo afectivo, porque multiplica las sensaciones corporales, porque busca efectos en otros sentidos perceptivos, porque desea experimentar en otros planos (to9)

La mayoría de las terapistas señalaron como lo *problemático* “la forma en que la usuaria se relaciona o vincula”, “la angustia o padecimiento subjetivo que se intenta mitigar o anular” y/o “la limitación en el desarrollo personal y la realización de las actividades de la vida diaria”.

Una de las entrevistadas además de haber contemplado lo anterior, indicó también como *problemático* el tipo de sustancia en sí misma. Y otra de las profesionales agregó que lo *problemático* se liga estrechamente a “las condiciones de vida, derechos vulnerados y falta de oportunidades”.

Con respecto a la *criminalización y agudización de la violencia* todas las terapistas refirieron cierta relación con los usos de drogas pero repudiaron su asociación estereotipada y estigmatizante.

La minoría de las terapistas se contradijo, agregando ideas como:

... la realidad es que entre la droga y el delito un vínculo está, porque cuando vos acabaste tu círculo de manera de tener recursos para poder conseguirla, lo siguiente cuando ya no puedes robar a tu familia es robar afuera. Eso es lo se crea (to5)

Sólo una de las terapistas sobre este punto hizo hincapié en visibilizar que la violencia que se adjudica a los usos de drogas en sí mismos, está relacionada de manera significativa con la desigualdad que genera el sistema capitalista y las políticas neoliberales.

Por último, al indagar sobre las *concepciones y representaciones sociales* que circulan, todas las terapistas coincidieron en que prevalece la discriminación y estigmatización de las usuarias, las lecturas deterministas y fatalistas así como la individualización de la problemática primando la demanda social y familiar de medicación o internación compulsiva, el aislamiento y encierro.

Conclusiones generales y discusión

El enfoque de intervención de las terapistas ocupacionales según la información obtenida de las entrevistas no fue netamente prohibicionista-abstencionista ni un enfoque de reducción de daños.

Se reconocieron prácticas que se insinuaron como nuevas pero retenían en su interior elementos de la lógica prohibicionista vetusta. Así como también la tendencia en lo discursivo a deslegitimar la lógica prohibicionista y enunciar un enfoque de intervención cercano a la reducción de daños, con la referencia de modos de intervenir lejanos (o incluso contradictorios) al mismo.

Por último se entrevistó que las tensiones descansan particularmente sobre el modo de pensar a la persona que usa drogas y sobre la práctica en sí misma.

Se considera que si de lo que se trata es de desterrar la lógica prohibicionista por una fundada en el respeto de los derechos humanos y coincidente con el enfoque de reducción de daños, es necesario ser conscientes de la dimensión histórica y además sociocultural de los usos de drogas y trabajar en visibilizar su sentido, cultivando un pensamiento crítico.

El paradigma prohibicionista es funcional al capitalismo neoliberal de formas diversas. Un ejemplo es la utilización de la “droga” para explicar la agudización de la violencia, relegando a las sombras su intrínseca relación con las políticas neoliberales y las profundas desigualdades sociales que estas producen.

La usuaria en la disyuntiva de enferma – delincuente (Corda et.al., 2014), la demonización de las drogas y su uso concebido como práctica irracional y progresivamente destructiva aún persisten. Por lo contrario, la usuaria de drogas debe reconocerse como sujeto de derechos, capaz de decidir y hacer al cuidado de su salud. Así como también, reconocer múltiples usos de drogas no *problemáticos*, rompiendo con la concepción “droga-drama o droga-problema” (Romaní, 2013, p. 52).

La supervisión de las prácticas profesionales resulta una herramienta indiscutible, debiéndose realizar no sólo desde lo teórico y técnico sino también en clave ideológica para reforzar corrimientos de posibles miradas basadas en lo moral y prejuicios culturales.

El ideal de la abstinencia persiste y los usos de drogas todavía producen ambivalencias, lo que se irradia de múltiples formas. Se movilizan preocupaciones de carácter morales e ideológicas por parte de las profesionales que se intentan encubrir con fundamentaciones pseudocientíficas o encapsularlas en la esfera personal sin dar cuenta de los efectos concretos en las prácticas profesionales.

Aunque de modos más sutiles el consumo de drogas durante el tratamiento encuentra resistencias, expresadas en sanciones institucionales concretas o en el vacío de formación sobre intervenciones alternativas desde la reducción de daños. En este último caso, privando de información y prácticas de autocuidado (o expulsando) a la usuaria que continúa consumiendo.

Las intervenciones centradas en la usuaria como individuo disfuncional/desviado que se vislumbran, refuerzan la individualización de la problemática. Conduciendo a profundizar la culpabilización de la usuaria y a posiciones fatalistas, cargadas de resignación. Por lo contrario, es fundamental la construcción colectiva de acciones hacia la desestigmatización y descriminalización de la usuaria.

El distanciamiento de una comprensión desde los derechos humanos lleva a configurar (y reproducir) modos de interven-

ción según lógicas de control, normalización y disciplinamiento que remiten al enfoque médico-jurídico tutelar implicado en el paradigma prohibicionista.

Así, el desarraigamiento del prohibicionismo implica en lo cotidiano establecer otros modos de relacionarse, abandonando enquistamientos verticalistas en las relaciones cotidianas con las personas usuarias así como también prácticas profesionales como la oferta de talleres predeterminados a los que las usuarias deben adaptarse.

Las prácticas profesionales deben propiciar experiencias concretas de principios de autonomía, microespacios en donde se reivindicuen derechos vulnerados y denuncien injusticias sociales naturalizadas, y se construyan estrategias colectivas fundadas en lazos solidarios.

La voluntariedad de la participación de la usuaria aún se torna nebulosa por la presencia de diversas presiones institucionales: órdenes judiciales para morigerar una pena, hogares convivenciales y familiares que exigen a la usuaria que realice un tratamiento para continuar viviendo en su hogar, por ello se debe trabajar la participación de la usuaria consciente, activa y comprometida.

En concordancia con los lineamientos filosóficos de la Ley de Salud Mental 26.657/10 y de Consumos problemáticos 26.694/14, se debe intervenir hacia el acercamiento de usuarias en situación de consumos problemáticos, siendo fundamental ya que históricamente se ha construido la idea de que acceder a un tratamiento implica la restricción de su libertad y el cumplimiento de órdenes y reglas que no se sienten capaces o no quieren cumplir.

Resta decir que es necesario que se continúen orientando las políticas públicas hacia la apertura de dispositivos de base comunitaria, con fuerte anclaje territorial según lógicas de promoción de la salud colectiva y trabajo en red. Así como también trabajar por el fortalecimiento del tejido social fragmentado y disgregado, resultado del neoliberalismo reinante y de la lógica prohibicionista hegemónica que nombra a la usuaria como peligrosa, violenta e irracional.

Se destaca por último, el compromiso innegable como trabajadoras de la salud en la lucha por una nueva política de drogas con perspectiva de género.

Reflexiones finales

Se considera que sólo colectivamente y “desde abajo” se podrá romper con los discursos hegemónicos y el bombardeo mediático que refuerzan conductas individualistas y que contribuyen a la desintegración del tejido social.

Esta forma de construcción quizá implica una trayectoria más larga sobre otra que suponga una forma de dirección vertical

y jerarquizada. Requiere de creatividad, otros ritmos, otros encuentros, otra ternura.

Pero sin la creación colectiva en el terreno de la cotidianeidad difícilmente podemos apartarnos de la reproducción de la lógica de poder que buscamos desaprender traducida en disciplinamiento, autoritarismo, pensamiento único, respuestas en lugar de preguntas, identificación o detección de problemas en lugar de construirlos conjuntamente, sustitución del diálogo por órdenes...

Es crucial dar cuenta del sentido político y ético (Guajardo Córdoba & Simó Algado, 2010; Guajardo Córdoba, 2011; Guajardo Córdoba, 2013) de las prácticas profesionales como terapeutas ocupacionales y habilitar una reflexividad permanente. Tanto para desterrar aquellos gestos rutinarios que sólo repiten lo instituido como para evitar que las nuevas miradas y prácticas profesionales se vayan esterilizando, pierdan su carácter creativo, alternativo y crítico hasta resultar funcionales al orden social hegemónico productor de profundas desigualdades sociales.

Agradecimientos:

Licenciada en Terapia Ocupacional Escalada Paola quién dirigió la tesis de grado y al Licenciado en Sociología Tribaldi Cristián por su asesoramiento metodológico.

A los/as revisores/as y editores/as de la revista por su tiempo y sugerencias. ■

[Recibido: 26 /11/17 - Aprobado: 21/06/18]

Referencias bibliográficas

- Albornoz, L., Crego, A. y Escalada, P. (2010) Una propuesta horizontal en promoción de salud desde Terapia Ocupacional (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina.
- Álvarez, V. (2017) Terapia Ocupacional y Consumos problemáticos de drogas ¿Prohibicionismo o reducción de daños? Toda práctica es política (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina.
- Camarotti, A. C. y Guelman, M. (2013) Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas. *Salud Mental y Comunidad*, 3 (3), 69-78. Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>
- Corda, A., Galante, A. y Rossi, D. (2014) Personas que usan estupefacientes en Argentina. De “delinquentes-enfermos” a sujetos de derechos. Recuperado de: http://webalibre.com.ar/demos/intercambios2/wpcontent/uploads/2014/07/Personas_usan_estupefacientes2014.pdf

- Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. y Pawlowicz M.P. (2009) Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Escenarios*, 14, 113-121. Recuperado de: <http://intercambios.org.ar/wp-content/uploads/2012/07/Escenarios-2009.pdf>
- Goltzman, P. y Di Iorio, J. (2013) Instrumentalidad y política de las intervenciones de reducción de daños En Goltzman, P.M y Amorín, M.E. *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta* (pp. 53-57) Recuperado de: <http://webalibre.com.ar/demos/intercambios2/wp-content/uploads/2013/04/Goltzman-y-Amor%C3%ADn-Pr%C3%A1cticas-de-trabajo-en-drogas.pdf>
- Guajardo Córdoba, A. (octubre de 2011) Construcción de identidades, episteme y prácticas en Terapia Ocupacional en América Latina. En Miranda Mardonés, V. (Presidencia) IX Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional y XII Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional. Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales. Congreso llevado a cabo en San Pablo, Brasil.
- Guajardo Córdoba, A. (2013) Terapia Ocupacional. Apuntes de una historia inconclusa. En Cifuentes D. (Presidencia) I Congreso Chileno y IX Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile A.G. Congreso llevado a cabo en Viña del Mar, Chile.
- Guajardo Córdoba, A. y Simó Algado, S. (2010) Una Terapia Ocupacional basada en los derechos humanos. *Revista TOG*. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num12/pdfs/maestros.pdf>
- INTERCAMBIOS. Asociación Civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas ¿Qué es la reducción de daños? Recuperado de: <http://intercambios.org.ar/es/que-es-reduccion-de-danos/>
- Ley de Consumos Problemáticos N° 26.934. Boletín oficial N 32894. Buenos Aires, Argentina, 29 de Mayo de 2014.
- Ley de Estupefacientes N° 23.737. Buenos Aires, Argentina, Octubre 10 de 1989.
- Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010) Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.
- Pawlowicz, M.P., Galante, A., Goltzman, P., Cymerman, P. y Touzú, G. (2011) Dispositivos de Atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos En Blanck, E. (comp.), *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional N° 26.657* (pp. 169-188) Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Pawlowicz, M. P., Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. & Touzú, G. (2014) Usos de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas En Domínguez Mon, A., Pérez, S. y Perner, S. (comp.) *De la agencia social a la salud colectiva: Transitando un camino interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas* (pp. 91-110) Viedma, Argentina: Universidad Nacional de Río Negro.
- Pérez Acevedo, L. (2014) Terapia Ocupacional requiere enfoque latinoamericano. *Unimedios* Recuperado de: <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/terapia-ocupacional-requiere-enfoque-latinoamericano.html>
- Romaní, O. (2008) Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4(3), 301-318.
- Romaní, O. (2013) Doce conceptos clave para repensar las prácticas de trabajo de drogas En Goltzman, P.M. y Amorín, M. E. *Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta* (pp. 49-52) Recuperado de: <http://webalibre.com.ar/demos/intercambios2/wp-content/uploads/2013/04/Goltzman-y-Amor%C3%ADn-Pr%C3%A1cticas-de-trabajo-en-drogas.pdf>

Cómo citar este artículo:

Álvarez, V. (2018). Terapia Ocupacional y Consumos problemáticos de drogas. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1) 14-22.



Terapias complementarias, hacia una intervención holística de la salud

Complementary therapies, towards a holistic health intervention

María Belén Castelli

María Belén Castelli

Lic. en Terapia Ocupacional. Ex Residente del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Personal de Planta del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca. Consultorios externos pediátricos. Integrante del Comité de niños disminuidos visuales y con multi-deficiencia. Miembro del Equipo de Rehabilitación basado en Nuevas Tecnologías.

Instructora de Meditación de grupos de docentes del Nivel Primario. Docente de capacitaciones sobre "Meditación con niños" e "Introducción a las Prácticas Integrativas desde la Terapia Ocupacional", dirigidas a profesionales del ámbito de la salud y de la educación.

Docente de la Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Carrera de Terapia Ocupacional. Cátedra Práctica Profesional I y II.

lietocastelli@yahoo.com

Resumen

El propósito del presente artículo es realizar una aproximación a las denominadas Terapias Complementarias, destacándose cada vez más su auge en nuestra sociedad. Sobre las cuales, sin embargo, continúa siendo evidente la falta de formación existente tanto de grado como de posgrado al respecto. Tema polémico e incluso todavía "tabú" en algunos contextos, especialmente en los relacionados al cuidado de la salud, a pesar de sus avances científicos. Para abordar esta temática, se comenzará por reflexionar sobre a qué nos referimos cuando hablamos de salud holística. Se introducirán algunos modelos teóricos de la Terapia Ocupacional que podrían dar un encuadre a estas prácticas y se realizará un recorrido sobre Políticas Nacionales e Internacionales de Latinoamérica que las regulan y se encuentran vigentes en la actualidad. Por último, en esta oportunidad se hará referencia especialmente a dos Terapias Complementarias que podrían enriquecer nuestras intervenciones en el ámbito de la salud. Se cree que tener conocimiento sobre el alcance de las mismas y su actual implementación en otros países, podría enriquecer nuestras intervenciones como profesionales de la salud, adquiriendo por medio de su aplicación, valiosas herramientas para ser utilizadas en nuestra práctica diaria. Favoreciendo así, a ampliar los alcances del cuidado, posicionándonos desde una mirada multidimensional y holística de la salud.

Palabras clave: terapias complementarias, salud holística, terapia ocupacional.

Abstract

The purpose of the present article is to make an approach to Complementary Therapies, which are increasingly standing out in our society. Nevertheless, it continues to be evident the lack of existing training of both degree and postgraduate on this regard. It's still a controversial topic and even a "taboo" in some contexts, especially those related to health care, despite its scientific advances. To address this issue, we begin by considering what we mean when we talk about holistic health. Models of Occupational Therapy will be introduced to give a framework to these practices and a tour on National and current International Policies of Latin America will be conducted. Finally, we will refer specifically to two complementary therapies that could enrich our interventions in the field of health. We believe that having knowledge about their scope and their current implementation in other countries could enrich our interventions as health professionals, acquiring through their application, valuable tools to be used in our daily practice. Thus will expand our scope of care, positioning us in a multidimensional and holistic view of health.

Key words: complementary therapies, holistic health, occupational therapy.

Introducción

Cada vez más circula el término de “Terapias Alternativas”, “Complementarias” o “Integrativas”, siendo este último el más actualizado en evolución conceptual de este tipo de prácticas. Para profundizar en esta temática, el presente artículo introduce el concepto de salud holística, considerando todas las dimensiones que constituyen al ser humano (biológica, psicológica, social y espiritual). Desde la Terapia Ocupacional se hace hincapié especialmente en dos modelos de nuestra disciplina que consideran un estado de bienestar cuando todas estas dimensiones se encuentran en armonía/equilibrio, como lo son el Modelo Kawa y el Modelo Canadiense. Luego se brinda una introducción sobre las políticas que regulan las terapias complementarias, dando a conocer el estado actual tanto de políticas nacionales como internacionales presentes en Latinoamérica. Para finalizar, se hace referencia especialmente a dos de las prácticas consideradas complementarias en el ámbito de la salud, que podrían enriquecer nuestras intervenciones. Lamentablemente estas prácticas aún no suelen ser parte de programas de formación de grado y posgrado de Terapia Ocupacional, debiendo acceder a las mismas desde un lugar autodidacta, recurriendo la mayoría de veces a bibliografía de otros países y disciplinas.

En esta oportunidad únicamente se presentará una síntesis de dichos contenidos abriendo la posibilidad a un análisis y reflexión sobre nuestro quehacer profesional, haciendo foco principalmente en el campo de la salud.

Ampliando la mirada sobre la salud

Para comenzar, es importante detenernos en conceptualizar a qué nos referimos cuando hablamos de *salud holística*, siendo un término integral y complejo a la vez.

En las últimas décadas ha ganado terreno en el ámbito sanitario internacional una definición de la salud que se propone como más integral, y no como la simple ausencia de enfermedad. Sabemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha evolucionado en su definición respecto a no considerar solamente a la salud como ausencia de afecciones o enfermedades, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Sin embargo el reconocido Dr. Escardó (2004) en su libro *Carta Abierta a los Pacientes* resalta que no deja de ser significativo que la importante Organización, haciendo referencia a la OMS, haya excluido “*lo espiritual*” “como categoría susceptible de enfermar” (p. 30). En sus aportes desde el campo de las ciencias médicas, expresa que “la salud está relacionada a situación de vida en equilibrio del sujeto singular, por consiguiente, la enfermedad vendría a ser un desequilibrio de la vida, siendo una expresión de vida también” (p. 29).

A su vez, Gutman (2014) desde el área de la Psicología explica que las personas funcionamos en varios planos simultánea-

mente: el plano físico, el plano mental y el plano espiritual. También hace hincapié en los términos de salud y enfermedad refiriéndose a los mismos como un estado *más armonioso* (salud) y un estado *menos equilibrado* (enfermedad). Expresa que “el síntoma físico es la mejor señal disponible para los seres humanos para buscar el origen del desequilibrio” (p. 212).

En el Modelo Quántico, creado por Goswani y modificado por Bignardi (2011), se manifiesta que el ser humano está compuesto por la integración de diferentes dimensiones: física, metabólica, vital, mental y supramental. En el cual puede evidenciarse claramente, el impacto que una dimensión tiene sobre la otra y la existencia de una interrelación constante en términos de *equilibrio/desequilibrio*.

La terapeuta ocupacional Pellegrini (2013), manifiesta que “las ocupaciones tienen un profundo impacto en el modo como la persona se siente física, emocional y espiritualmente. Logrando promover satisfacción y bienestar, o pudiendo crear niveles de estrés, desequilibrio e insatisfacción” (p. 136).

Siendo profesionales de la salud cabe resaltar la importancia fundamental de la integralidad del ser y cuidado de todas estas dimensiones, tanto en el trabajo con el otro, como con nosotros mismos para conservar un estado de equilibrio y bienestar holístico. En relación a esto es que debemos poder reflexionar sobre nuestro accionar al estar insertos a veces en políticas, modelos y prácticas cercanas a una ideología industrial, marcados por un tiempo, un espacio, una institucionalización, una cultura determinada, o ciertos abordajes más tradicionales que pueden llegar a sesgarnos y privarnos de conocer o dar a conocer otras experiencias posibles que potencien nuestro *flujo vital*. El *flujo vital* es entendido como aquello que es intangible, pero que justamente está ligado al impulso vital, al sentido profundo de nuestra existencia, a nuestra real motivación que le da sentido a la vida (Iwama, 2006).

Modelos de Terapia Ocupacional basados en el bienestar integral

El “bienestar” entendido como un estado de armonía/equilibrio de todos los componentes que hacen a la salud holística -los cuales previamente fueron mencionados- es abordado por distintas profesiones, entre ellas la Terapia Ocupacional (TO), con el objetivo de ampliar la perspectiva al referirnos al cuidado de la salud, abarcando todas las dimensiones del ser, incluso la “dimensión espiritual”.

Cabe resaltar, la visión del psicólogo brasileño Franca Barreto (2014) referente en *Prácticas Integrativas para la Salud*, quien considera a la “dimensión espiritual en términos de búsqueda de sentidos profundos para la existencia y su relación con el mundo, más que relacionado específicamente a alguna creencia, dogma o institución religiosa” (p. 84). Por eso, al trabajar con personas -independientemente del campo de la sa-

lud en donde desempeñemos nuestra tarea-, es fundamental no perder de vista la multidimensionalidad del ser humano considerando tanto lo visible como lo invisible, porque muchas veces aquello que no se ve puede ser lo que esté provocando el desequilibrio/enfermedad.

