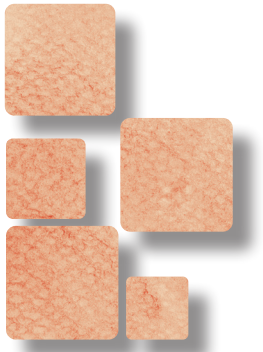


REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Año 4 - N° 2
Diciembre 2018
ISSN 2469-1143



Editorial

¿Derechos de la discapacidad o discapacidad de los derechos?

Agustina García Sartirana | Andrea Fabiana Albino

Agustina García Sartirana

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de San Martín). Residencia y Jefatura de Residencia de Terapia Ocupacional (2011–2015) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Intervención individual con niños y adolescentes en Equipo Interdisciplinario para la Integración Escolar. Valle de Calamuchita, Córdoba. Trabajo de sensibilización comunitaria, promoción, prevención y formación en perspectiva de género y violencia de género en colectivo Mujeres de Pie, Valle de Calamuchita, Córdoba.

toagustinagarcia@gmail.com

Andrea Fabiana Albino

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires) Especialista y Maestranda en Metodología de la Investigación Científica (Universidad Nacional de Lanús) Posee formación en Integración Sensorial. Docente de materias relacionadas a Metodología de la Investigación, Estadística y Diseño de Tesis en la Licenciatura en Terapia Ocupacional y en la Especialización en Terapia Ocupacional: Patologías y Terapéuticas de la Niñez (Universidad de Buenos Aires), en la Licenciatura de Terapia Ocupacional y en la Licenciatura en Psicopedagogía (Universidad Nacional de San Martín). Becaria SACyT 2013 y 2018. Co-directora de investigación (UNSaM). Integrante de equipo de investigación (UNLa) Coordinadora de equipo interdisciplinario especializado en niños y adolescentes. Presidente de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales.

afalbino@hotmail.com

revistatoargentina@gmail.com

El pasado 3 de diciembre se conmemoró por 16° vez el Día Internacional de las Personas con Discapacidad (PcD). En 1992 la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció esta fecha con el objetivo de concientizar a las sociedades del mundo respecto de los derechos de las mismas. Considerando que los modelos de prescindencia y rehabilitador han quedado caducos en sus conceptos (aunque no en sus acciones) y, situándonos en la cosmovisión contemporánea de la discapacidad desde el modelo social podemos afirmar, convencidas de ello, que las causas de las discapacidades son sociales. Desde la visión de este modelo, que surge a fines de la década de los años '60, la discapacidad no florece por una deficiencia física, cognitiva, mental que porta un cuerpo sino por las barreras sociales que se ponen de manifiesto en una sociedad que no considera, o lo hace de forma insuficiente, a las PcD como parte de ella misma. De esta manera quedan excluidas, sin la oportunidad de acceder a una vida plena y de calidad, y de gozar de los mismos derechos (y en las mismas condiciones) que el resto de las personas que forman parte de la sociedad y que, desde un sentido común atribuido, se considera que no están en situación de discapacidad. Es importante mencionar que cuando hablamos de *sociedad* nos referimos a las personas del vecindario, pero también incluimos a los funcionarios públicos de todos los niveles, a los políticos, a los agentes de salud y de educación del Estado, etc. quienes tienen el compromiso y el deber de garantizar desde sus acciones la igualdad de oportunidades para todas las personas.

El modelo social interpela a la sociedad y a sus interacciones como parte determinante de generación de las diversas situaciones y supuestos grados de discapacidad. Además, desafía la noción instituida de normalidad. La *normalidad* es una construcción impuesta sobre una realidad social en donde sólo existen diferencias. Diferencias que no son reconocidas; diferencias invisibilizadas. Para este modelo la diversidad es inherente al ser humano. Desde esta perspectiva, algunos autores han utilizado o utilizan el término de *diversidad funcional*¹ para referirse a las PcD, término que ha sido acuñado en distintos países dentro de la visión social de la Discapacidad. Es importante destacar que son las propias PcD las que han elegido el término “Personas con Discapacidad” para que se refieran a ellas, es por ello que utilizar términos como “capacidades diferentes”, “chicos especiales”, etc. además de ser incorrecto atenta contra la autonomía de decisión del colectivo de personas que ha puesto y pone su propia voz para ello.

A través de la Ley N°26.378 de 2008, Argentina adhiere a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asimismo, en 2010, y mediante la Ley N°26.657, nuestro país promueve “*el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas, y el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional*”. Estas leyes se encuentran en vigencia con organismos creados especialmente para garantizar la plena implementación de las mismas. Sin embargo, en los últimos años las políticas públicas y las economías nacionales y regionales están yendo en detrimento de los derechos establecidos por ambas leyes. Aquí es necesario preguntarnos: ¿Qué derechos pue-

1 Término adoptado por primera vez en España en el año 2005 por el Foro de Vida Independiente.

den garantizarse sin políticas públicas que garanticen acciones en consonancia con lo establecido por las leyes? ¿Qué derechos pueden garantizarse sin presupuesto destinado a ellos?

Si hacemos un repaso rápido de las medidas neoliberales que se han tomado en relación a las PcD a partir de los recortes presupuestarios establecidos en distintas áreas podemos enunciar: la quita de pensiones; la no