En esta oportunidad se destacan principalmente el Modelo Kawa (oriental) y el Modelo Canadiense (occidental), los cuales consideran al sujeto de manera integral y como parte de un entorno inseparable. El Modelo Kawa o "Río", fue creado por el terapeuta ocupacional Iwama y un grupo de terapeutas ocupacionales japoneses. Es un modelo para la práctica relevante y culturalmente seguro, que condice con la realidad diaria de las personas. Utiliza la metáfora de un río haciendo una analogía con la persona, sus recursos, sus adversidades y su entorno. El "yo" está descentralizado e inmerso en contextos de espacio y tiempo (en el aquí y ahora), junto con los demás componentes de un entorno inseparable. El *bienestar* se produce cuando todos los elementos coexisten en armonía, por lo tanto según el Modelo del Río, "el propósito de la TO es ayudar al sujeto ampliar y equilibrar su flujo vital" (Iwama, 2006, p. 219).

Por otro lado, el Modelo Canadiense, considera al sujeto como un todo integral que incorpora la espiritualidad, las experiencias sociales y culturales y los componentes observables del desempeño ocupacional. Las mismas influyen en la opinión que el sujeto tiene de sí mismo, modelan el sentido que experimenta en la vida cotidiana y vinculan a la persona con otros. Ubica la espiritualidad en el núcleo de la persona, la cual le da sentido a las ocupaciones y está moldeada por el entorno. (Law, 2006)

"El acercamiento a modelos tanto occidentales como orientales de terapia ocupacional y el conocimiento de otras herramientas que promueven la salud, permiten complementar y enriquecer nuestras prácticas. Dando lugar a pensar la clínica como posibilidad de transformación, ampliando las perspectivas hegemónicas en salud, aportando una mirada integral y holística" (Castelli, 2016. p10).

Políticas nacionales y Latinoamericanas

En relación a las políticas existentes en la actualidad, en Latinoamérica no existe una reglamentación homogénea con respecto a las prácticas de Medicina Alternativa y Complementaria (M.A.C.). Sin embargo, cabe resaltar que casi todos los países latinos han reglamentado los *productos/medicamentos herbarios y homeopatía* en sus países, como ser Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua y Venezuela (Lovera Arellano, 2014).

Es de destacar en San Pablo (Brasil) la Política nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias que data del año 2006 y se encuentra en vigencia como parte de su Sistema

Único de Salud (PNPIC), la cual enmarca y regula distintas prácticas que también son parte del sistema sanitario: Medicina Tradicional China, Acupuntura, Homeopatía, Plantas Medicinales y Fitoterapia, Termalismo Social-Crenoterapia y Medicina Antroposófica. Ésta permite evidenciar, cómo en un país latinoamericano, no tan lejano a nuestra cultura (como podrían ser las políticas europeas o asiáticas vigentes), ya existe una política que regulariza este tipo de prácticas y las enmarca dentro del ámbito público sanitario. Lejos está de ser considerado un tema "tabú" en el ámbito de la salud.

En Argentina por el momento existe únicamente regulación sobre la Homeopatía y Acupuntura (Bordes, 2016). En el año 2001 se promulgó la resolución 997/2001, donde se establece a la acupuntura como un acto médico que debe ser efectuada por profesionales registrados. Recién el 2008, la autorización se amplió a fisioterapeutas y kinesiólogos. A su vez en nuestro país, se decretó la resolución 144/98, la cual regula la importación, elaboración, fraccionamiento, depósito, comercialización y publicidad de drogas vegetales, medicamentos fitoterápicos, así como las personas físicas y jurídicas que intervengan en dichas actividades. Sin embargo, ninguna otra práctica de M.A.C se encuentra regulada, aunque los beneficios e impactos positivos sobre la salud ya presentan numerosos estudios (Bordes, 2016).

Lovera Arellano (2014) en su trabajo sobre las M.A.C. da a conocer que a la Homeopatía y la Fitoterapia/Herbología, le sigue la *Acupuntura* como la siguiente práctica mayormente regulada en los países latinoamericanos, que además de tener regulación en Brasil y Argentina, también se encuentra implementada en Chile, Cuba, México y Nicaragua. La Medicina Ayurveda, tan renombrada en nuestro país, no cuenta con regulación nacional, pero sí ya se encuentra regulada en Colombia y Nicaragua. Por otro lado, la Medicina Tradicional China a pesar de ser tan practicada en nuestro país sobretodo en el ámbito privado, únicamente presenta regulación en Brasil, Colombia y Nicaragua. En relación a las M.A.C reguladas e implementadas en países de América Latina, Lovera Arellano (2014) manifiesta que Nicaragua es el país que lleva la delantera respecto a la mayor cantidad de prácticas reguladas. En segundo lugar le sigue Cuba.

Como podemos observar, en Argentina todavía queda mucho por recorrer en términos de políticas, ya que el conocimiento y la implementación de Terapias Complementarias ha ido creciendo en estos últimos años.

Terapias complementarias

Las terapias complementarias son aquellas que se utilizan junto con tratamientos convencionales; difieren de las llamadas "*alternativas*" porque su función no es que la persona elija un camino u otro indefectiblemente para el cuidado de su

salud, sino que lo complementan (Castelli, 2016). Este tipo de terapias no son consideradas actualmente una parte integral de la práctica médica alopática convencional. Sin embargo, en países como Brasil ya se ha evolucionado incluso al concepto de Prácticas Integrativas, como aquellas que se dirigen hacia una integración de conocimientos y herramientas para la intervención, basada en un concepto holístico de la salud que trasciende el reduccionismo. Prácticas integrativas, son aquellas que consideran justamente todas las dimensiones del ser humano. Martins expresa en *“Prácticas Integrativas em Saúde”* (2014), que “ya es culturalmente evidente que las prácticas integrativas no son solamente técnicas de cuidado “complementarias” de la biomedicina, sino que sistemas diferentes con lógicas científicas propias de organización de los cuidados” (p. 11).

Actualmente y afortunadamente las terapias complementarias, van comenzando a tener mayor repercusión en nuestro país tanto en el ámbito de la salud como de la educación, logrando conquistar nuevos espacios. A pesar de esto, todavía escasean producciones científicas nacionales y oportunidades de formación destinadas a profesionales de la salud que estén interesados en profundizar su conocimiento sobre las mismas. Muy paulatinamente aparecen algunas ofertas de formación de posgrado tanto en el ámbito público como privado, aunque sin ser específicas de nuestra disciplina.

Desde el área de la Terapia Ocupacional, Giles en Willard & Spackman (2008), expresa que “los terapeutas emplean distintas técnicas para prevenir el estrés excesivo a través de cambios en el comportamiento y el estilo de vida, y para fomentar la relajación” (p. 640). Dentro de estas prácticas hace referencia a la respiración profunda, entrenamiento autogénico, ejercicios de relajación progresiva, meditación, entre otras. Por otro lado, Sánchez (2013) hace referencia a la intervención sobre el *estrés ocupacional* manifestando que:

“las técnicas de relajación deben llegar a modificar los factores anatómicos, fisiológicos, cognitivos y psicomotores del estrés y permitir mejorar el funcionamiento diario con mayor calidad de vida, por lo que su entrenamiento exige un buen nivel técnico por parte del terapeuta ocupacional” (p. 179).

Se observa que existe una clara tendencia dentro del ámbito de la salud a que sean más “científicamente aceptadas” o no tan cuestionadas, como intervención de Cuidados Paliativos donde son sabidos los beneficios que conllevan, pero no por eso deja de ser también importante su implementación en otros campos como lo son la prevención y promoción de la salud, e incluso la rehabilitación. El Dr. Escardó (2004) manifiesta que:

“Uno de los defectos que más han perjudicado a la práctica médica en su eficacia para el paciente es el desdén y

olvido de todo aquello que no provenga de las industrias paramédicas y el haberse negado a examinar con criterio científico muchas prácticas que a pesar de su eficacia aparece como no científicas” (p. 43).

En relación a esto, cabe destacar que en la última edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2014), ya se mencionan como ejemplos de *tareas preparatorias* prácticas relacionadas a la respiración rítmica y visualizaciones para promover el descanso y la relajación.

Pero lo que no se debe perder de vista es que lo importante es priorizar una práctica centrada en las necesidades de la persona y no en el procedimiento (o técnica a utilizarse). Sánchez (2013) destaca que un tratamiento de relajación en terapia ocupacional debe tener en cuenta las diferentes variables personales y que esta práctica no debe ser un fin en sí misma, sino que tiene que estar relacionadas al desempeño ocupacional de la persona: “cualquier herramienta o técnica de relajación debe vincularse con una parte del proceso con el funcionamiento ocupacional y el entorno de referencia de cada persona, siendo importante no perder esto de vista durante todo el proceso” (pp. 179-180).

En esta oportunidad se introducirán dos prácticas enmarcadas dentro de las M.A.C. que podrían enriquecer nuestras intervenciones desde la Terapia Ocupacional: Reiki y Meditación. El *Reiki* (ya regulado e implementado en varios países europeos como parte del sistema de salud), es considerado como un sistema de sanación y autosanación integral que actúa tanto en el plano físico, como en los planos mental, emocional y espiritual; siendo una técnica de reequilibrado energético que potencia la autorrealización, el crecimiento y la evolución espiritual. Se utiliza la Energía Universal, que al ser transmitida mediante la concentración mental y la imposición de manos potencia nuestra *Energía Vital*. Cada chakra (puertas de entrada de la energía) tiene su ubicación, representaciones en el plano físico y emocional, y colores que los identifican. En palabras de Jiménez Solana “para que nuestros cuerpos funcionen armónicamente, todos los chakras deben estar abiertos y ser equilibrados, y si alguno está cerrado o bloqueado se producirá una disfunción energética que puede acabar en enfermedad física o mental” (2012, p. 37). Para poder dar Reiki, la persona tiene que estar formada habiendo transcurrido los distintos niveles que esto implica y certificada para poder impartirlo a otros. La formación consiste en tres niveles y un último de Maestría, el cual permite iniciar a otros. Afortunadamente la terapia de Reiki, ya es ofrecida como servicio a la comunidad en algunos Hospitales y Centros de Salud y Acción Comunitaria del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. A pesar de esto, los terapeutas ocupacionales formados en Reiki no suelen implementarla como parte de sus intervenciones aunque se les sugiera a los pacientes hacer uso de la misma para promover su salud/bienestar.

Otra práctica muy reconocida dentro de las M.A.C. es la *Meditación*. Sabemos que puede alcanzarse a través de distintas técnicas, sin embargo todas conllevan a un estado de consciencia pura sin contenido específico, donde el objetivo es dejar fluir las sensaciones corporales, pensamientos, emociones, sin identificarse con ninguno, sin metas, sin deseos. Se trata de algo tan simple y complejo a la vez, como estar en el aquí y ahora, estar presentes. Calle (2016) resalta que “la meditación no es un lujo, sino una necesidad específica, y no de esta época, sino de todas” (p. 22). En el caso de la práctica de la meditación, es todo un desafío poder “entrenar y desarrollar” la mente para poder enfocar la atención. Aprender a hacerlo como un observador neutral, sin involucrarse con emociones o pensamientos, sosteniendo esta práctica para generar un nuevo hábito saludable que sea parte de nuestra rutina cotidiana. Hablamos de hábito saludable porque los beneficios -sobre las distintas dimensiones del ser- que podemos alcanzar son numerosos y continúan siendo investigados en la actualidad.

Lo destacable es que los beneficios conseguidos a través de esta práctica son diversos y multidimensionales: emocionales, mentales, físicos y espirituales, los cuales conllevan a un estado de mayor armonía y bienestar. Un buen dominio de *la respiración*, por ejemplo, es esencial para llevar a cabo una relajación que permita promover el equilibrio físico-mental-espiritual. Una respiración lenta y calma, origina estados mentales cada vez más armoniosos y tranquilos.

Como es tan cotidiano, nos cuesta enfocar la atención en ese proceso tan fundamental de la vida. La respiración es la única función fisiológica en la que podemos influir directa o indirectamente con nuestra voluntad. Pero no se trata de imponer ningún ritmo externo ni adaptar la respiración a ningún parámetro establecido por una autoridad. Se trata de entablar una relación con la totalidad de nuestro ser (Hansmann, 2013, p. 36).

A su vez, las *visualizaciones* también son herramientas que contribuyen a estar conscientes del momento presente, en el aquí y ahora y a permitirnos ser dueños de nuestra mente, promoviendo un estado de relajación y bienestar. Se trata de la generación de una imagen mental, que ayudan a guiar a nuestra mente hacia un tipo de pensamiento determinado. Consisten en recrear mentalmente una imagen que puede ser inédita o pre-existente; junto a la capacidad de recrear situaciones, se pone en funcionamiento la capacidad de reproducir las emociones placenteras que acompañan a esas imágenes. Observamos que, tanto la práctica de la respiración consciente como la visualización son herramientas valiosas para favorecer un estado de meditación que promueva bienestar, ambas ya consideradas en la actualidad como *tareas preparatorias* en el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2014).

Otro recurso utilizado por algunos terapeutas ocupacionales para favorecer un estado de relajación son los *mandalas*. Los cuales consisten en diagramas/representaciones esquemáticas y simbólicas del macrocosmos y el microcosmos, utilizados tanto por el budismo como hinduismo. Compuestos por una serie de formas concéntricas organizadas en diversos niveles visuales. Poseen un centro energético de equilibrio y purificación que ayuda a transformar el entorno y la mente. Promueven un pensamiento dimensional, geométrico y creativo (a través de combinaciones de contraste y color). Este recurso también se implementa como actividad para promover la creatividad, atención sostenida, control inhibitorio y motricidad fina, entre otros.

Otro ejemplo de práctica que promueve el equilibrio y bienestar es la *armonización con sonidos*. Los seres humanos hemos empleado el sonido desde los orígenes de la humanidad para recibir información de nuestro entorno y comunicarnos, también se han empleado para sanar y transformar. Esta práctica estimula tanto el hemisferio izquierdo (pensamiento lógico-matemático y centro del lenguaje) como el hemisferio derecho (manejo de los sentimientos, percepciones visuales, creatividad, sueños, intuición y espiritualidad) y ayuda a producir desbloques energéticos. Al igual que la respiración, contribuye a un estado de calma, relajación y concentración, actuando como guía para poder alcanzar y sostener un estado de meditación. Actualmente la armonización por medio del uso de cuencos tibetanos es una de las más conocidas, aunque poco utilizada en el ámbito de la terapia ocupacional como herramienta vinculada a procesos terapéuticos a pesar de su potencial sensorial, no solo a nivel auditivo sino que también propioceptivo.

Por último, el *mindfulness* es tal vez la práctica que se encuentra más en auge en este momento y que conlleva numerosas investigaciones que comprueban sus resultados positivos para promover el bienestar de las personas. Resalta la importancia de poner especial atención a las experiencias momento a momento de la vida cotidiana, reconociendo y aceptando con amabilidad y apertura lo que está sucediendo en el campo experimental. Quizá es una de las prácticas que podemos relacionar con mayor facilidad a la Terapia Ocupacional, ya que se trata de hacer con plena consciencia cada paso de la actividad, cada acción, cada tarea, empleando todos los sentidos en cualquier cosa que hagamos, en cualquier momento. El objetivo es convertir esta práctica en un hábito continuo y acompañarlo con la respiración consciente. Ésta ayuda a generar habilidades de autorregulación, favoreciendo mayor equilibrio y balance emocional para manejar y afrontar el estrés, dolor y demandas de la vida cotidiana. Brinda mayor toma de conciencia de la relación entre mente, cuerpo y espíritu, entendiendo cómo influyen en el manejo del estrés, la salud y calidad de vida. Promueve un rol activo y responsable de la persona en cuanto a asumir el compromiso para mejorar su salud y calidad de vida.

Como podemos observar, todas estas prácticas mencionadas anteriormente podrían actuar como vehiculizadoras y promotoras de cambios en la calidad del desempeño ocupacional y en la vida cotidiana de las personas. “Prácticas complementarias, integrativas, que consideren todas las dimensiones del ser humano, que propongan brindar nuevas oportunidades, nuevos caminos, nuevas formas saludables de ocupar nuestro tiempo” (Castelli, Indavere & Malfitano, 2015, p. 6).

A modo de conclusión

Tener un mayor conocimiento sobre este tipo de terapias no convencionales, las políticas que las regulan y sus beneficios para la salud, seguramente favorecerá a ampliar y enriquecer nuestras prácticas cotidianas. A su vez, esto permitirá aumentar las posibilidades de mejorar *el flujo vital* de las personas que atendemos, ya sea promoviendo su bienestar o restaurando el equilibrio.

Por eso, se considera de gran importancia fomentar espacios de formación e intercambio desde nuestra propia disciplina en relación a las Terapias Complementarias y sus alcances e impactos sobre la salud. A la vez que es primordial desarrollar investigación en el área, teniendo en cuenta las políticas existentes en la actualidad que las avalan, y considerando modelos tanto occidentales como orientales de la terapia ocupacional para brindar un encuadre. Debemos formarnos y dominar las técnicas respectivas adecuadamente para poder ofrecer otras herramientas (no convencionales) que contribuyan también a promover el bienestar/equilibrio. Y fundamentalmente cuestionar y cuestionarnos sobre nuestro quehacer cuando hablamos de salud desde una mirada integral y holística, sin perder de vista *todas las dimensiones del ser* en el intercambio con el otro.

Agradecimientos:

A la Lic. en Terapia Ocupacional Mariela Pérez por su apoyo, confianza y aliento de siempre en los desafíos que conlleva este camino.

A la Dra. En Ciencias Sociales Mariana Bordes que con gran amabilidad me ha brindado su tiempo y dedicación. ■

[Recibido: 31/10/17 - Aprobado: 21/05/18]

Referencias bibliográficas:

American Occupational Therapy Association (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 3rd Edition. *American Journal of Occupational Therapy*. Vol.68. S1-S48. Recuperado de: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1860439&resultClick=3>

- Bignardi, F. (2011). Sector de transdisciplina aplicada a la salud. Dpto. de Medicina Preventiva. UNIFESP. Online: <http://www2.unifesp.br/dmed/trans>
- Bordes, M. (2016). *Estado de situación de las medicinas integrativas desde una perspectiva internacional*. Jornadas de Medicina Integradora del Hospital Garrahan. Buenos Aires, Argentina.
- Calle, R. 2016. *Meditación para niños*. Cap. I. (pp. 17-26). Ed. Kairós. Barcelona, España.
- Castelli, M. B. (2016). *Prácticas integrativas desde terapia ocupacional: programa de formación para residentes*. XVI Jornadas de la Residencia de Terapia Ocupacional. Capital Federal, Argentina.
- Castelli, M.B., Indavere, C. & Malfitano, M.M. (2015). *La relajación como práctica integrativa de salud: experiencias desde Terapia Ocupacional*. Congreso de Terapia Ocupacional. Entre Ríos, Argentina.
- Escardó, F. (2004). *Carta Abierta a los Pacientes*. Cap. I y II (pp. 25-54). Buenos Aires, Argentina: Fundación Sociedad Argentina de Pediatría.
- Franca Barreto, A. (2014). *Prácticas integrativas em saúde*. Cap. V. (pp. 83-98). Recife, Brasil: UFPE.
- Giles, M. (2008). Tratamiento del estrés en Terapia Ocupacional. En Willard & Spackman (10ma edición), *Terapia Ocupacional* Cap. XXX., sección VII (pp. 634-642). Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana.
- Gutman, L. (2014). *La Maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Cap. VII (pp. 209-237). Buenos Aires, Argentina: Planeta.
- Hansmann, B. (2013). *Respirar con árboles: el poder de la respiración y la conexión con la naturaleza*. Cap. I. (pp. 25-46). Barcelona, España: Editorial Urano.
- Iwama, K. M. (2006). El Modelo Kawa (río). Naturaleza, flujo vital y poder de la terapia ocupacional con relevancia cultural. En Kronenberg, Pollard y Simó Algado, *Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Cap. XVI. (pp. 214-231). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Jiménez Solana, J. M. (2012). *Libro completo de Reiki*. Cap. I-V. (pp. 17-60). Buenos Aires, Argentina: Editorial Gaia.
- Law, M. (2006). Modelo Canadiense del desempeño ocupacional. En Kielhofner, G, 3era edición. *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Cap. VII, (pp. 94-108). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Lovera Arellano, A. A. (2014). *Regulación en medicina alternativa y complementaria en América Latina: experiencia y reglamentación en países seleccionados*. Disertacao de Maestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca. Río de Janeiro, Brasil.
- Martins, P.H. (2014). Prefacio. En Franca Barreto, A, *Prácticas integrativas em saúde*. (pp. 7-12). Recife, Brasil: UFPE.
- Pellegrini, M. (2013). El proceso de Terapia Ocupacional. En Sánchez, Polonio & Pellegrini, *Terapia Ocupacional en Salud Mental, teoría y técnicas para la autonomía personal* (pp. 135-154). Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.

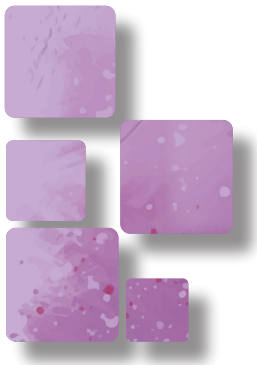
Resolución 144/98. Especialidades medicinales. Buenos Aires, Argentina, 9 de marzo de 1998.

Resolución 997/2001. Consideración a la acupuntura como un acto médico- Profesionales habilitados para practicarla. Buenos Aires, Argentina, 17 de septiembre de 2001.

Sánchez, Rodríguez. O. (2013). El estrés ocupacional y La salud mental. En Sánchez, Polonio & Pellegrini, *Terapia Ocupacional en Salud Mental, teoría y técnicas para la autonomía personal* (pp. 169-184). Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.

Cómo citar este artículo:

Castelli, M. B. (2018). Terapias complementarias, hacia una intervención holística de la salud. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1) 23-29.



Terapia Ocupacional e a atenção a crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus na perspectiva da Intervenção Precoce

Occupational Therapy and attention to children with Congenital Zika virus in the perspective of Early Childhood Intervention

Terapia Ocupacional y la atención a niños con Síndrome Congénito de Zika Virus en la perspectiva de la Intervención Temprana

Débora Ribeiro da Silva Campos Folha

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Pará. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Professora Assistente III do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará, Belém, Brasil.

todeboracampos@gmail.com

Bruna Pereira Ricci Marini

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

brunamarini_to@yahoo.com.br

Ana Célia Nunes

Mestre e doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

anacelianunes.to@gmail.com

Patrícia Carla de Souza Della Barba

Doutora em Educação Especial. Professora Associada I do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

patriciadellabarba@yahoo.com.br

Débora Ribeiro da Silva Campos Folha | Bruna Pereira Ricci Marini | Ana Célia Nunes | Patrícia Carla de Souza Della Barba

Resumo

A lacuna na investigação e provimento de suporte para o atendimento de crianças com necessidades especiais evidenciado pelo aumento dos casos de microcefalia em decorrência da Síndrome Congênita do Zika vírus, exigiu do governo brasileiro o investimento no direcionamento do cuidado e capacitação dos profissionais que atuam junto a essa população. Neste contexto, observa-se que as ações de Terapia Ocupacional descritas nos documentos que integram esse esforço não detalham as possibilidades de atuação desse profissional em sua especificidade, sendo, portanto, pouco representativas ou eficazes para a fundamentação da sua prática. Diante desse cenário, o objetivo do presente manuscrito é aprofundar os conhecimentos acerca das possibilidades de contribuição do terapeuta ocupacional no contexto da atenção a crianças com Síndrome Congênita do Zika e suas famílias. Para tanto são apresentadas as estratégias adotadas pelo governo para o enfrentamento dessa problemática, no âmbito da qual são discutidas questões relativas ao papel da Terapia Ocupacional na perspectiva do cuidado integral à criança em intervenção precoce.

Palavras chave: Zika, Síndrome Congênita do Zika vírus, Microcefalia, Terapia Ocupacional, Intervenção Precoce.

Abstract

The lack of research and provision of support for the care of children with special needs evidenced by the increase of cases of microcephaly due to the Congenital Syndrome of Zika virus, demanded the Brazilian government the investment in directing the care and qualification of the professionals who work with that population. In this context, it is observed that the Occupational Therapy actions described in the documents which integrate this effort do not detail the possibilities of this professional's performance in their specificity, and are therefore not representative or effective for the foundation of their practice.

In view of this scenario, the objective of the present manuscript is to deepen knowledge about the possibilities of contribution from the occupational therapist in the context of the attention to children with Congenital Syndrome of the Zika virus and their families. Therefore, strategies adopted by the government to address this problem are presented, in the context of which issues regarding the role of Occupational Therapy in the perspective of comprehensive child care in early childhood intervention are discussed.

Key words: Zika, Zika virus Congenital Syndrome, Microcephaly, Occupational Therapy, Early Childhood Intervention.

Resumen

Existe todavía una escasez en la investigación y oferta de apoyo para la atención de niños con necesidades especiales resultante del aumento de los casos de microcefalia como consecuencia del Síndrome Congénito del Zika virus, lo que exigió del gobierno brasileño la inversión en el direccionamiento del cuidado y capacitación de los profesionales que actúan junto a esa población. En este contexto, se observa que las acciones de Terapia Ocupacional descritas en los documentos que integran ese esfuerzo no ofrecen detalles sobre las posibilidades de actuación de los profesionales en específico, siendo, por lo tanto, poco representativas o eficaces para la fundamentación de su práctica. Frente a este escenario, el objetivo del presente manuscrito es profundizar los conocimientos acerca de las posibilidades de contribución del terapeuta ocupacional en el contexto de la atención a niños con Síndrome Congénito de Zika y sus familias. Por lo tanto son presentadas las estrategias adoptadas por el gobierno para el enfrentamiento de esa problemática, en el ámbito del cual se discuten cuestiones relativas al papel de la Terapia Ocupacional en perspectiva del cuidado integral a los niños en una intervención temprana.

Palabras clave: *Zika, Síndrome Congénito del Zika virus, Microcefalia, Terapia Ocupacional, Intervención Temprana*

Notas introdutórias

O Brasil, o Ministério da Saúde identificou súbito aumento dos casos de microcefalia, verificados a partir de outubro de 2015, inicialmente no Estado de Pernambuco e posteriormente em outros estados da região Nordeste, evidenciaram uma lacuna na investigação e provimento de suporte para o atendimento de crianças com necessidades especiais (Brasil, 2016).

Essa nova realidade demandou esforços públicos para a organização de estratégias de enfrentamento e disponibilização de serviços à comunidade. Nesse contexto, inseriram-se ações do Governo Federal, lideradas pelo Ministério da Saúde, no que se refere às políticas públicas para o direcionamento desse cuidado, protocolos para notificação e registro epidemiológico e ações voltadas à formação profissional, visando a qualificação do atendimento a essa condição específica (Brasil, 2016b).

Um dos pressupostos base dessas ações diz respeito à importância da atenção multiprofissional oferecida no âmbito dos serviços que realizam ações de Intervenção Precoce (IP). Nesse sentido, destaca-se a relevância do provimento de acompanhamento de Terapia Ocupacional à esta clientela, destinados a desenvolver condutas de prevenção, promoção e reabilitação diante das variadas repercussões ocupacionais derivadas da ocorrência da Síndrome Congênita do Zika (Brasil, 2016b).

Partindo da compreensão de que essas repercussões ocupacionais impactam e são impactadas pelos contextos nos quais a criança encontra-se inserida, concebe-se como necessária uma intervenção que contemple a complexidade da relação criança-ambiente, entendendo-se o ambiente para além de sua infraestrutura física, mas como o conjunto de relações e processos através dos quais a criança se desenvolve, incluindo as situações vivenciadas, as pessoas que interagem, participam e mediam tais vivências em seu dia-a-dia e os condicionantes históricos, sociais e políticos que influenciam a dinâmica familiar e comunitária (Bronfenbrenner, 2011).

Contudo, a despeito da importância atribuída a práticas que se desenvolvam dentro de uma perspectiva de cuidado integral, observa-se que as ações de Terapia Ocupacional descritas nos documentos que direcionam o atendimento e capacitam os profissionais que atuarão com crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika não detalham as possibilidades de atuação desse profissional em sua especificidade, sendo, portanto, pouco representativas ou eficazes para a fundamentação da sua prática.

Mediante a identificação dessa lacuna e da necessidade iminente de fornecer subsídios para um atendimento de qualidade a essa demanda, o objetivo do presente material é aprofundar os conhecimentos acerca das possibilidades de contribuição do terapeuta ocupacional no contexto da atenção

a crianças com Síndrome Congênita do Zika e suas famílias. Para tanto, apresentam-se inicialmente as estratégias adotadas pelo governo para o enfrentamento dessa problemática, no âmbito da qual serão discutidas questões relativas à possibilidades da Terapia Ocupacional na perspectiva do cuidado integral à criança em IP.

Síndrome congênita do Zika vírus e suas repercussões no contexto brasileiro

A Síndrome Congênita do Zika é um conjunto de malformações congênitas que, dentre outras características, pode causar microcefalia, a qual é caracterizada pela destruição ou déficit no desenvolvimento cerebral que, por sua vez, ocasiona a ocorrência de um perímetro encefálico inferior ao esperado para a idade e sexo (Eickmann *et al*, 2016). Dependendo de sua etiologia, a microcefalia pode ser associada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a causas diversas, sendo que sua ocorrência não condiciona obrigatoriamente a presença de alterações motoras ou cognitivas, apesar dessas serem verificadas na maioria dos casos (o comprometimento cognitivo ocorre em cerca de 90% dos casos), variando de acordo com o grau de acometimento cerebral. Dessa forma, em geral, as crianças com microcefalia apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e, em alguns casos, as funções sensoriais (audição e visão) também são comprometidas (Brasil, 2016c).

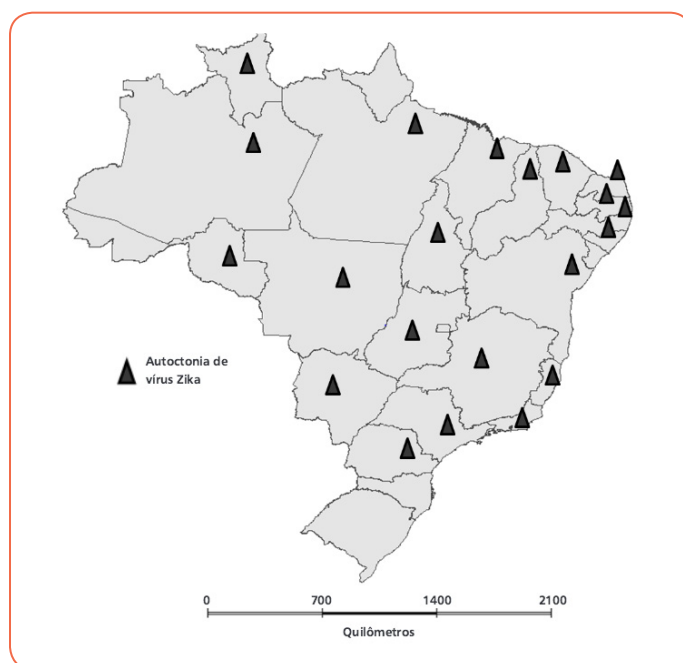


Figura 1: Unidades da Federação com casos autóctones de febre pelo vírus Zika com confirmação laboratorial, Brasil, 2015 (BRASIL, 2016).

Em outubro de 2015, meses depois da confirmação da transmissão autóctone da febre pelo vírus Zika em abril do mes-

mo ano, foi registrado um inesperado aumento do número de crianças nascidas com microcefalia no Brasil. Tais fatores fizeram com que o país se tornasse pioneiro na investigação da relação entre casos de microcefalia e a infecção decorrente do Zika vírus, a qual foi reconhecida e anunciada em novembro de 2015, quando o vírus foi identificado em amostras de sangue e tecidos de um bebê com microcefalia e também no líquido amniótico de duas gestantes. Desde então, diversas outras evidências foram encontradas e a confirmação da relação entre a infecção pelo Zika vírus e a ocorrência de microcefalia em bebês foi anunciada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças Transmissíveis (CDC) dos Estados Unidos, no início do ano de 2016. Tal confirmação foi dada após a elaboração de um estudo que realizou uma revisão rigorosa das evidências já existentes e concluiu que o Zika é a causa da microcefalia e outros danos cerebrais identificados em fetos (BRASIL, 2016d).

Até 30 de setembro de 2016, haviam sido notificados, no Brasil, 8801 casos suspeitos de microcefalia e/ou malformações do sistema nervoso central e 1773 confirmados, sendo que desses, 1510 casos na região Nordeste, 135 no Sudeste, 50 na região Norte, 67 na região Centro-Oeste e 11 casos na região Sul (Freitas, Angerami, Von Zuben & Donalisio, 2016). Nesse contexto, em uma ação emergencial para conter novos casos, oferecer suporte às gestantes e aos bebês e intensificar as ações de combate ao mosquito, o Governo Federal criou o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (atual Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências), o qual prevê o trabalho conjunto de diferentes ministérios e órgãos do governo, em parceria com estados e municípios, para o desenvolvimento de ações em três frentes: prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, melhoria da assistência às gestantes e crianças e realização de estudos e pesquisas nessa área.

O desenvolvimento de estratégias para o cuidado das crianças com síndrome congênita do zika vírus

No cerne das ações de melhoria da assistência às gestantes e crianças, implementadas por meio do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em janeiro de 2016, as “Diretrizes de Estimulação Precoce para crianças de 0 a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor decorrente de Microcefalia” (Brasil, 2016b; Eickmann et al, 2016). Em relação ao documento, pontua-se que

construir uma diretriz nacional para estimulação precoce em tempo exíguo, em razão do cenário de urgência dado pelo significativo aumento de casos de microcefalia em função de infecção pelo vírus zika, é tarefa difícil, mas necessária para subsidiar os serviços de saúde em todo o país (Brasil, 2016b, p. 05).

Tal afirmação corrobora com os indícios que apontavam para o despreparo (a nível estrutural e técnico) do Sistema Único de Saúde (SUS) nas ações de vigilância do desenvolvimento e no atendimento à crianças com necessidades especiais (Della Barba, Martinez & Carrasco, 2003; Zeppone, Volpon & Del Campo, 2012), tornando necessária a elaboração das diretrizes com o objetivo de orientar os profissionais no trabalho de estimulação precoce às crianças de 0 a 3 anos de idade com Síndrome Congênita do Zika e suas consequentes alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e em seus efeitos relacionais e sociais.

Para tanto, o documento foi composto por informações acerca das ações de estimulação precoce que podem ser desenvolvidas nas redes de atenção à saúde; do desenvolvimento típico de crianças de 0 a 3 anos de idade, especificando aspectos referentes às áreas motora, auditiva, visual, cognitiva e de linguagem, da função manual e da motricidade orofacial; da estimulação precoce voltada aos aspectos do desenvolvimento típico mencionados; acrescidas de recomendações referentes ao brincar, à prescrição de recursos de tecnologia assistiva e à participação da família nessas ações.

No âmbito dessas Diretrizes, as ações de estimulação precoce são previstas como

um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas –entre as quais, a microcefalia–, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê, na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças (Brasil, 2016b, p. 5).

Dessa forma, a estimulação precoce é entendida como uma abordagem que objetiva fornecer estímulos aos variados domínios do desenvolvimento, por meio de técnicas e recursos que favoreçam o ganho ou restauração de habilidades da criança (Brasil, 2016b). Por essa perspectiva, considera-se como objetivos gerais de um programa de estimulação precoce: a maximização do potencial de cada criança a partir de estimulação em espaço ambulatorial e também em seu ambiente natural; a potencialização de contribuições dos pais ou responsáveis para os processos de aquisição de habilidades; a promoção de ambientes favoráveis para o desempenho de atividades que reverberam no desenvolvimento infantil; o oferecimento de orientações aos pais e à comunidade com vistas ao acompanhamento desde o período neonatal até a fase escolar da criança; a promoção de uma perspectiva de atuação multiprofissional e interdisciplinar na atenção ao de-

envolvimento infantil; e a disseminação de informações de modo a fomentar a criação e a implementação de programas de estimulação precoce (Brasil, 2016b). Tal perspectiva é adotada também no “Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika” (Brasil, 2016c) que corresponde à outro documento sistematizado pelo MS para fins de controle e combate da infecção pelo vírus e consequente ocorrência de microcefalia.

Uma outra ação prevista e já implementada no contexto do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia foi a disponibilização online e gratuita pelo Ministério da Saúde, por meio das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Atenção à Saúde (SAS) e em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), do curso “Estimulação precoce em crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia e/ou outros agravos”.

O curso tem como objetivo instrumentalizar os profissionais das Redes de Atenção à Saúde do SUS, contribuindo no trabalho da estimulação precoce de crianças de 0 e 3 anos de idade com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor. Embora com ênfase nas eventuais sequelas decorrentes da microcefalia pela infecção do vírus Zika, o conteúdo também pode ser útil para o cuidado de crianças com outras condições ou agravos de saúde que interfiram no seu desenvolvimento neuropsicomotor.

Com 120 horas de carga horária, o Módulo de estimulação precoce (Brasil, s.d.) traz como ementa “conteúdos específicos que orientarão os profissionais das equipes multiprofissionais da Atenção Básica e da Atenção Especializada quanto ao acompanhamento e o monitoramento do desenvolvimento infantil, bem como para a realização da estimulação precoce e orientação às famílias de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia e/ou outros agravos”.

Outros materiais têm sido produzidos e divulgados no contexto brasileiro, pelo Ministério da Saúde, como o Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika (Brasil, 2015) e as Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (Brasil, 2016b).

O cenário da intervenção precoce no Brasil e perspectivas para a terapia ocupacional

Embora se considere importante a estratégia emergencial de formação das equipes de saúde para o enfrentamento do crescente número de casos de crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika e suas consequências, faz-se necessária uma ponderação em relação à estruturação dos serviços de Intervenção Precoce praticada no Brasil.

Partindo de uma análise crítica à luz das recomendações internacionais de boas práticas, observa-se que o tipo de atenção oferecido pelos serviços permanece adotando “práticas voltadas à estimulação de habilidades, através do emprego de abordagens clínicas, com enfoque centrado na criança e estruturadas a partir de um modelo reabilitativo de cuidado” (Marini, Lourenço & Della Barba, 2017, s/n) e nos quais a participação da família permanece limitada à intervenção (Bolsanello, 2003). Neste sentido, Hansel (2012, p. 27) aponta que os registros documentais nacionais “ainda são poucos e incipientes para serem tomados como referenciais de reflexão e discussão sobre a temática”.

No cenário internacional, tem-se um panorama diferente do brasileiro acerca das ações do monitoramento do desenvolvimento infantil, pois as legislações de IP evoluíram em consonância com os avanços do conhecimento científico na área, produzindo efeitos positivos sobre a prestação dos serviços. O termo Intervenção Precoce, usado com iniciais maiúsculas, envolve um sistema amplo com fluxo determinado, que vai desde a identificação de riscos, o monitoramento do desenvolvimento e inclui também procedimentos de estimulação da criança, mas com forte ênfase no apoio às famílias (Franco, 2007). No Brasil não encontramos uma legislação específica e abrangente sobre as ações direcionadas ao Desenvolvimento Infantil, o que consequentemente, constitui-se como uma barreira para a implementação de práticas de IP que se aproximem daquelas recomendadas internacionalmente.

Nesse contexto, o estudo aprofundado das questões relativas à Intervenção Precoce no contexto brasileiro evidencia fragilidades que se referem até mesmo à adoção de uma terminologia adequada ao campo, observando-se o emprego dos termos Intervenção Precoce e estimulação precoce como sinônimos, mesmo em documentos nos quais se propõe a padronização pelo último termo, como no caso das diretrizes¹⁶. No âmbito dessa diretriz, a adoção dessa expressão é justificada a partir da derivação da tradução de termos da língua inglesa e espanhola, como “Early Stimulation” e “Estimulación Temprana”, sendo considerada a “mais adequada para esses fins” (Brasil, 1996, p. 11).

Outro ponto crítico para a estruturação dos serviços diz respeito às composições e abordagens definidas para as equipes de Intervenção Precoce, em relação ao qual, se analisadas e comparadas as Diretrizes Educacionais para a Estimulação Precoce de 1996 (Brasil, 1996) e as Diretrizes de Estimulação Precoce de 2016 (Brasil, 2016b), observa-se o retrocesso de uma proposta transdisciplinar para interdisciplinar. Problemas são identificados ainda no âmbito das especificidades profissionais, os quais possivelmente relacionam-se à formação básica e continuada.

Mesmo levando em conta a importância do compartilhamento de saberes em prol de um objetivo comum voltado às crian-

ças e famílias na IP, identifica-se a necessidade de delinear a especificidade da Terapia Ocupacional no âmbito da IP. Temos visto que o terapeuta ocupacional é um profissional competente para compor equipes de IP. Entretanto, não são claras as ações específicas desse profissional e muitas vezes essas são citadas como comuns a outros profissionais da equipe.

Por essa perspectiva e fazendo uma análise crítica sobre os delineamentos teóricos e práticos direcionados à Terapia Ocupacional no âmbito das diretrizes e no módulo de estimulação precoce do curso supracitado, alguns elementos merecem destaque. O primeiro deles é o lugar que o terapeuta ocupacional desempenha nas ações previstas de estimulação precoce. O referido curso implantado pelo Ministério da Saúde destaca frequentemente o terapeuta ocupacional como apto a compor a equipe multiprofissional, porém as unidades temáticas ministradas por esse profissional são restritas a funções manuais, estimulação visual e tecnologias assistivas, áreas que também podem ser interdisciplinares.

Situação semelhante pode ser observada a partir da análise do documento das Diretrizes de Estimulação Precoce no qual, dentre as estratégias de estimulação, são apresentadas especificações a respeito do trabalho do terapeuta ocupacional no que se refere ao uso de tecnologias assistivas e adaptações para Atividades da Vida Diária e para o brincar. Neste sentido, o documento aponta que “o Terapeuta Ocupacional é o profissional da equipe que se responsabiliza pela prescrição, confecção e treino do uso de tais recursos em parceria com o paciente, familiares e demais membros da equipe” (Brasil, 2016b, p. 108) e ainda que “cabera ao terapeuta ocupacional adaptar o brinquedo às condições motoras e manuais da criança, buscando acessibilidade à criança com alterações neuropsicomotoras” (Brasil, 2016b, p. 112), demonstrando a delimitação restrita relacionada às suas práticas específicas.

Tendo em vista tal lacuna no delineamento das ações específicas da Terapia Ocupacional, apresentam-se a seguir algumas considerações de forma a colaborar com a ampliação do conhecimento sobre as especificidades desse profissional no âmbito das equipes de Intervenção Precoce.

Especificidades da atuação do terapeuta ocupacional em intervenção precoce

Para reflexão acerca das contribuições do terapeuta ocupacional no âmbito da IP, parte-se do pressuposto que seu domínio é “alcançar a saúde, bem-estar e participação na vida por meio do envolvimento na ocupação” (Cavalcanti, Dutra & Elui, 2015, p. 03).

A ocupação constitui parte significativa do ser humano, e representa uma área específica do seu comportamento, trazendo e/ou reafirmando o sentido da vida de uma pessoa. As

crianças, assim como os adultos, tendem a organizar seu cotidiano a partir do engajamento em ocupações, como o sono, atividades de vida diária, educação, cuidados com a saúde e atividades sociais, lazer e brincar (Nunes, Figueiredo, Della Barba & Emmel, 2013).

Tomando tais concepções como fundamento da especificidade da Terapia Ocupacional, pode-se refletir sobre o entendimento de desenvolvimento infantil adotado por esse profissional nas práticas de IP e a importância atribuída à sua promoção.

Emmel (2015) utiliza o termo desenvolvimento ocupacional para justificar que o desenvolvimento humano é caracterizado pelo aprendizado, periódico e de progressiva complexidade, de ocupações pelas crianças. O exemplo mais evidente desse conceito pode ser observado por meio do brincar enquanto ocupação. Pode-se perceber que o brincar das crianças passa a envolver habilidades cada vez mais complexas ao longo do seu desenvolvimento. Esse aumento de complexidade remete à crescente aquisição de habilidades por meio dessa mesma ocupação, do brincar.

Por isso, consideram-se as ocupações meios e fins das intervenções em Terapia Ocupacional, visto que se tem como objetivo de intervenção o envolvimento na ocupação do brincar para a promoção do desenvolvimento infantil, e, ao mesmo tempo, esse envolvimento produz aquisições neuropsicomotoras que favorecem o engajamento ocupacional no brincar. Dessa forma, as vivências do cotidiano relacionadas ao ambiente que a criança frequenta propiciam experiências de amadurecimento no decorrer do desenvolvimento (Cavalcanti, Dutra & Elui, 2015).

Nessa perspectiva, Copetti & Krebs (2004) descrevem que o processo de desenvolvimento infantil é resultante da interação entre a criança engajada em ocupação, em interação com os ambientes que frequenta, de modo que os elementos “criança” e “contexto” se apresentam não apenas como fatores que se somam, mas que interagem entre si, consolidando habilidades de desempenho e caracterizando o desenvolvimento. Assim, os contextos cotidianos de um sujeito funcionam como mediadores do processo de desenvolvimento (Emmel, 2015).

Desse modo, as habilidades e competências do terapeuta ocupacional para a utilização do brincar na IP visando a promoção do desenvolvimento infantil são significativas, diante deste *know-how* relacionado à compreensão do brincar enquanto ocupação significativa e orientadora do cotidiano infantil.

Nesse sentido, cabe refletir sobre as experiências cotidianas que são oferecidas a bebês e crianças pequenas por parte de seus pais e outros cuidadores, no contexto de atividades de aprendizagem que ocorrem na vida dessas crianças e que

promovem a aquisição de comportamentos competentes, modelando e influenciando suas interações sociais, com as pessoas, objetos e contextos (Dunst, Trivette & Hamby, 2010).

A abordagem centrada na família tem se mostrado um subsídio teórico consistente e coerente com práticas de TO, a partir da compreensão do desenvolvimento infantil enquanto um desenvolvimento ocupacional.

Assim, as oportunidades de desenvolvimento infantil mediadas pela família e apresentadas para as crianças em seus ambientes naturais ilustram estratégias de promoção do desenvolvimento ocupacional, que podem compor programas de

IP, tornando as práticas recomendadas a terapeutas ocupacionais das Diretrizes de Estimulação Precoce do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (PNEM), pouco informativas diante das possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional nesse contexto. A Tabela 1 apresenta uma comparação entre as diretrizes do PNEM para a atuação do terapeuta ocupacional e as práticas recomendadas para a Intervenção Precoce na infância, baseadas em documentos internacionais que têm adotado a abordagem centrada na família (Carvalho *et al*, 2016; Shonkoff & Meisels, 2000; Pimentel, Gronita, Matos, Bernardo & Marques, 2009).

	Recomendações para a prática clínica da TO dentro das Diretrizes do PNEM	Recomendações de Boas Práticas clínicas para a TO no contexto da IP
Público- alvo	Crianças de 0 – 3 anos com Microcefalia ou outras deficiências	Crianças de 0 – 6 anos com atraso ou risco para o desenvolvimento e suas famílias
Contextos	Atenção Básica (unidades básicas de saúde, Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Nasf) e da Atenção Especializada (Atenção Domiciliar, Hospitalar, Ambulatórios de Especialidades e de Seguimento do Recém-Nascido, e Centros Especializados em Reabilitação)	Contextos naturais (domicílio, creches, escolas de educação infantil e comunidade), Atenção Básica, Atenção Especializada
Papel do profissional	Perito decisor	Facilitador
Papel das famílias	Receptores passivos de orientações e serviços	Participantes ativos/ decisores
Objetivos/resultado	Desenvolvimento neuropsicomotor da criança	Prevenção/ desenvolvimento global da criança/ empoderamento e capacitação da família
Trabalho em equipe	Multiprofissional/ Interdisciplinar	Transdisciplinar com inclusão da família como parte da equipe
Estrutura organizacional	Setorial e com articulação pontual entre os setores/ oferta de serviços fragmentados	Intersetorial, com base comunitária e serviços integrados
Filosofia da IP	Centrada na criança e baseada em déficits neuropsicomotores, sensoriais, linguagem e interação social	Centrada na família e baseadas nas forças e potencialidades

Tabela 1: Recomendações das Diretrizes do PNEM X Recomendações de Boas Práticas*

* Baseadas nas práticas recomendadas em Intervenção Precoce na infância da Associação Nacional de Intervenção Precoce – ANIP, Portugal.

As possibilidades de ampliação das intervenções do terapeuta ocupacional descritas no quadro 1 são condizentes com as práticas de IP realizadas em países como Estados Unidos, Portugal e Espanha, onde o modelo de atenção tem mudado de um trabalho centrado nos objetivos dos profissionais para um modelo centrado nas necessidades das famílias, caracterizado por uma perspectiva de intervenção que busca enfatizar as forças da unidade familiar, e não em seus déficits; que empodera a família para realizar escolhas e controlar os recursos desejados para a promoção do desenvolvimento da criança, com base no desenvolvimento de uma relação de colaboração entre pais e profissionais (Shonkoff & Meisels, 2000). Essa abordagem reconhece tal relação como um dos pilares das práticas centradas na família, de modo que o conhecimento profissional especializado dos membros da equipe se mostra integrado para que a família possa dispor de um serviço mais completo e eficaz (Bruder & Dunst, 2005; Moore & Larkin, 2005).

Para além das adaptações para as Atividades de Vida Diária, prescrição, confecção e treino do uso de recursos para participação nestas ou em atividades do brincar, o terapeuta ocupacional no âmbito da IP –na sua forma mais abrangente como aqui discutido– pode atuar em três eixos que, com base no modelo centrado na família, assumem um caráter de interdependência: criança, família e ambiente/contextos (Carvalho *et al.*, 2016).

No que diz respeito a atuação direta com a criança o terapeuta ocupacional tem em sua especificidade a promoção do desenvolvimento global da criança por meio da ocupação do brincar, que é considerado para a Terapia Ocupacional a principal ocupação da criança, e que vê neste um instrumento potencializador de ganhos neuropsicomotores, sensoriais, interação social e cognitivos.

A aquisição de tais ganhos tem como referência o desenvolvimento típico, respeitando sempre as características individuais de cada criança e utilizando as potencialidades que seu ambiente natural oferece como uma das muitas estratégias de intervenção. Assim, a promoção do desenvolvimento global e a participação em ocupações típicas para o período do ciclo vital que a criança vivencia são alcançadas de forma lúdica, individualizada e “sob medida” (Carvalho *et al.*, 2016). Além disso, o terapeuta ocupacional busca e avalia estratégias para aquisição de habilidades que resultem em independência nas Atividades de Vida Diária (alimentação, vestuário, higiene pessoal), Atividades Instrumentais de Vida Diária (mobilidade, locomoção, organização de objetos pessoais, entre outros), Atividades de Lazer e Descanso e para todas as habilidades necessárias à plena participação nos papéis ocupacionais esperados para esse período da vida (aluno, filho, irmão, amigo, entre outros).

No que se refere à parceria com a família, o terapeuta ocupacional pode atuar como um facilitador no processo de reconhecimento de necessidades globais e prioritárias de toda família, assim como auxiliar na identificação de potencialidades e estratégias que a permitam buscar soluções para suas demandas, aumentando consequentemente a Qualidade de Vida Familiar.

Vale a pena ressaltar que “necessidades da família” como aqui discutidas, referem-se à identificação de ausência de apoio para a realização de uma tarefa que é importante para toda a família (Chum-Chiu, Turnbull & Summers, 2013) e que Qualidade de Vida Familiar, de acordo com Zuna, Summers, Turnbull, Hu e Xu (2010), é uma percepção dinâmica do bem-estar da família, subjetivamente e coletivamente definidos e informados por seus membros, em que as necessidades de nível individual e familiar interagem.

A oferta de *suporte informacional* (diagnóstico, quadro clínico, estratégias para o cuidados diário e manejos com a criança, benefícios financeiros e direitos), de *suporte emocional* (escuta qualificada, descoberta de potencialidades, apoio para busca de estratégias de alívio de stress e promoção de sentimentos positivos) e de *suporte logístico e de organização* (apoio para organização de rotina da família e da criança –horários fixos para atividades como mamadas/refeições, banhos, terapias, passeios, etc...), também são exemplos do leque de possibilidades que o terapeuta ocupacional dispõe na atuação em parceria com a família no âmbito da IP.

Ressalta-se ainda que nessa parceria, as famílias são atores principais nas tomadas de decisão no que se refere à sua criança (Carvalho *et al.*, 2016).

No tocante ao ambiente/contextos, o terapeuta ocupacional pode atuar com a identificação e mapeamento de redes sociais de apoio formais e informais junto à família, assim como na adaptação de ambientes físicos para maior oferta de estímulos à criança; na identificação de estratégias para a circulação da família e da criança em seus ambientes naturais (família extensa, centros de lazer, casa de amigos, instituições religiosas etc...) e na articulação com os novos atores que vão surgindo no cotidiano da criança (profissionais da saúde, educação, assistência social, arte, cultura e lazer).

Acredita-se que as diversas estratégias acima descritas, bem como a formulação de objetivos de trabalho articulados com o que a criança precisa e o que a família deseja, necessita e prioriza, aliados às estratégias advindas da expertise de cada ator envolvido no processo de IP (família, pessoas da comunidade e prestadores de serviço), resultam em verdadeiros impulsionadores das aquisições de habilidades da criança para a vida em sociedade, minimização de estigmas e preconceitos, capacitação da família para o cuidado com sua criança e resolução de seus conflitos e necessidades e ainda, para sua

maior autonomia, bem-estar e qualidade de vida, tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo.

Considerações finais

diante do exposto, ao refletir sobre o desenvolvimento de estratégias de atenção às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus e suas famílias, observa-se a necessidade de ampliar a discussão sobre as ações e pesquisa no campo da Intervenção Precoce. Constatou-se escassa publicação nacional sobre o tema, sendo que em outros países os movimentos de mudança nas ações de intervenção precoce se deram em consonância entre a produção de conhecimento científico e ações de caráter empírico, resultando em uma grande discussão sobre os direitos das crianças e famílias a receberem a intervenção no momento em que necessitam.

Observa-se que o modelo de IP com enfoque na reabilitação e na deficiência da criança é predominante no Brasil, sendo que em outros países este é ampliado para uma visão de empoderamento e voltado às necessidades familiares.

Finalmente, ressalta-se a necessidade de apropriação desses elementos pelo terapeuta ocupacional que atua nas equipes de IP, pois a profissão tem em sua essência elementos fundamentais para uma prática mais ampliada do que a que temos presenciado, como os modelos de parceria, a aprendizagem a partir do feedback das famílias e o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e o desenvolvimento ocupacional. ■

[Recibido: 27/04/18 - Aprobado: 28/05/18]

Referências bibliográficas

- Bolsanello, M.A. (2003) Concepções sobre os procedimentos de intervenção e avaliação de profissionais em estimulação precoce. *Educar* [periódico online], 22: 343-55. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/educar/article/view/2185/1837>
- Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. *Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce*. 1996 [acesso em 28 nov 2015]. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002557.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52. *Bol Epidemiol.*, 47(3):1-10, 2016. [acesso em 30 nov 2015]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/boletim-epidemiologico>
- Brasil. Ministério da Saúde. Ambiente Virtual de Aprendizagem Do Sus (AVASUS). *Módulo: Estimulação precoce*. s.d. [acesso em 14 jan 2016]. Disponível em: www.avasus.ufrn.br/login/index.php
- Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika*. 2015 dez 10 [acesso em 13 set 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigilancia-e-resposta---vers-o-1---09dez2015-8h.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia*. 2016b [acesso em 2016 nov 11]. Disponível em: <http://combateades.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/140-diretrizes-de-estimulacao-precoce-criancas-de-zero-a-3-anos-com-atraso-no-desenvolvimento-neuropsicomotor-decorrente-de-microcefalia>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika*. 2016c [Acesso em 2016 out 25]. Disponível em: <http://combateades.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>
- Brasil. Portal da Saúde. *CDC reconhece relação do vírus Zika e microcefalia* [internet]. Brasília; 2016d. [acesso em 26 abr 2016]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23254-cdc-reconhece-relacao-do-virus-zika-e-microcefalia>.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando seres humanos mais humanos*. ARTMED.
- Bruder, M.B.; Dunst, C.J. (2005). Personnel preparation in recommended early intervention practices: Degree of emphasis across disciplines. *Top Ear Child Spec Edu*; 25: 25-33.
- Carvalho, L.; Almeida, I.C.; Felgueiras, I.; Leitão, S.; Boavida, J.; Santos, P.C. (2016). *Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um guia para profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Cavalcanti, A.; Dutra, F.C.M.S.; Elui, V.M.C. (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. 3ª ed. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [periódico online]; 26(ed. esp.):1-49. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496>
- Chum-Chiu, Y.; Turnbull, A. P.; Summers, J. A. (2013). What Families Need: Validation of the Family Needs Assessment for Taiwanese Families of Children with Intellectual Disability and Developmental Delay. *Res Prac Pers Sever Disab*, 38(4): 247-258.
- Copetti, F.; Krebs, R. (2004). As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma ecológico. In: Koller, S. *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 67-89). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Della Barba, P.C.S.; Martinez, C.M.S.; Carrasco, B.G. (2003). Promoção da Saúde e Educação Infantil: caminhos para o desenvolvimento. *Paidéia*, 13: 141- 46.
- Dunst, C.J.; Trivette, C.M.; Hamby, D.W. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of four adult learning methods and strategies. *International Journal of Continuing Education and Lifelong Learning*, 3(1): 91-112.

- Eickmann, S.H.; Carvalho, M.D.C.G.; Ramos, R.C.F.; Rocha, M.A.W.; Van Der Linden, V.; Silva, P.F.S. (2016). Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. *Cad. Saúde Pública* [periódico online], 32 (7): 1-3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00047716.pdf>
- Emmel, M.L.G. (2015). Desenvolvimento Ocupacional da criança. In: Joaquim, R.H.V.T.; Della Barba, P.C.S.; Albuquerque, I. *Desenvolvimento da criança de zero a seis anos e a Terapia Ocupacional*. (pp. 39-48). São Carlos: EdUFSCar, 2015. (Série Apontamentos).
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Inter Psicologia* [periódico online], 11(1): 113-21. Disponível em: [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/1331/1/Dimens%C3%B5es%20\(publicado\).pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/1331/1/Dimens%C3%B5es%20(publicado).pdf)
- Freitas, A.R.R.; Angerami, R.N.; Von Zuben, A.P.B.; Donalisio, M.R. (2016). Introduction and transmission of zika virus in Brazil: new challenges for the Americas. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*, 58:24.
- Hansel, A.F. (2012). *Estimulação precoce baseada em equipe interdisciplinar e participação familiar: concepções de profissionais e pais* [tese]. Curitiba: Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.
- Marini, B.P.R.; Lourenço, M.C.; Della Barba, P.C.S. (2017). Revisão sistemática integrativa da literatura sobre modelos e práticas de Intervenção Precoce no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*. Forthcoming.
- Moore, T.; Larkin, H. (2005). "More than my child's disability" – A comprehensive literature review about family-centred practice and family experiences of early childhood intervention services. Glenroy: Scope (Vic) Ltd.
- Nunes, F.; Figueiredo, M.; Della Barba, P.C.S.; Emmel, M.L.G. (2013). Retratos do cotidiano de meninos de cinco e seis anos: a atividade de brincar. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar* [periódico online], 21(2): 275-287. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/814>
- Pimentel, J.S.; Gronita, J.; Matos, C.; Bernardo, A.C.; Marques, J.M. (2009). *E quando atendemos crianças diferentes*. Lisboa: Jorge Fernandes Ltda.
- Shonkoff, J.P.; Meisels, S.J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. 2 ed. Nova York: Cambridge University Press.
- Zeppone, S.C.; Volpon, L.C.; Del Ciampo, L.A. (2012). Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Rev. Paul. Pediatr* [periódico online], 30(4): 594-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n4/19.pdf>
- Zuna, N. I.; Summers, J. A.; Turnbull, A. P.; Hu, X.; Xu, S. (2010). Theorizing About Family Quality of Life. In R. Kober (Ed.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disability. From Theory to Practice*, 241-278. Springer: Springer.

Cómo citar este artículo:

da Silva Campos Folha, D., Pereira Ricci Marini B., Nunes A. C. y de Souza Della Barba P. C. (2018). Terapia Ocupacional y la atención a niños con Síndrome Congénito de Zika Vírus en la perspectiva de la Intervención Temprana. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1) 30-39.



Dos entrecruzamientos da Terapia Ocupacional e o território: reflexões a partir da prática profissional na Atenção Básica em Saúde

From the intersections of Occupational Therapy and the territory: reflections from the professional practice at Primary Health Care

Sobre los entrecruzamientos de la Terapia Ocupacional y el territorio: reflexiones desde la práctica profesional en la Atención Básica en la Salud

Pamela Cristina Bianchi

Mestre em Terapia Ocupacional, Especialista na modalidade Residência em Saúde da Família e Comunidade, Terapeuta Ocupacional. Estudante de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO/UFSCar). Bolsista de Doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

pamelacbianchi@gmail.com

Pamela Cristina Bianchi

Resumo

Partindo dos pressupostos conceituais sobre *território usado* de Milton Santos, o estudo visa discutir os entrecruzamentos da terapia ocupacional com a ação territorial, apresentando suas possibilidades e limites a partir de um relato de experiências na Atenção Básica em Saúde no Brasil. Foi realizada leitura atenta de relatórios técnicos, anotações em prontuários, trabalhos enviados a eventos e fotografias como bases para a escrita e análise das vivências. Os resultados foram apresentados sob a perspectiva territorial local, em duas vertentes de análise: “Território e ações coletivas”, com intuito de apresentar a articulação da rede e alternativas de gestão territorial; e “Singularidades: o território enquanto instrumento de ação”, com apresentação de práticas que utilizaram-se do território enquanto instrumento de trabalho no âmbito individual de intervenção. Aponta-se como reflexão a visualização do território não apenas como *locus* de intervenção do terapeuta ocupacional, mas também como um instrumento de potencialização da atenção terapêutica e viabilização de inserção e participação social, uma vez que proporciona a articulação das ações do terapeuta ocupacional com a vida cotidiana dos sujeitos e comunidades assistidas.

Palavras chave: Terapia Ocupacional, Atenção Primária à Saúde, saúde da família, saúde pública, participação comunitária.

Abstract

Based on the conceptual assumptions about territory used by Milton Santos, the study aims to discuss the intersections of occupational therapy with territorial action, presenting their possibilities and limits based on report experience in Primary Health Care in Brazil. A careful reading of technical reports, handbook notes, papers sent to events and photographs as basis for writing and analysis of experiences were carried out. The results were presented under the local territorial perspective, in two aspects of analysis: “Territory and collective actions”, aiming to present the network and territorial management alternatives articulation; and “Singularities: the territory as an instrument of action”, with the presentation of practices which were used from the territory as an instrument of work in the individual scope of intervention. It is pointed out as reflection the visualization of the territory not only as locus of intervention of the occupational therapist, but also as an instrument of potentialization of the therapeutic attention and viability of insertion and social participation, once it has provided the articulation of the actions of the occupational therapist with the everyday life of the individual and assisted communities.

Key words: Occupational Therapy, Primary Health Care, family health, public health, community participation.

Resumen

A partir de los presupuestos conceptuales sobre territorio usado de Milton Santos, el estudio busca discutir los entrecruzamientos de la terapia ocupacional con la acción territorial, presentando sus posibilidades y límites a partir de un relato de experiencias en la Atención Básica en Salud en Brasil. Se realizó la lectura atenta de informes técnicos, anotaciones en prontuarios, trabajos enviados a eventos y fotografías como bases para la escritura y análisis de las vivencias. Los resultados fueron presentados bajo la perspectiva territorial local, en dos vertientes de análisis: "Territorio y acciones colectivas", con el propósito de presentar la articulación de la red y alternativas de gestión territorial; y "Singularidades: el territorio como instrumento de acción", con presentación de prácticas que se utilizaron del territorio como instrumento de trabajo en el ámbito individual de intervención. Se apunta como reflexión la visualización del territorio no sólo como locus de intervención del terapeuta ocupacional, sino también como un instrumento de potenciación de la atención terapéutica y facilitación de inserción y participación social, una vez que proporciona la articulación de las acciones del terapeuta ocupacional con la vida cotidiana de los sujetos y las comunidades asistidas.

Palabras clave: *Terapia Ocupacional, Atención Primaria de la Salud, salud de la familia, salud pública, participación comunitaria.*

Introdução

Partindo da estreita relação entre as intervenções de terapia ocupacional e o debate sobre território, este artigo se faz como um convite à reflexão sobre as possibilidades e limites da ação territorial na profissão a partir do relato de experiências vivenciadas na Atenção Básica em Saúde (ABS) em um município de médio porte no interior do Estado de São Paulo.

No Brasil, a área de Saúde Pública passou a considerar o território como *locus* de suas práticas na primeira metade do século XX (Oliveira & Furlan, 2008). Sua inserção visava o desenvolvimento de intervenções para o combate às epidemias, utilizando ações repressivas e violentas, como a campanha higienista de obrigatoriedade da vacinação contra a varíola, que previa a entrada na casa das pessoas e a aplicação do procedimento clínico. O local de vida privada passou a ser pensado pelo Estado como um espaço de controle (Porto, 2003).

Um importante pesquisador brasileiro sobre território, avançando na discussão para além da delimitação geográfica, foi Milton Santos (1926-2001). Segundo Faria e Bortolozzi (2009), a obra do pesquisador representou “a renovação do pensamento geográfico” e seus estudos contribuíram para ampliar a compreensão sobre a dinâmica saúde e doença, extrapolando a discussão acerca dos processos biológicos e incluindo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais como fundamentais para o planejamento e implantação de ações-práticas de saúde, educação, habitação, dentre outra (Faria & Bortolozzi, 2009).

Na defesa de uma abordagem geográfica integradora e totalizante, Santos (2000) cunhou o conceito de *território usado*, como correlato direto de espaço geográfico. Para o autor, a distinção entre território e *território usado* encontrava-se na apresentação de território enquanto formas físicas e de *território usado* enquanto objetos e ações.

Território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (Santos, 2007).

Desta maneira, é o uso do território, e não o território em si mesmo, como conceito abstrato e puro, que faz dele o objeto da análise social (Santos, 2005).

No campo profissional, a noção de território chega para a terapia ocupacional por caminhos relacionados às vivências e mudanças políticas, sociais e econômicas do país, como uma forma de unir a crítica sobre a realidade social às práticas profissionais. O terapeuta ocupacional passou a olhar os espaços da vida cotidiana e os aspectos coletivos também como for-

mas de resistência da profissão aos processos biomédicos da saúde e às problemáticas da sociedade capitalista.

A visualização do território enquanto *locus* de intervenção para a terapia ocupacional acompanhou as reflexões e os movimentos políticos vivenciados pelo país. As décadas de 1970 e 1980, marcadas pela ditadura militar, lutas para a democratização e movimentos no campo das reformas sanitária e psiquiátrica, impulsionaram importantes reflexões críticas para a terapia ocupacional, aliadas ao desenvolvimento de novos espaços de trabalho e do questionamento sobre seu papel político (Barros, Lopes & Galheigo, 2007).

Na área da Saúde Pública brasileira, a Reforma Sanitária impulsionou as lutas pela criação de um sistema de saúde público, de acesso universal e próximo às realidades de vida de seus usuários, mudando substancialmente o acesso aos serviços e o princípio jurídico estabelecido até então (Escorel, 2008). O movimento propunha a implantação de uma rede eficaz de unidades básicas de saúde, consideradas fundamentais para elevação do padrão sanitário da saúde brasileira (Barros, Lopes & Galheigo, 2007). A utopia sanitária propunha, como elabora Merhy (1997), uma atenção primária não apenas como porta de entrada de um sistema de saúde, mas um local essencial para integralidade das ações individuais e coletivas, atuando em conjunto com as demais práticas sociais.

Os eventos que se seguiram refletiram em importantes conquistas, oriundas de muitas lutas da sociedade civil: a democratização do país, a promulgação da Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público e universal, um dever do Estado e direito de sua população (Brasil, 1990a).

O SUS preconiza o direito à saúde por meio de um sistema pautado nos princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1990a). Em sua organização, são pontuadas diretrizes de regionalização e hierarquização dos serviços, ou seja, as ações devem se pautar sob uma base territorial seguindo uma lógica de delimitação de áreas de abrangência e considerar os níveis de complexidade das necessidades e da atenção a ser prestada. A categoria território tem, portanto, feito parte da pauta da agenda da política de saúde como condição indispensável para se alcançar a universalidade de acesso por meio da oferta de serviços o mais próximo possível dos cidadãos (Brevilheri, Narciso & Pastor, 2014).

Na atenção básica em saúde, por sua vez, encontramos as Unidades de Saúde da Família (USF) na prestação de serviços de base territorial. Desde 1996, o SUS tem adotado uma estratégia de orientação do modelo assistencial: a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O trabalho é organizado por meio de equipes multiprofissionais, responsáveis pelo acompanhamento de um número específico de famílias, alocadas em uma área geográfica delimitada. As equipes de saúde da

família atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças, e na manutenção da saúde da comunidade (Brasil, 2010).

Assim, com a proposta de repensar o saber técnico e político dos profissionais e colocar o território como estratégia de cuidado e aproximação geográfica e afetiva dos sujeitos, o SUS convoca os profissionais, inclusive os terapeutas ocupacionais, a novos enfrentamentos: reabilitar os espaços de vida, a comunidade e a cidade, adentrar aos territórios e aos locais onde a vida acontece. Nesses espaços ocorre a transformação e a construção de uma nova realidade, a partir da qual são definidas possibilidades concretas de aquisição de novos conhecimentos, novas linguagens de convivência e emancipação sociocultural e de criação de projetos de vida (Oliver et al., 2001).

Tendo em vista o delineamento do conceito de território para as políticas públicas de saúde no Brasil e para a atuação técnica do terapeuta ocupacional, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre os entrecruzamentos da terapia ocupacional com o território, apresentando suas possibilidades e limites de ação a partir de relato de experiências vivenciadas na Atenção Básica em Saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Procedimentos metodológicos

Trata-se do relato de algumas experiências que compuseram as vivências de uma terapeuta ocupacional em uma USF, sob a perspectiva da atuação territorial, nos anos entre 2012 e 2014. A entrada da terapeuta ocupacional no cenário de prática se deu através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na Universidade Federal de São Carlos teve início no ano de 2007, com a proposta de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada às profissões da saúde e correlatas, e caracterizada pela capacitação em serviço, sob a orientação de profissionais oriundos da Universidade e da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Carlos, interior de São Paulo. O Programa tinha como intuito ampliar a qualidade e eficiência dos serviços para o enfrentamento das necessidades e problemas de saúde da população de São Carlos e região, além da importante proposta de capacitação técnica e contribuição para a formação pós-graduada dos profissionais (UFSCar/São Carlos, 2010). O Programa teve suas atividades encerradas em 2014.

A Unidade de Saúde da Família (USF), na qual a terapeuta ocupacional residente foi inserida, localizava-se em bairro periférico do município de São Carlos, SP. A região era composta por uma população de classes média baixa e baixa, eram famílias

formadas por adultos em atividades produtivas e crianças em idade escolar. Tinha como característica a escassez de equipamentos sociais e de lazer, como Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros Comunitários, praças públicas, entre outros, que poderiam se responsabilizar pelas atividades sociais do local.

A reflexão sobre as vivências foi despertada através da leitura atenta de materiais elaborados pela terapeuta ocupacional e equipe de residentes, como relatórios técnicos, anotações em prontuários de sujeitos assistidos, projetos de intervenção, trabalhos enviados a eventos científicos e fotografias de atividades realizadas. Os aspectos éticos foram garantidos, mantendo o sigilo dos usuários citados no estudo e aprovação dos sujeitos envolvidos.

As análises foram construídas por meio da interlocução com referenciais teóricos que debatem sobre a perspectiva territorial enquanto *locus* e instrumento de intervenção na Atenção Básica em Saúde e da extensão desse diálogo à terapia ocupacional, inscrevendo diferentes possibilidades e desafios para o universo de conhecimento e ação configurado pela terapia ocupacional no território.

Resultados e discussão

A abordagem territorial pode se estabelecer em diferentes escalas. É possível transitar entre as escalas territoriais locais, ou seja, o âmbito microssocial, como o acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia e ações singulares de atuação; e as escalas territoriais globais, as macrosociais: infraestrutura, economia e as políticas públicas e sociais, por exemplo. Neste sentido, o território torna-se uma ferramenta e deve ser utilizada sempre que a ação envolver grupos sociais, trazendo seu conceito como central para as diretrizes políticas (Santos, 1998).

As ações realizadas na USF reportam às escalas territoriais locais de intervenção, embora se discuta no cotidiano de trabalho as críticas, possibilidades e desafios da atuação macrosocial. Nos relatos de situações vivenciadas, serão apresentadas algumas experiências sob a perspectiva territorial local em duas vertentes: *Território e ações coletivas: possibilidades e limites*, relacionados ao âmbito coletivo de intervenção com vistas à articulação da rede e alternativas de gestão territorial; e *Singularidades: o território enquanto instrumento de ação*, com a apresentação de uma prática ilustrativa da utilização do território enquanto instrumento de trabalho no âmbito individual de intervenção.

Território e ações coletivas: possibilidades e limites

A primeira atividade realizada, como processo de inserção da terapeuta ocupacional residente na USF, foi a *territorialização*.

Como um dos pressupostos básicos para a atuação na Atenção Básica em Saúde, a estratégia da *territorialização* visa o reconhecimento efetivo do território no qual o serviço de saúde está inserido. Compreende o território como resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de diversas problemáticas. Seu reconhecimento é um passo básico para a caracterização da população e de suas questões de saúde, bem como a avaliação do impacto dos serviços neste cenário (Gondim, 2008).

Na experiência vivenciada, foi realizado um mapeamento dos espaços públicos e privados existentes no território: espaços públicos de socialização e lazer, equipamentos sociais para assistência à população, comércios locais, centros religiosos e locais de maior trânsito da população. Realizou-se também a identificação dos atores sociais e a caracterização da população que compunha a realidade do território.

Congruente à experiência relatada por Paiva e colaboradores (2013), com o processo de *territorialização* foi possível ampliar a visão sobre o território, elencar as questões prioritárias para a comunidade e gerir formas de intervenções condizentes com os desejos e necessidades da realidade sociocultural do bairro.

A realização da atividade admitiu o reconhecimento de particularidades do bairro e identificação de características da população que acompanharam os dois anos de inserção da terapeuta ocupacional na USF. A carência de equipamentos da Assistência Social no território, por exemplo, foi uma identificação que permitiu a reflexão sobre a centralidade da USF no suprimento de grande parte das demandas da população e o manejo da equipe com determinadas problemáticas trazidas pela comunidade que, muitas vezes, se esvaíam do escopo da saúde, como questões de violência e desemprego.

Nesta perspectiva, foi trabalhada a aproximação com equipamentos sociais de referência de outras localidades e órgãos públicos, como os Conselhos Tutelar e do Idoso e grupos de apoio da Universidade. Uma vivência interessante foi a realização de uma dinâmica teatral e da proposição de reflexões críticas sobre situações de violência, disparadas pela equipe de residentes em conjunto com o Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV) do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos. A discussão proposta pautou-se na prevenção e identificação de situações de violência intra e extrafamiliares e as possibilidades de ação neste escopo, como a articulação com serviços do bairro, como a escola e os Conselhos, órgãos de proteção dos direitos de crianças e idosos.

A participação popular e o controle social também foram elementos articulados na intervenção de base territorial realizada pela experiência da terapia ocupacional na USF. No Brasil, a Lei 8142/90 discorre acerca dos espaços públicos garantidos à participação da população: os conselhos e as conferências

de saúde (Brasil, 1990b). Os conselhos de saúde são constituídos como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre representantes dos seguimentos dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde. A participação da comunidade, neste sentido, ganha sentido de participação política ao conferir caráter deliberativo aos conselhos, como tomada de decisões sobre a política de saúde (Oliveira & Pinheiro, 2010).

No bairro, o Conselho Gestor era formado por profissionais da saúde e usuários do serviço. As reuniões se davam de forma esporádica no salão de uma igreja do bairro e visavam o cumprimento de pautas regulares e a discussão de assuntos emergenciais, sendo pouco conclusivas e deliberativas nas proposições de melhoras à atenção à saúde e articulação da população com o serviço.

Frente a esta situação, o grupo de residentes buscou discutir e sensibilizar os profissionais de saúde, por meio das reuniões de equipe, sobre a importância deste espaço como exercício da cidadania e protagonismo dos usuários do serviço, apresentando-os como corresponsáveis pela gestão e organização do serviço. No entanto, devido às intensas demandas da USF e dificuldades encontradas pelos profissionais em gerir um espaço de discussão e participação da população, os encontros do Conselho Gestor do bairro se reduziram, chegando à total ausência de participação.

Um ponto discutido entre a equipe de residentes após a finalização dos encontros do Conselho Gestor foi o equívoco de tentar manter o espaço apenas pelo esforço e insistência dos técnicos de saúde. Ademais do diálogo com os profissionais, uma outra medida para a equalização desta problemática seria a proposição de rodas de discussão para esclarecimentos sobre o funcionamento dos Conselhos e o papel protagonista dos usuários, visando o fortalecimento da participação da comunidade neste espaço.

A experiência apresentada com o Conselho Gestor não foi exitosa em sua conclusão, contudo demonstra o papel de mediador exercido pela terapia ocupacional no âmbito microssocial e coletivo, com vistas à articulação e efetivação de políticas públicas e à sensibilização cotidiana da importância e necessidade de profissionais da saúde e usuários dos serviços atuarem ativamente na construção de melhorias às formas de atenção territorial e ação política do sistema de saúde.

Singularidades: o território enquanto instrumento de ação

O cuidado no âmbito individual articulado à ação territorial tem sido uma prática bastante solicitada ao terapeuta ocupacional na Atenção Básica em Saúde. Abordaremos o processo terapêutico realizado no cuidado individual de Dona Orquídea para ilustrar os alcances na utilização do território como instrumento de trabalho na Atenção Básica de Saúde.

Os encontros com Dona Orquídea tiveram início em abril de 2012 e foram finalizados em dezembro de 2013, tendo mais de sessenta registros anotados em prontuário. Dona Orquídea, 55 anos, era muito conhecida na região pela sua intensa circulação nas ruas do bairro e na USF, principalmente pela frequente solicitação de cuidados em saúde como aferição da pressão arterial, da glicemia ou pedidos de medicamentos.

Os atendimentos de terapia ocupacional foram solicitados pela equipe com objetivo de trabalhar a reorganização do cotidiano, adequar o uso da medicação na rotina da paciente e fortalecer o vínculo de Dona Orquídea com suas filhas. A usuária possuía diagnóstico de transtorno mental e os períodos sem medicação representavam riscos à sua saúde e integridade física.

O acompanhamento de terapia ocupacional iniciou com visitas domiciliares em companhia da odontóloga da equipe de referência da USF, profissional que representava o vínculo da usuária com o serviço de saúde. No decorrer do processo, os encontros regulares se mostraram ineficazes pela dificuldade da paciente em se organizar temporalmente e em se manter fechada por tempo determinado na casa ou nas salas da unidade. Assim, os encontros passaram a ser realizados de forma esporádica, a partir da disponibilidade e necessidade de Dona Orquídea, e nos espaços públicos do bairro, lançando mão de sua circulação e do vínculo com vizinhos como recursos para a obtenção dos objetivos propostos.

Apona-se algumas atividades que se mostraram efetivas no processo terapêutico da usuária como exemplos de ações relacionadas ao território: o uso da área externa da unidade para a construção de uma horta, atividade significativa para a usuária e um recurso para resgate de traços de sua história de vida, mantendo livre a comunicação com os passantes na rua; as caminhadas pelas ruas conhecidas do bairro até a casa das filhas, com intuito de fazer uma visita e favorecer o estreitamento do vínculo; o uso da praça pública para os encontros de *ensinagem* da técnica de crochê; e a participação em um grupo de artesanato na biblioteca comunitária do bairro visando à participação e inserção social de Dona Orquídea.

No decorrer do acompanhamento, logramos também a articulação com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para consulta médica, adequação de medicação e participação, de maneira frequente e autônoma, da usuária nas atividades festivas e grupos terapêuticos do serviço. Para tanto, a terapeuta ocupacional acompanhou a paciente na confecção da carteira do transporte municipal e no aprendizado do caminho de sua casa à localidade do CAPS.

A articulação e uso do território enquanto instrumento na intervenção terapêutica se mostraram bastante potentes na atenção à Dona Orquídea. Lançamos mão dos espaços territo-

riais como uma forma de favorecer a participação da usuária em atividades da comunidade, ampliar os espaços institucionais de circulação, acesso e cuidado e também como uma estratégia criativa e sensível de atenção, adequada às características, necessidades e cotidiano da usuária.

Segundo Jardim, Afonso e Pires (2008), é papel do terapeuta ocupacional atuar no território, considerando suas múltiplas potencialidades, como residências dos sujeitos e, em especial, espaços comunitários e sociais, ampliando o serviço de saúde para além de seus muros institucionais; inserir e reinserir o indivíduo na sociedade e em seu trabalho, além da troca de vivências e experiências, objetivando a solução de suas demandas, quanto à sua patologia, moradia, adaptações, relações interpessoais e a busca de participação social e maior autonomia dos sujeitos.

Por se tratar de um serviço de Atenção Básica em Saúde, porta inicial do sistema, são diversos os grupos populacionais e demandas que solicitam assistência do terapeuta ocupacional na USF, como pessoas com deficiências, limitações físicas ou transtornos mentais, crianças com dificuldade de aprendizagem, pessoas acamadas, idosos com dificuldades nas atividades cotidianas. Dentre estas, muitas problemáticas são minimizadas e muitos objetivos alcançados, como a inserção, circulação e participação social, quando os profissionais lançam mão da articulação entre o cuidado individual e os recursos existentes do território, não utilizando-o apenas como espaço físico-geográfico, mas sim como um agente em potencial para a assistência, ou seja, como *o território usado*, fundamento do trabalho e espaço da vida cotidiana (Santos, 2007).

Considerações finais

O território é visto como espaço de potencialidades, de história, cultura e identificação dos sujeitos, grupos populacionais e comunidades. Sob esta perspectiva, sua concepção articula-se com a atuação técnica na Atenção Básica em Saúde, tornando-se um conceito frequente aos profissionais de saúde e uma perspectiva de intervenção nestes locais de atenção.

Nas experiências apresentadas, buscou-se trabalhar e aponar a reflexão do território não apenas como o *locus* de intervenção do terapeuta ocupacional na Atenção Básica em Saúde, mas também como um importante instrumento de potencialização da atenção terapêutica e viabilização da inserção, circulação e participação social, uma vez que proporciona articular as ações propostas pelo terapeuta ocupacional com a vida cotidiana e necessidades reais dos sujeitos e comunidades assistidas.

Apona-se como desafios à terapia ocupacional brasileira o desenvolvimento de pesquisas e estudos que visem o aprofundamento das reflexões e dos referenciais teórico-meto-

dológicos que embasem e certifiquem os entrecruzamentos e potências da utilização do território enquanto um espaço e instrumento de intervenção terapêutica ocupacional em distintas áreas da profissão. ■

[Recibido: 26/04/18 - Aprobado: 28/05/18]

Referências bibliográficas

- Barros, DD., Lopes, RE & Galheigo, SM. (2007) *Novos espaços, novos sujeitos: a terapia ocupacional no trabalho territorial e comunitário*. En: Cavalcanti, A; Galvão, C. Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios, Brasília, Imprensa Oficial, 1990a.
- Brasil. Lei Nº 8142/1990. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, 1990b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Imprensa Oficial, 2010.
- Brevilheri, ECL, Narciso, MAS & Pastor, M. (2014). A lógica territorial na política de saúde brasileira. *Serviço Social em Revista*, 16(2), 36-61.
- Escorel, S. (2008). *História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária*. En: Giovanella, L. et al. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Brasil: FIOCRUZ.
- Faria, RM & Bortolozzi, A. (2009). Espaço, território e saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *Espaço Geográfico em Análise*, 17, 31-41.
- Gondim, G. et al (2008). *O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização*. En: Carvalho, A. et al. (org) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Fiocruz.
- Jardim, TA; Afonso, VC. & Pires, IC. (2008). A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família - evidências de um estudo de caso no município de São Paulo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(3),167-175.
- Merhy, EE. (1997) *A rede básica como uma construção de saúde pública e seus dilemas*. En: Merhy, EE; Onocko, RC. (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Oliver, FC. et al. (2001) Reabilitação no território: construindo a participação na vida social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 12(1-3),15-22.
- Oliveira, GN. & Furlan, PG. (2008) *Co-produção de projetos coletivos e diferentes "olhares" sobre o território*. En: Campos, GWS.; Guerreiro, AVP. Manual de Práticas de Atenção Básica – Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Oliveira, LC & Pinheiro, R. (2010) A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2455-2464.
- Paiva, LFA et al. (2013) A Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 21(3): 595-600.
- Porto, MY. (2003) Uma revolta popular contra a vacina. *Ciência e Cultura*, 55(1), 53-54.
- Santos, M. (1998) *O retorno do território*. En: Santos, M. et al. (org). Território: globalização e fragmentação. 4 ed. São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Santos, M. (2000) O papel ativo da geografia um manifesto. XII Encontro Nacional de Geógrafos. Florianópolis, Brasil.
- Santos, M. (2005) *O retorno do território*. Observatorio Social de América Latina. VI(16). Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Santos, M. O (2007). *Espaço Cidadão*. 7 ed. São Paulo, Brasil: Edusp.
- UFSCar/São Carlos (2010). *Manual da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade 2010-2012*. São Carlos, Brasil: EdUFSCar.

Cómo citar este artículo:

Bianchi, P. (2018) Dos entrecruzamentos da Terapia Ocupacional e o território: reflexões a partir da prática profissional na Atenção Básica em Saúde. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1) 40-46.



El rol investigador del terapeuta ocupacional en la esclerosis múltiple

The role of occupational therapist in researcher multiple sclerosis

Nuria López Soler | Miguel Ángel Martínez Montesinos | Marcos Martínez Pino

Nuria López Soler

Grado de Terapia Ocupacional por la Universidad Miguel Hernández.
n.lopezsoler@hotmail.com

Miguel Ángel Martínez Montesinos

Máster en Ciencias del sistema nervioso. Especialista en Neurorehabilitación por la Universidad Rovira i Virgili. Grado de Terapia Ocupacional por la Universidad Miguel Hernández.
miguelmmto@hotmail.com

Marcos Martínez Pino

Máster en Ciencias del sistema nervioso. Especialista en Neurorehabilitación por la Universidad de Almería. Máster en Salud Pública y Grado de Terapia Ocupacional por la Universidad Miguel Hernández.
marcospino75@gmail.com

Resumen

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurológica crónica y es la segunda causa de discapacidad en adultos jóvenes. Los síntomas implican una serie de déficits en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). La Terapia Ocupacional (TO) puede desarrollar un papel importante como parte del tratamiento de estas personas, encaminando la intervención al mantenimiento de las actividades de la vida diaria y favoreciendo una buena calidad de vida. En este estudio bibliográfico se pretende explorar la productividad y el impacto científico de la investigación sobre la TO en EM. A partir de los trabajos incluidos en las bases de datos bibliográficas más relevantes de las ciencias de la salud.

Se realizó una revisión bibliográfica en el mes de diciembre de 2016 a través de las bases de datos Science direct, Índice Español de Ciencias Sociales y Humanidades (ISOC), Índice Médico Español (IME) y Web of Science. La cobertura temporal de la búsqueda fue entre los años 2000-2016.

La conclusión obtenida es que la productividad y el impacto científico de la investigación sobre TO en EM a través del análisis bibliográfico realizado son escasos. Se necesitan más estudios y con mayores muestras para corroborar la aportación positiva del terapeuta ocupacional en la mejora de la funcionalidad y del desempeño en las personas con esclerosis múltiple.

Palabras clave: actividades de la vida diaria, esclerosis múltiple, Terapia Ocupacional.

Abstract

Multiple sclerosis (MS) is a chronic neurological disease and is the second cause of disability in young adults. Symptoms involve deficiencies in the performance of activities of daily living. Occupational Therapy (OT) may have an important role as part of treatment, directing the intervention to achieve the maintenance of activities and keeping a good quality of life.

This research aims to explore the productivity and scientific impact on Occupational Therapy in multiple sclerosis, based on the most important databases of health sciences.

A bibliographic review was carried out in December 2016 through the databases Science direct, Spanish Index of Social Sciences and Humanities (ISOC), Spanish Medical Index (IME) and Web of Science. The coverage of the search was between years 2000-2016.

The conclusion obtained is that the productivity and the scientific impact of the research on OT in EM through the bibliographic analysis carried out are scarce.

More studies and larger samples are needed to corroborate the positive contribution of the occupational therapists in the improvement of functionality and performance in people with Multiple Sclerosis

Key words: activities of daily living, multiple sclerosis, Occupational Therapy.

Introducción

La Terapia Ocupacional (TO) es una disciplina sociosanitaria que promueve el uso terapéutico de la ocupación como parte del tratamiento. Asimismo, se define la ocupación como el conjunto de actividades del ser humano encaminadas al logro de objetivos (De Heredia-Torres, 2002).

Cuando la salud se ve afectada también lo hace la capacidad de realizar una ocupación y de participar en las actividades de la vida diaria (AVD). El terapeuta ocupacional presta sus servicios a personas con algún problema que interfiera en el desempeño satisfactorio de su ocupación, siendo fundamental para su bienestar (Kielhofner, 2006).

La filosofía de trabajo de la TO nace dentro del ámbito de la salud mental a través del médico francés Philippe Pinel (1745-1826), que promovía el enfoque denominado "tratamiento moral". A partir de la II Guerra Mundial se introduce la TO en el campo de la rehabilitación física, para la recuperación de los soldados heridos física y mentalmente, con el objetivo de retomar sus vidas con la menor repercusión en su día a día (Crepeau, Willard, Spackman, Cohn & Schell, 2005).

Actualmente la Terapia Ocupacional, por su juventud y la falta de evidencia científica, sigue siendo una disciplina desconocida dentro del ámbito sociosanitario. La neurología es uno de los campos de aplicación más importantes de la profesión (De Heredia-Torres, 2002).

La esclerosis múltiple (EM) es la segunda causa de discapacidad en adultos jóvenes, la primera de origen neurológico, afectando más a mujeres que a hombres (2:1 de los casos). Se trata de una enfermedad crónica del sistema nervioso central caracterizada por inflamación, desmielinización, gliosis y pérdida neuronal. El curso puede ser remitente-recurrente o progresivo. Las lesiones cerebrales ocurren de manera habitual en diferentes localizaciones y en diferentes momentos a lo largo de tiempo, lo que se conoce como diseminación en tiempo y espacio, que es un dato fundamental para el diagnóstico de la enfermedad (Oreja-Guevara et al., 2013, Pugliatti et al., 2006).

La gravedad de la enfermedad varía desde formas benignas hasta formas rápidamente incapacitantes. La EM no es solamente una enfermedad de la mielina; la corteza cerebral presenta inflamación, formación de placas y pérdida neuronal. La mayoría de los pacientes (80-90%) presenta un curso remitente-recidivante, y tras 10-15 años de evolución, el 50% pasa a presentar un curso secundariamente progresivo de incremento de la discapacidad. Un 10-20% de los pacientes, sin embargo, se mantiene sin secuelas importantes 15 años después del inicio, pero en un 1-3% de los casos los pacientes acumulan una gran discapacidad en muy poco tiempo (Blanco, Saiz & Graus, 2005).

Las principales manifestaciones clínicas en las fases iniciales son: mielitis aguda; el cuadro clínico se instaura de forma

subaguda en horas o días, y consiste en variadas y aleatorias combinaciones de trastornos sensitivos y motores, con o sin disfunción esfinteriana asociada. En general, predominan los síntomas y signos sensitivos sobre los motores. Otros trastornos producidos por lesiones en tronco del encéfalo pueden ser: la diplopía, la oscilopsia, el vértigo, la inestabilidad postural y de la marcha, la disartria y las disestesias o parestesias faciales.

Más del 80% de estos pacientes presenta una paraparesia espásmicamente progresiva como forma de presentación clínica. Raramente se observan síndromes progresivos cognitivos, cerebelosos, hemiparéticos, visuales o por afectación del tronco del encéfalo como manifestación inicial de la EM. Entre las manifestaciones clínicas más comunes de la EM destacan la debilidad muscular y la paraparesia o la monoparesia de una extremidad inferior. La intensidad de la debilidad es variable y puede ocasionar desde una leve dificultad para la marcha hasta imposibilitar por completo la deambulación. Esta debilidad se acompaña normalmente de otros signos de afectación piramidal, entre ellos se encuentran: la pérdida de destreza para realizar movimientos finos, la exaltación de los reflejos musculares y los reflejos cutáneos patológicos como el reflejo cutáneo-plantar extensor (signo de Babinski). La espasticidad es un trastorno motor causado por lesiones del Sistema nervioso central (SNC) que afectan a la motoneurona superior. Clínicamente, la espasticidad se caracteriza por hipertonia y debilidad muscular, enlentecimiento en el proceso de contracción y relajación muscular, y torpeza de movimientos voluntarios.

También son frecuentes los trastornos sensitivos. Son un fenómeno inicial frecuente en la esclerosis múltiple y están presentes en prácticamente todos los pacientes durante el curso de la enfermedad. Los síntomas sensitivos suelen describirse como entumecimiento, hormigueo, pinchazos, tirantez, frialdad o sensación de hinchazón en el tronco o las extremidades.

El dolor es un síntoma frecuente en la EM. Puede ser debido a: la espasticidad, espasmos tónicos, posturas anormales o trastornos osteoarticulares favorecidos por la osteoporosis secundaria a la inmovilización y el tratamiento esteroideo. También puede ser debido a lesiones en el SNC (dolor neuropático). La limitación de la marcha es una importante causa de discapacidad y de calidad de vida disminuida en pacientes con EM. El trastorno de la marcha es habitualmente multifactorial. La fatiga constituye una importante causa de morbilidad en pacientes con EM pues limita la calidad de vida e interfiere con la sensación de salud física y mental. La fatiga puede ser un fenómeno transitorio relacionado con brotes, fármacos, infecciones y otros procesos intercurrentes, o bien constituir un síntoma persistente sin una causa concreta identificable.

Otros tipos de trastornos pueden ser la afectación de la función esfinteriana que suele ser paralela al grado de disfunción motora en las extremidades inferiores. Los trastornos urinarios aparecen

en más del 75% de los pacientes. La alteración de la función intestinal también es frecuente. Los pacientes refieren a menudo estreñimiento, que puede agravarse por los fármacos anticolinérgicos empleados en el tratamiento de los trastornos urinarios. La disfunción eréctil es muy frecuente en varones con EM; puede afectar al 75% de ellos. En ambos sexos, la pérdida de sensibilidad perineal, el dolor neuropático, la espasticidad, la incontinencia urinaria o la depresión pueden contribuir a la disfunción sexual.

En resumen, la esclerosis múltiple se trata de una enfermedad con un cuadro clínico variable en cada caso y con multitud de síntomas que pueden presentarse juntos o solo manifestarse algunos, dependiendo del grado de evolución y de su forma clínica. El más frecuente es la fatiga, entre el 75-95% de los pacientes experimenta este síntoma y en el 50-60% de los casos es el peor de sus problemas. Éste y el resto de síntomas implican una serie de déficits en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) afectando considerablemente la calidad de vida de las personas con EM. Hasta el 50% de los pacientes con EM presenta sintomatología depresiva durante el curso de la enfermedad (García-Burguillo & Águila-Maturana, 2009).

Por todo lo señalado anteriormente, la intervención del terapeuta ocupacional en el tratamiento de estos pacientes, debería potenciar su funcionalidad e integración en su entorno. Con el objetivo final de lograr un desempeño ocupacional satisfactorio en la medida de lo posible, facilitando el mantenimiento de las actividades diarias y una buena calidad de vida.

En los últimos años ha habido un creciente interés en algunos campos biomédicos en la utilización de datos bibliométricos para conocer la contribución de las publicaciones científicas al avance del conocimiento en determinadas áreas, enfermedades y países (De Dios et al., 2013).

El objetivo de este trabajo es explorar la productividad y el impacto científico de la investigación sobre Terapia Ocupacional en EM a partir de los trabajos incluidos en las bases de datos bibliográficas más relevantes de las ciencias de la salud.

Materiales y método

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de las bases de datos Science direct, Índice Español de Ciencias Sociales y Humanidades (ISOC), Índice Médico Español (IME) y Web of Science.

Las palabras clave utilizadas para realizar las búsquedas bibliográficas fueron: “*activity daily living*”, “*multiple sclerosis*” y “*occupational therapy*”. La cobertura temporal ha sido entre los años 2000-2016. Se realizó una búsqueda de artículos publicados en español e inglés. Tras la descarga de los registros, se eliminaron los duplicados y se revisaron los artículos para comprobar su pertinencia.

Selección de estudios: Los criterios de inclusión fueron: artículos con acceso gratuito al texto completo o con suscrip-

ción desde la Universidad Miguel Hernández, publicados a partir del año 2000 hasta el año 2016 en lengua española o inglesa. Los criterios de exclusión fueron: artículos que no se ajustasen al perfil de búsqueda.

Resultados

Tras realizar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos seleccionadas se obtuvieron un total de 93 artículos. Después de revisar los primeros resultados, finalmente, y tras varias cribas, se escogieron 5 artículos para este trabajo, ya que eran los artículos que cumplían con todos los criterios de selección.

De Heredia-Torres y Cuadrado-Pérez (2002) en su investigación en el abordaje del terapeuta ocupacional en el campo de la neurología, aborda los trastornos cognitivos, los trastornos motores, los trastornos sensitivos e incluso las alteraciones del nivel de conciencia. Estableciendo los objetivos de disminuir o compensar estas deficiencias para que estos pacientes alcancen el mayor grado de autonomía y funcionalidad posible. En el caso de enfermedades progresivas, como la EM, los objetivos van más encaminados al mantenimiento de actividades mientras la enfermedad lo permita.

La Terapia Ocupacional se viene aplicando desde hace tiempo en la rehabilitación de pacientes con enfermedades neurológicas y es uno de los campos de aplicación más importantes de esta disciplina. A pesar de ello sigue siendo una profesión desconocida dentro del ámbito sociosanitario. Este hecho puede atribuirse, por un lado, al reducido número de terapeutas ocupacionales y, por otro, a la escasa difusión de los principios científicos y filosóficos en los que se basa. Aunque existen estudios y ensayos clínicos que demuestran su utilidad clínica, éstos son insuficientes para evaluar la eficacia de la TO en la neurorrehabilitación (NR). Puede que uno de los motivos sea la dificultad para analizar los efectos de la aplicación en un tratamiento de TO de forma aislada dentro de un equipo multidisciplinar (De Heredia-Torres, 2002).

Oreja-Guevara et al. (2013) en su trabajo de revisión señalan que la espasticidad es un síntoma común en la esclerosis múltiple EM que se expresa como consecuencia de una pérdida de control de los reflejos medulares, con tendencia a la cronicidad. Se define como un aumento del tono o la rigidez muscular y puede causar dolor, trastorno en la marcha, trastornos esfinterianos y alteraciones de algunos movimientos, en definitiva, repercusiones negativas en las AVD. Los síntomas en la EM son variables dependiendo de la fase y el tiempo de evolución de la enfermedad. Esto implica dificultad a la hora de establecer los tratamientos. El tratamiento de la espasticidad comprende medidas farmacológicas y no farmacológicas que se complementan para preservar al máximo la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente. Según los autores no encontraron evidencia científica de la intervención de la Terapia Ocupacional dentro del

tratamiento no farmacológico. Además, este consenso pone de manifiesto la necesidad de continuar nuevos estudios para mejorar el manejo y el tratamiento de esta patología.

García-Burguillo y Águila-Maturana, (2009), en un estudio piloto cuasi aleatorio analizaron estrategias de la conservación de energía en pacientes con EM. Teniendo en cuenta que la fatiga es el síntoma más frecuente en EM y el que más interfiere en las Actividades de la Vida Diaria implicando un importante impacto sobre la calidad de vida. Los investigadores señalan que los tratamientos actuales son poco eficaces. Cabe señalar que desde la TO se utilizan terapias psicoeducativas como las técnicas de conservación de la energía. Estas técnicas consisten en los principios básicos de adaptar y modificar tanto la actividad en sí misma como el comportamiento llevado a cabo en la actividad. Los autores realizaron un estudio piloto en el que se evaluó la adhesión y eficacia de un curso sobre conservación de la energía en la disminución de la fatiga y el aumento de la calidad de vida en un grupo de 14 personas con EM que presentaban fatiga. Del total, 9 pacientes fueron asignados al grupo de intervención y 5 al grupo control, en ambos siguieron con sus tratamientos farmacológicos habituales.

La intervención consistió en dos sesiones de dos horas cada una del curso de técnicas de conservación de la energía, dirigidas por una terapeuta ocupacional. Aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, los pacientes del grupo de intervención refirieron mejoría clínica tanto en el nivel de la fatiga como en la calidad de vida.

En el estudio, Cáceres (2000), se consideran las dificultades y limitaciones físico-cognitivas de las personas con EM bajo una perspectiva más holística. Para ello recurre a estrategias tanto farmacológicas y físicas como psicosociales, destinadas a lograr una independencia funcional del paciente. Además, presta gran atención a la prevención de posibles complicaciones y un uso eficiente de los recursos comunitarios. En este artículo se tiene en cuenta la intervención del terapeuta ocupacional como parte del equipo multidisciplinar, tanto en el tratamiento como en la fase de diagnóstico. Además, se ha demostrado que un programa semanal de mantenimiento mejora la sintomatología y la fatiga de pacientes con esclerosis múltiple (EM), incluso en formas crónicas. Cabe señalar por parte del autor que para mejorar la condición general de estos pacientes sería conveniente utilizar estrategias validadas científicamente.

Fernández y Guerrero (2015) destacan que la neurorrehabilitación es un paradigma integral en el tratamiento de la enfermedad neurológica. Los autores señalan la importancia de un enfoque multidisciplinario, para conseguir una mejora funcional importante en este tipo de pacientes. Destacan que este equipo debe incluir la Terapia Ocupacional (TO), la fisioterapia y la psicoterapia. Los investigadores hacen hincapié en la asistencia ambulatoria del terapeuta ocupacional, pero los ingresos intermitentes pueden facilitar la aproximación entre

el paciente y el equipo multidisciplinar. Se ha demostrado que proporciona beneficios que persisten durante meses.

Discusión

Después del análisis de los resultados obtenidos, al parecer, en la actualidad los estudios que hay publicados acerca de la Terapia Ocupacional en pacientes con esclerosis múltiple, son escasos. La gran mayoría de los estudios están publicados en inglés. La neurorrehabilitación es un ámbito importante de la TO. Sin embargo, el número de publicaciones de los terapeutas ocupacionales en este ámbito, todavía hoy es escasa (De Heredia-Torres, 2002; Fernández & Guerrero, 2015).

Encontramos en la literatura científica que el terapeuta ocupacional forma parte de los equipos interdisciplinarios, aunque existen estudios que demuestran la utilidad clínica de la TO en las afecciones neurológicas, todavía la evidencia científica publicada es limitada. Al parecer, una posible causa puede ser la dificultad de evaluar de forma aislada los resultados beneficiosos de la TO en un equipo interdisciplinar (Cáceres, 2000).

En general, desde cualquier disciplina, coinciden los artículos publicados en la dificultad para establecer protocolos para los tratamientos sintomáticos de la EM, puesto que los síntomas son fásicos y pueden variar según el momento. Se hace hincapié en que el tratamiento debe estar coordinado por un equipo multidisciplinar que combine estrategias farmacológicas y no farmacológicas. En esta línea, tres estudios comparten este aspecto de intervención, considerando el equipo multidisciplinar un pilar básico dentro de la rehabilitación de estos pacientes (Oreja-Guevara et al., 2013; Cáceres, 2000).

Asimismo, en la investigación centrada en la fatiga de los pacientes con EM, los autores señalan que este es el síntoma más frecuente e invalidante. Los investigadores se centran mayoritariamente en el tratamiento farmacológico. A pesar de que los resultados finales no son estadísticamente significativos, se observa mejora en el nivel de fatiga de los pacientes que han asistido a un curso de técnicas de conservación de la energía. No obstante, otras investigaciones aportan líneas de intervención con tratamientos alternativos como la TO que podrían aportar medidas para mejorar la funcionalidad de estos pacientes (García-Burguillo et al., 2009). En este aspecto se debe tener en cuenta, un posible sesgo, que son estudios piloto, con una muestra pequeña. En este sentido sería interesante seguir estudiando los posibles beneficios de este tipo de estrategias.

Otro posible sesgo que se detecta en esta revisión se relaciona con los resultados obtenidos en la literatura científica porque se encuentra un núcleo vinculado esencialmente a las estrategias de conservación de la energía en paciente con EM. Desde la TO se debería buscar la eficacia de otros tipos de intervención como la reeducación de las actividades de la vida diaria o las adaptaciones del entorno, así como la prescripción y entrenamiento de ayudas técnicas.

Otra posible limitación que se encuentra en los resultados obtenidos puede ser la falta de atención a las condiciones ambientales, como la temperatura atmosférica, ya que la termo-sensibilidad es un síntoma frecuente en los pacientes con EM y podría influir de manera significativa en los resultados de los estudios (Pugliatti et al., 2006; De Dios et al., 2013).

Los factores ambientales, como las temperaturas dispares, pueden influir en las valoraciones iniciales y las evaluaciones finales sobre la fatiga de los pacientes. Asimismo, se debería considerar que las muestras (grupos de pacientes) sean lo más homogéneas posible, teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas en cada caso y el periodo de evolución en el que se encuentran desde que fueron diagnosticados de EM, para obtener resultados más fiables.

Conclusiones

Para concluir, y respondiendo a nuestra hipótesis de trabajo, la productividad y el impacto científico de la investigación española sobre Terapia Ocupacional en EM a través del análisis bibliográfico realizado son escasos.

Entre las posibles limitaciones que podemos encontrar en la escasez de publicaciones científicas por parte de los terapeutas ocupacionales en personas con esclerosis múltiple, pueden deberse a problemas de financiación económica. Otra limitación puede ser la manera de valorar la eficacia y la eficiencia del tratamiento rehabilitador, quizás sería conveniente dar más importancia a la calidad de vida y a la independencia como parámetros para medir los beneficios de un tratamiento con una perspectiva más integral del paciente.

Por todo lo anterior se considera necesario por parte de los terapeutas ocupacionales y demás colegas sanitarios, la concienciación de la importancia de la investigación en este campo estudio. De esta manera los terapeutas ocupacionales podremos aportar un reconocimiento científico a la intervención desde nuestra profesión, tratando de desarrollar tratamientos más eficaces para personas con EM.

Financiación

Los autores declaran que no ha existido ninguna financiación de alguna entidad pública o privada para la realización de esta revisión. ■

[Recibido: 04/11/17 - Aprobado: 24/05/18]

Referencias bibliográficas

- Blanco, Y., Saiz, A. & Graus, F. (2005). Evolución clínica de la resonancia magnética y de las bandas oligoclonales en los pacientes con esclerosis múltiple receptores de un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. *Revista española de esclerosis múltiple*, 1 (0), p. 6-15.
- Cáceres, F. J. (2000). Neurorehabilitación en la esclerosis múltiple. *Rev Neurol*, 31(5), 477-481.
- Crepeau, E. B., Willard, H. S., Spackman, C. S., Cohn, E. S., & Schell, B. A. (2005). *Terapia Ocupacional*. 10° ed. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.
- De Dios, J. G., Alonso-Arroyo, A., Sempere, Á. P., Castelló-Cogollo, L., Bolaños-Pizarro, M., Valderrama-Zurián, J. C. & Aleixandre-Benavent, R. (2013). Productividad e impacto de la investigación española sobre esclerosis múltiple (1996-2010). *Revista de Neurología*, 56, 409-19.
- De Heredia-Torres, M. P., & Cuadrado-Pérez, M. (2002). Terapia Ocupacional en Neurología. *Rev Neurol*, 35(4), 366-372.
- Fernández, O., Fernández, V. E., & Guerrero, M. (2015). Tratamiento de la esclerosis múltiple. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(77), 4622-4633.
- García-Burguillo, M. P., & Águila-Maturana, A. M. (2009). Estrategias de conservación de la energía en el tratamiento de la fatiga en pacientes con esclerosis múltiple. Estudio piloto. *Revista de neurología*, 49(4), 181-185.
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3° ed. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.
- Oreja-Guevara, C., Montalban, X., De Andrés, C., Casanova-Estruch, B., Muñoz-García, D., García, I., & Fernández, Ó. (2013). Documento de consenso sobre la espasticidad en pacientes con esclerosis múltiple. *Rev Neurol*, 57, 359-73.
- Pugliatti, M., Rosati, G., Carton, H., Riise, T., Drulovic, J., Vécsei, L., & Milanov, I. (2006). The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. *European Journal of Neurology*, 13(7), 700-722.

Cómo citar este artículo:

López Soler, N., Martínez Montesinos, M. A. y Martínez Pino, M. (2018). El rol investigador del terapeuta ocupacional en la esclerosis múltiple. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1) 47-51.



Fórum Social Mundial: catalizador de luchas y resistencias

World Social Forum: catalyst of struggles and resistance

Valentina Vinzón | Isabela Aparecida de Oliveira Lussi

Valentina Vinzón

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional del Litoral - UNL, Argentina).
Magister en Terapia Ocupacional (Universidad Federal de São Carlos - UFSCar, Brasil).
Cursando la Especialización: Epistemologías del Sur (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO).
vinzonvalentina.88@gmail.com

Isabela Aparecida de Oliveira Lussi

Graduada en Terapia Ocupacional, Doctora en Ciencias – Área de Concentración: Enfermería Psiquiátrica, Profesora Asociada de la Universidad Federal de São Carlos, junto al Departamento de Terapia Ocupacional, al Programa de Pos-Grado en Terapia Ocupacional y al Núcleo Multidisciplinar y Integrado de Estudios, Formación e Intervención en Economía Solidaria, Universidad Federal de São Carlos, São Carlos – SP – Brasil.
bellussi@ufscar.br

Resumen

El Fórum Social Mundiales un espacio de encuentro y participación que genera debates abiertos para la construcción de alternativas que contribuyan a la transformación social, defendiendo la democracia, los derechos humanos y las luchas sociales, a fin de lograr una sociedad más justa. En este escrito, exponemos algunas actividades y experiencias de nuestra vivencia en la última edición del fórum, celebrada entre el 13 y 17 de marzo de 2018, en la ciudad de Salvador de Bahía, Brasil. Desde un punto de vista crítico, describimos algunos asuntos que consideramos de relevancia para los colectivos sociales en general y para la Terapia Ocupacional en particular. De este modo, convocamos a la participación de las y los terapeutas ocupacionales en futuras ediciones, considerando que la tarea de construir herramientas teóricas y técnicas para enfrentar los problemas sociales es incumbencia de esta disciplina y exige, por tanto, un proceso colectivo de participación y discusión.

Palabras clave: Fórum Social Mundial, colectivos sociales, participación.

Abstract

The World Social Forum is a space for meeting and participation which generates open debates, for the construction of alternatives for social transformation, defending democracy, human rights and social struggles, in order to achieve a fairer society. In this article, we present some activities and reports of our experience in the forum`s last edition held between March 13th and 17th, 2018, at Salvador de Bahía city. From a critical point of view we describe some issues which we consider relevant for social groups in general, and for Occupational Therapy in particular. Thus, we call for the participation of occupational therapists in future editions, considering the task of constructing theoretical and technical tools to face social problems as a duty of this discipline and, therefore, demands a group process of participation and discussion.

Key words: World Social Forum, social groups, participation.

Introducción

Reivindicar que la Terapia Ocupacional trabaja con y en lo social, no es novedoso. Y que la tarea de construir herramientas teóricas y técnicas para enfrentar los problemas sociales requieren un compromiso conjunto, del cuerpo de profesionales, tampoco.

Las problemáticas que afectan al mundo aparentan ser cada vez mayores y más difíciles de resolver. Nuestra realidad latino-americana está marcada por la historia de pobreza masiva, de injusticias y violación de los derechos humanos, generando la exclusión de personas y comunidades de los intercambios simbólicos y materiales. Nos encontramos en un escenario socio-político de gran complejidad, dentro de una vorágine neoliberal donde, en concordancia con Alejandro Guajardo, “lo público se privatiza, lo colectivo y asociativo se precariza, lo comunitario se atomiza, las ideologías y proyectos sociales se reducen a necesidades individuales y particulares” (2014, p. 13-14).

En ese sentido, el Fórum Social Mundial (FSM) se enclava en este contexto como un dispositivo de una potencia indescriptible. Celebrado hace 17 años por primera vez, en contrapartida al neoliberal Fórum Económico Mundial de Davos (Suiza), el FSM se propone generar alternativas para la transformación social, a partir de debates abiertos, a favor de la democracia y las luchas para lograr una sociedad más justa.

Este evento está impulsado por organismos no gubernamentales de diferentes continentes y congrega colectivos sociales de gran diversidad: movimientos populares, negros, feministas, juveniles, LGBTQI+, pueblos tradicionales, como también estudiantes, profesores y profesionales de variadas áreas. Nació en Porto Alegre, Brasil, con el lema “Um outro mundo é possível”, frase que pierde su apariencia utópica cuando se lo vive y se forma parte de él.

“Resistir é criar, resistir é transformar”

El último Fórum realizado se extendió del 13 al 17 de marzo de 2018, en la capital bahiana, Salvador. Sin dudas, un escenario propicio para ser sede de un evento de tal magnitud y naturaleza. Con cerca de 80 mil participantes, celebró la pluralidad y la diversidad. Bahía, como la mayor parte de Brasil, es tierra explotada por la historia de colonización esclavizadora portuguesa, labrada por la cultura afro-brasilera, de donde surgen rasgos fundamentales de la región, como la gastronomía típica, el culto a los orixás y las religiones de matriz africana, rituales y danzas, como la capoeira. Además, fue sembrada por creaciones artísticas como las de los reconocidísimos músicos Gal Costa, Caetano Veloso y Maria Bethânia, del gran escritor Jorge Amado, del fotógrafo Pierre Verger y del polifacético Carybé, quienes no sólo nutrieron la cultura local sino también el patrimonio mundial. Así, la ciudad de Salvador, se destaca no sólo por sus bellísimos paisajes naturales y urbanos, sino también por su exuberante cultura y heterogeneidad;

innumerables pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes de la región protagonizaron el evento, al igual que grupos de danza y música tradicionales, entre otros.

El subtítulo de este segmento trae el eslogan del último fórum, donde se puede leer claramente la necesidad de resistencia al violento avasallamiento neoliberal actual en ascenso, que exige crear estrategias y acciones para la defensa y preservación de cuestiones tan fundamentales como diversas, a nuestro entender: las comunidades, la participación y manifestación civil, la educación y salud pública, la democracia, la vida de los pobres, de los locos, de los que piensan diferente, la vida.

Así, como una respuesta de gran contundencia al panorama de debilitamiento de la democracia en Brasil -con el golpe iniciado en 2016-, y de otros países de Latinoamérica, el FSM no solo congregó, movilizó, generó discusiones y reflexiones en torno a diversas problemáticas socio-ambientales y políticas, sino que también conmovió, hermanó, transformó. Parte de esa gran potencia tal vez se deba a la comunidad que en esos días se formó, compartiendo deseos, discutiendo problemáticas, aunando iniciativas, estableciendo y promoviendo relaciones anticapitalistas, anti-sexistas, anti-raciales, anti-colonialistas. Así, funcionó como una gran máquina humana propulsora de luchas colectivas, articulando esfuerzos, convirtiendo en protagonistas a los siempre excluidos, reinventando sujetos individuales y colectivos.

Si bien la sede central fue uno de los campus de la Universidad Federal de Bahía (UFBA), el evento se localizó en diferentes puntos de la ciudad. Fueron más de quince los ejes de trabajo: ancestralidad, tierra y territorialidad; comunicación, tecnologías y medios libres; democratización de la economía; feminismos; pueblos indígenas; vidas negras importan, etc., que se cristalizaron en múltiples charlas, debates, actos, talleres, presentaciones culturales y marchas. Dado la amplia agenda del evento, destacamos aquí algunas actividades en las que participamos:

- Asamblea Mundial de las Mujeres, llamada “Marielle Franco” y celebrada en el centro histórico Pelourinho, con una posterior marcha multitudinaria. Miles de personas se reunieron, principalmente mujeres, entre ellas se encontraban en el palco: la lideranza de las mujeres curdas, mujeres indígenas, la militante Nora Cortiñas (Madres Plaza de Mayo). (Ampliamos más abajo).
- Asamblea Mundial en Defensa de la Democracia (en el estadio de Pituaçu), con la participación de líderes políticos y de movimientos sociales de Brasil en especial, pero de otros países también, como por ejemplo de Honduras, el ex-presidente Manuel Zelaya. No obstante, la gran presencia del acto fue la de Lula da Silva -hoy preso, víctima también del mencionado golpe-, quien alimentó la esperanza de volver al gobierno para fortalecer la democracia, devolviendo los derechos a los trabajadores.



Foto 1: “Multitudinario y pacífico acto en defensa de la democracia”. Fuente: Valentina Vinzón.

- Coloquio “Brasil: estado de excepción. Desigualdades, fragilidad democrática y poder de las elites”. Algunos de los que protagonizaron la mesa de debate fueron los periodistas Ignacio Ramonet (Le Monde Diplomatique - Francia) y Martín Granovsky (Página 12 - Argentina), los profesores y abogados Carol Proner (Brasil) y Nicolás Trotta (Argentina), la ex-ministra Nilda Lino Gomes (Brasil), el coordinador del Movimiento de los Trabajadores sin Techo Guilherme Boulos (Brasil), el sociólogo Boaventura de Sousa Santos (Portugal), el profesor Gerardo Caetano (Uruguay), entre otros. Se trataron temas clave como los golpes que sufre la democracia nuevamente, el lugar actual de los medios de comunicación y las redes sociales en la vida política, la inseguridad como dimensión de esta época, el “genocidio” de los jóvenes y feminicidios en la población negra y pobre, la necesidad de organizarse y fortalecer los movimientos sociales para resistir al destructivo avance neoliberal.

Vamos a destacar algunas ideas expresadas por Sousa Santos, que creemos importantes para pensar el contexto actual y construir caminos posibles. Fue muy claro y contundente el mensaje acerca de la urgencia de crear alternativas al neoliberalismo para habitar un mundo más justo. Una acción clave para ello es ocupar más las calles. La calle es fundamental, es donde se visibiliza el poder popular, la fuerza transformadora. Los partidos políticos tienen que estar integrados con los movimientos sociales, de modo contrario la fuerza queda fragmentada y las acciones generadas dejan de ser representativas y beneficiosas para la mayoría. Las mujeres tenemos que ocupar más cargos en la política. Estas son algunas cuestiones vitales para hacer que nuestra democracia sea más participativa y crear otra cultura política.

Asimismo, al cierre de esta mesa no la hicieron los académicos y políticos arriba mencionados, sino uno de los representantes de la revista de cultura villera La Garganta Poderosa, Ignacio Levy. Con un discurso sensible pero contundente sacudió a los oyentes

relatando situaciones de la realidad que se vive en ese marginalizado y siempre olvidado territorio llamado villa. En ese contexto denunció la violencia institucional en general y la policial en particular, que transforma las casas en trincheras y los tiroteos intencionados en muertes por “balas perdidas”. También se refirió a la desidia política, a la falta de oportunidades para los pobres, a la invisibilización de estas realidades por parte de los medios masivos de comunicación. Finalmente, una de las últimas verdades que esa garganta gritó fue: “la transformación verdadera va a ser negra, feminista, e internacionalista”, convocando a participar en el 2do foro latinoamericano La Poderosa, que se realizará el 28 y 29 de julio en Porto Alegre, Brasil.

Otras actividades del fórum que podemos mencionar son: Asamblea Mundial de las Juventudes, Marcha de las Mujeres Negras, Convergencia: Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Deficiencia, Asamblea Mundial de los Pueblos Indígenas; Acto en defensa de la Universidad Pública.

A su vez, como parte de ese gran caleidoscopio social que se formó en el FSM, expresiones artístico-culturales se manifestaron dando mensajes de lucha, demandando respeto a la diferencia, aclamando resistencia y paz.

Marielle Franco y la fuerza feminista

Creemos necesario hacer una mención especial acerca de la situación acontecida con la concejala de Rio de Janeiro, Marielle Franco, quien iría a participar del FSM, pero fue asesinada el 14 de marzo, durante el transcurso del evento, junto a Anderson Gomes, quien conducía el auto en el que se encontraban. Como se sabe, esta mujer, negra, lesbiana, feminista y política venía realizando un intenso trabajo en relación a la corrupción policial y las represiones que frecuentemente se realizan en las favelas de Rio de Janeiro. La noticia de estos asesinatos conmocionó el evento y generó la suspensión de actividades, el reclamo multitudinario de justicia, la realización de marchas con miles y miles de personas gritando “Marielle y Anderson, pre-

sentes”. El FSM adolecía tan intensamente cuanto se fortalecía para luchar contra el feminicidio y el racismo. Tanto en relación con el asesinato de Marielle, como con otros temas clave, el feminismo estuvo en pie con muchísima fuerza durante todo el encuentro. Así, en la mencionada Asamblea Mundial de las Mujeres, se expresaron algunos temas fundamentales de la lucha feminista: “el reconocimiento del trabajo productivo y reproductivo; el fin del feminicidio y el transfeminicidio y todas las formas de violencia contra la mujer; el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo; la emancipación y el poder político (...)” (Fórum Social Mundial, 2018, traducción de las autoras). Para conocer los otros puntos de esta lucha se puede leer el Decálogo Feminista Innegociable en el sitio web: wsf2018.org.



Foto 2: “Mural feminista, Marielle vive”. Fuente: Isabela A. O.Lussi

“O FSM se opõe a toda visão totalitária e reducionista da economia (...)”

Sin lugar a dudas otro tema que tuvo una presencia destacada, fue la economía solidaria, que se refleja ya en la Carta Principios del FSM, cuyo punto número 10 encabeza este segmento.

El FSM desde su creación, fue palco de discusión de las otras economías, alternativas al modelo capitalista, entre ellas la economía solidaria. Así, tuvo importante papel en la historia y fortalecimiento de la economía solidaria en Brasil. El Fórum Brasileiro de Economía Solidaria (FBES), creado definitivamente en 2003, es fruto de las discusiones del Grupo de Trabajo Brasileiro de Economía Solidaria (GT – Brasileiro) instituido en el I Fórum Mundial Social. El FBES es integrado por los tres segmentos de la economía solidaria, a saber, emprendimientos de la economía solidaria, entidades de asesoría y/o de fomento y gestores públicos (Fórum Brasileiro de Economía Solidaria, 2009). Relacionados a este existen también los Fóruns Estatales que, por su vez, vinculan los municipales a modo de contribuir con debates y articulaciones para la ampliación y la consolidación de la economía solidaria.

Podemos decir que la Secretaria Nacional de Economía Solidaria (SENAES), vinculada al Ministerio de Trabajo del Empleo,

también es fruto del FSM, pues su creación fue gracias al empeño del GT – Brasileiro que elaboró una carta al Gobierno de Lula, titulada “Economía Solidaria como Estrategia Política de Desarrollo”, la cual reivindicaba la implantación de la referida Secretaria (Fórum Brasileiro de Economía Solidaria, 2009). En mayo de 2003, la SENAES fue creada e instituida en junio del mismo año con el objetivo de viabilizar y coordinar actividades de apoyo a la economía solidaria en todo el territorio nacional, visando la generación de trabajo e ingresos, la inclusión social y la promoción del desarrollo justo y solidario (Secretaria Nacional de Economía Solidaria, 2009). Estos objetivos fueron foco de trabajo de la SENAES mientras el Profesor Paul Singer la condujo, desde su creación hasta el inicio de 2016.

Las instituciones e iniciativas mencionadas no fueron las únicas que tuvieron papel primordial en el movimiento de la economía solidaria, a propósito, esta resurgió en Brasil, en los años 1990, como respuesta al gran desempleo causado por las políticas neoliberales. Pero, ciertamente, el FSM promovió una gran articulación entre los grupos que ya actuaban en este contexto, y la creación del FBES y de la SENAES potencializó las iniciativas en el sentido de fortalecer y ampliar los emprendimientos autogestivos y de proponer y ejecutar políticas públicas de economía solidaria.

Uno de los desarrollos del trabajo de la SENAES fue la articulación con la Coordinación Nacional de Salud Mental del Ministerio de la Salud, en 2004, con el objetivo de fomentar las iniciativas de inclusión social por el trabajo en el campo de la salud mental. A partir de esta asociación varias iniciativas de inclusión social por el trabajo, envolviendo personas con sufrimiento psíquico y personas que hacen uso abusivo de alcohol y otras drogas ya existentes, se aproximaron a los principios de la economía solidaria. Además, nuevas asociaciones fueron surgiendo ya vinculadas al movimiento de la economía solidaria y varias acciones se fueron desarrollando visando la elaboración e implantación de una Política Nacional de Salud Mental y Economía Solidaria.

De esta forma, las iniciativas de inclusión social por el trabajo a través de la economía solidaria, se tornaron locales de actuación profesional de muchas y muchos terapeutas ocupacionales en el territorio nacional. El estudio de Morato y Lussi (2015), evidenció la necesidad de apropiación de los principios de la economía solidaria por las terapeutas ocupacionales que actúan en estas iniciativas y apuntó la necesidad de reflexiones y producciones sobre las potencialidades que pueden emerger de la asociación entre economía solidaria y terapia ocupacional.

En este sentido, resaltamos la importancia de que las y los terapeutas ocupacionales participen activamente del movimiento de la economía solidaria y del FSM, pues él permanece siendo palco de debates y articulaciones para el fortalecimiento de la economía solidaria en el Brasil y el mundo.



Foto 3: “Economía Solidaria, otra economía está sucediendo”. Fuente: Daniel Pereira.

En esta edición ocurrieron varias actividades relacionadas directamente a la economía solidaria, a saber: Lanzamiento de la Campaña por un currículo Global de la Economía Solidaria; Feria de Economía Solidaria; Reunión de la Red Universitaria de Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares – Red de ITCPs y Reunión del Fórum Brasileiro de Economía Solidaria. La pauta principal de todas estas actividades fue la resistencia contra la nueva onda neoliberal iniciada, en Brasil, con el golpe de 2016, por medio de una agenda de Encuentros, Eventos y Plenarias para reafirmar nuestra lucha a favor de esta otra economía que ya sucede.

A modo de cierre

Concordamos con Sousa Santos (2006), desde una visión macro, que “el FSM constituye una de las más consistentes manifestaciones de una sociedad civil global contra-hegemónica en vías de surgimiento” (p. 415, traducción de las autoras), y a nivel micro, que el fórum crea un ámbito de discusión, inclusión y de respeto de las diferencias, hoy fundamental.

A través de su programa social, político y cultural y todo el movimiento que suscitó, el FSM 2018, impactó y conmovió a la comunidad que formó parte de él. Por momentos se generaba una atmósfera de con-fusión, en otros el movimiento era más fluido, pero sin dudas la energía que pulsaba el evento animaba y expandía la convicción de que otro mundo es posible.

Las y los terapeutas ocupacionales contamos con una herramienta de gran potencial transformador, que es nuestro objeto de estudio e intervención: el hacer humano y las ocupaciones. Son procesos socio-culturales, en los que convergen múltiples aspectos: lo singular y lo colectivo, lo histórico y lo cotidiano, lo socio-cultural y lo ambiental, y promueven cambios en el

propio sujeto y en su entorno (Trujillo Rojas et al, 2011). De este modo, creemos que nos podremos ir aproximando a esa utopía de construir “otro mundo” si basamos nuestras acciones en un compromiso colectivo, ético, político y sensible a los acontecimientos de las personas y sus comunidades.

Sensible por el acogimiento de las ideas, afectos y experiencias de esos sujetos (...) Un compromiso ético, por intervenir en el plano de la vida, en sus movimientos de resistencia y afirmación; un compromiso político por la continua explicitación de los juegos de fuerzas macro y micropolíticas existentes, por la defensa de la autonomía, de la ciudadanía, y del derecho (...) (Galheigo, 2016, p. 65, traducción de las autoras). ■

[Recibido: 20/05/18 - Aprobado: 18/06/18]

Referencias Bibliográficas

- Fórum Brasileiro de Economia Solidária (2009). Outra economia acontece. Recuperado de: <http://www.fbes.org.br>.
- Fórum Social Mundial (2018). Carta dos Principios do Fórum Social Mundial. Recuperado de: <https://wsf2018.org>
- Fórum Social Mundial (2018). Mulheres de diversos países levantam a voz contra a violência em Assembleia no Pelourinho. Recuperado de: <https://wsf2018.org>
- Galheigo, S. M.(2016). Terapia Ocupacional Social: uma síntese histórica acerca da constituição de um campo de saber e de prática. En Lopes, R. E.; Malfitano, A. P. S. (Orgs). *Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos*(pp. 49-68). São Carlos, Brasil: Edufscar.
- Guajardo, A. (2014). Prefacio. En Dos Santos, V.; Donatti, G. A. (Orgs.). *Questões contemporâneas da Terapia Ocupacional na América do Sul* (pp. 13-15). Curitiba, Brasil: CRV.
- Morato, G.G. y Lussi, I.A.O. (2015). Iniciativas de geração de trabalho e renda, economia solidária e terapia ocupacional: aproximações possíveis e construções necessárias. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. UFSCar, 23 (4), 733-745. Recuperado de <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1401/0>
- Trujillo Rojas, A., Sanabria Camacho, L., Carrizosa Ferrer, L., Parra Esquivel E.I, Rubio Vizcaya, S., Uribe Sarmiento, J., Rojas Castillo, C., Pérez Acevedo, L. y Méndez Montaña, J. (2011). *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5794/>
- Sousa Santos, B. (2006). *A Gramática do Tempo. Para Uma Nova Cultura Política*. São Paulo, Brasil: Editora Cortez (3ª ed).

Cómo citar este artículo:

Vinzón, V. y Aparecida de Olivera L., I. (2018) Fórum Social Mundial: catalizador de luchas y resistencias. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1) 52-56.



Reseña: Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria. Guía para profesionales que trabajan con pacientes añosos

Mercedes Acuña y Magali Risiga. Buenos Aires, Paidós, 1997, 104 páginas.

Silvia Elena Narváez

Silvia Elena Narváez

Profesional del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) donde actualmente participa en la Coordinación de un Emprendimiento Social de Salud Mental. También se desempeña en Fundación PROSAM, en Hospital de Día de adultos, adultos mayores y en el Área de Talleres y Cursos para pacientes ambulatorios. Fue docente en la carrera de Terapia Ocupacional en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, en la Universidad de Buenos Aires y en la Universidad Nacional de San Martín. Realiza investigaciones y consultoría en el ámbito de la cultura y tradiciones de los oficios artesanales. Fue Integrante de COLTOA Grupo Editor de artículos de Terapia Ocupacional.

senarvaez@yahoo.com.ar

El título de este libro deja poco lugar a las dudas sobre el punto de partida de las autoras, quienes ofrecen modelos de técnicas para ser aplicadas con la finalidad de mejorar y/o mantener las funciones cognitivas y describen una modalidad de trabajo a lo largo de los distintos tópicos de la guía.

La psicóloga Mercedes Acuña y la terapeuta ocupacional Magalí Risiga, aúnan sus conocimientos y experiencia y los ofrecen en esta publicación del año 1997 en la que manifiestan:

Decidimos emprender la realización de este trabajo porque, dentro del rastreo que hemos realizado, entendemos que no existe en castellano una guía con las características que aquí se presentan para profesionales interesados en trabajar con pacientes con problemas cognitivos y, en especial, mnésicos (p. 9).

Cumplen, así, con el objetivo de sistematizar esta metodología de trabajo y presentarla en forma sencilla y práctica, brindando conocimientos básicos, con ejercitaciones y propuestas de estimulación global y, especialmente, de la memoria, con el fin de que los profesionales puedan aplicarla con la modalidad de taller.

La vasta experiencia de las autoras en el campo avalan la importancia de esta publicación: Acuña, inició su formación en la psicogeriatría en un centro de multiestimulación para personas añosas y con un curso con la doctora Jocelynes de



Rotrou; Risiga, docente y capacitadora, trabajó en hospitales de día, en el centro Psicogeriátrico Asistencial y Docente, y es una de las profesionales pionera en la Terapia Ocupacional en su especialidad.

En las primeras páginas encontramos el título *Consideraciones en relación con el Programa de Activación Cerebral y Entrenamiento de la Memoria*. Las autoras hacen explícito que este modo de estimulación cognitiva es aplicable con personas motivadas para realizar las tareas propuestas y que esa motivación conlleva a la búsqueda de *confianza en sí mismo* y al intercambio con otros integrantes, reforzándose así los efectos buscados a través de la socialización y el apoyo afectivo. Además hacen referencia al alcance de estos programas, manifestando que sirven para *reactivar* y no para *curar* y están destinados principalmente a per-

sonas con algún tipo de deterioro cognitivo leve, con estadios precoces de demencia, lesiones focales y quejas mnésicas. Se aclara en el texto que “jamás deben descartarse programas de estimulación para los pacientes con demencia avanzada dado que es posible retardar la declinación cognitiva con programas especialmente diseñados” (p. 13).

Refieren, Acuña y Risiga, que el programa se caracteriza por el delineamiento minucioso de los objetivos a los que se apunta con cada persona, así como la aplicación sistematizada de las técnicas y la administración de los ejercicios de manera gradual de menor a mayor complejidad, considerando funciones específicas según un modelo teórico. Se destaca la importancia de la evaluación psicológica del nivel cognitivo a través de diferentes instrumentos ad hoc, para poder integrar grupalmente a las personas en el taller y para el seguimiento de la evolución en esta práctica.

Avanzando en la Guía, se encuentra la sección *Los adultos mayores y los problemas de memoria*, donde las autoras se concentran en el envejecimiento normal, los tipos y modelos de la memoria y su relación con el método de activación cerebral y entrenamiento de la misma. En el tema *La memoria*, se incluyen los tipos y modelos de memoria, los fundamentos neuropsicológicos de la activación cerebral y el entrenamiento de la memoria. Se enuncian, además, los objetivos específicos del programa sobre la base del esquema de L. Israel y el de J. de Rotrou: neurobiológicos, psicotécnicos y psicoterapéuticos. Seguidamente se describen las *Funciones por entrenar*: la memoria biográfica, la comunicación, la atención, la imaginación, la reminiscencia, entre otras.

Algunas consideraciones en relación con las sesiones contienen la cantidad y duración de las mismas, la preparación por parte

del profesional y el abordaje, tanto de cada sesión como de cada ejercicio.

En *Observaciones respecto de la elección de los ejercicios*, encontramos las diferentes recomendaciones sobre la elección y la adaptación de los mismos acorde al nivel de los participantes, la búsqueda permanente de material para los talleres, la selección según la complejidad, entre otras sugerencias. En *Ejercicios*, conforme al objetivo a trabajar, se ejemplifica una selección de tareas de acuerdo con las funciones a entrenar: identidad y memoria biográfica, comunicación, percepción y atención, concentración, imaginación, fluidez verbal, orientación témporo-espacial, estructuración cognitiva, organización de las informaciones y clasificación, razonamiento y, por último, reminiscencia. Las autoras presentan *Modelos de sesiones* a modo de guía, con ocho sesiones como ejemplo, consideradas para acompañar al lector en la tarea de planificar las mismas. El final del libro incluye en *Modelos de ejercicios*, veintinueve ejercicios con las consignas pertinentes a cada uno. En el *Anexo 1: Mini Mental State Examination*, de Folstein, en el *Anexo 2: Cuestionario de Quejas Mnésicas*, de Vinck y colaboradores. En *Anexo 3: la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)*, de Yesavage.

Cabe destacar que esta publicación tiene continuidad editorial desde el año 1997, ya que la Editorial Paidós realizó reimpresiones y actualmente es parte de la serie Cuadernos de Evaluación Psicológica. Desde la perspectiva de Terapia Ocupacional, esta guía presenta gran utilidad a quienes realizan tratamientos con adultos mayores y es un ejemplo de trabajo conjunto de Terapia Ocupacional y Psicología plasmado en una publicación. ■

[Recibido: 27/05/18 - Aprobado: 30/05/18]

Cómo citar esta reseña:

Narváez, S, E. (2018). Reseña: Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria. Guía para profesionales que trabajan con pacientes añosos. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1), 57-58.



Reseña: Ortesis de la mano y la muñeca. Protocolos de reeducación

Micheline Isel, Michel Merle, María Laura Frutos. Ediciones Journal (Buenos Aires, Argentina). 1º Edición. 2017. 314 páginas.

María Laura Frutos

María Laura Frutos

Terapeuta Ocupacional egresada de la Universidad Nacional del Litoral (1992) y Licenciada en Terapia Ocupacional egresada de la Universidad Nacional de Quilmes (2004). Profesora Universitaria egresada de la Universidad Católica de Córdoba (2010).

Se capacitó en Harris County Hospital District. Houston. U.S.A y se especializó en ortesis en el Institut européen de la main del Centre Hospitalier Kirchberg de Luxemburgo. Es integrante del equipo de coordinación y docente de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Córdoba. Docente del Curso BIANUAL para Certificación de Especialistas en Terapia de Mano de la Asociación Argentina de Cirugía de Mano.

Trabaja desde 1993 en el Hospital Privado Universitario de Córdoba.

Presidente del Capítulo de Terapistas de Mano de la Asociación Argentina de Cirugía de Mano y Reconstructiva de Miembro Superior (2016-2017). Presidente Asociación Civil de Terapistas Ocupacionales de Córdoba (1996-2008).

frutoslaura@hotmail.com

Ortesis de la mano y la muñeca: Protocolos de reeducación, establece el cierre de un ciclo indispensable entre la cirugía de la mano, la patología a ser tratada y la recuperación funcional. La coherencia entre estos tres eslabones es indispensable. Tanto el cirujano como el rehabilitador deben entender la patología a tratar. El objetivo es lograr el retorno funcional, es decir, su recuperación. Por eso, es fundamental el conocimiento anatómico y, sobre todo, la comprensión de la anatomía funcional, ya sea normal como patológica. Juntos, el cirujano y el rehabilitador, analizarán patrones funcionales, personalidad y nivel cultural para decidir cuál es la mejor conducta para cada paciente. *Como no todo es bueno para todos*, el cirujano debe conocer la mejor indicación de ortesis y el rehabilitador debe saber qué procedimientos quirúrgicos se realizaron.

El tratamiento de los traumatismos de la mano y la muñeca, así como las afecciones degenerativas se han beneficiado en gran medida por las técnicas quirúrgicas actuales, compatibles con una movilización precoz en la rehabilitación. La globalización de estos tratamientos implica un buen conocimiento de la anatomía de la mano, de su biomecánica y de los mecanismos de cicatrización. Los protocolos de reeducación que se presentan en este libro, a menudo, son indisociables de la utilización de una ortesis, ya sea para mantener una posición y/ o mejorar una función. Este libro permite definir con precisión y confeccionar la mejor ortesis en función



de la patología tratada e implementar los protocolos de reeducación sin amenazar las reparaciones tisulares.

Micheline Isel, kinesioterapeuta-ortesta, desarrolló una gran experiencia en estos dos campos de trabajo gracias a la importante actividad quirúrgica del Profesor Michon y del Profesor Merle, primero en el Centre Hospitalier Universitaire de Nancy (CHU) y luego en el Institut européen de la main en Nancy y Luxemburgo.

Michel Merle, cirujano especialista en mano y miembro superior, ha sido profesor de la Facultad de Medicina de Nancy, Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Aparato Locomotor de CHRU de Nancy y Director del Institut européen de la main de Luxemburgo.

María Laura Frutos es Licenciada en Terapia Ocupacional del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Se especializó en ortesis en el Institut européen de la main del Centre Hospitalier Kirchberg de Luxemburgo, bajo la guía de Micheline Isel. Ha traducido esta obra de su edición original en francés.

Con el prólogo escrito por el Prof. Dr. Guillermo Loda, reconocido cirujano de mano argentino, el libro está organizado en tres partes:

Parte 1: Principios generales sobre las ortesis. Contiene: Clasificación y criterios para una buena ortesis. Bases anatómicas y funcionales para la concepción de las ortesis. Nociones elementales de mecánica. Puesto de trabajo, materiales y herramientas.

Parte 2: Concepción y realización de las ortesis según el segmento anatómico tratado. Contiene: Concepción y realización de las ortesis: algunos consejos prácticos. Realización de ortesis estáticas y dinámicas según segmento anatómico. Ortesis de compresión.

Parte 3: Protocolos de reeducación e indicación de ortesis según las patologías. Contiene: Especificaciones de la reeducación de la mano. Entorsis, luxaciones, rigideces articulares y artrosis. Artrosis de la mano y la muñeca. Poliartritis reumatoidea. Tendinopatías. Lesiones de los tendones extensores. Lesiones de los tendones flexores. Lesiones de los nervios y

reeducación de la sensibilidad. Transferencias tendinosas. Enfermedad de Dupuytren. Mano quemada. Síndrome Doloroso Regional Complejo.

Esta publicación en castellano es de gran importancia y será muy apreciada por los profesionales que se ocupan del tratamiento de la mano y el miembro superior, ya sea por el vacío bibliográfico que había sobre este tema, como por exponer los puntos comunes y de apoyo mutuo entre cirujanos y rehabilitadores. Por otra parte, si bien el transcurso del tiempo puede hacer posible que los materiales cambien, no será así con los conceptos fundamentales que justifican cada indicación. Esto hace que difícilmente el libro pueda envejecer. Las imágenes de cada una de las ortesis presentadas, así como su patrón de confección y las sugerencias de los materiales empleados, son de gran utilidad, tanto para el profesional que está iniciando su tarea asistencial, como para el más experimentado que desea innovar en el diseño e implementación de las mismas. Ortesis de la mano y la muñeca: Protocolos de reeducación está dirigido a kinesioterapeutas, terapeutas ocupacionales, ortesistas y cirujanos de la mano. ■

[Recibido: 10/03/17 - Aprobado: 15/12/17]

Cómo citar esta reseña:

María Laura Frutos (2018). Reseña: Ortesis de la mano y la muñeca. Protocolos de reeducación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1), 59-60.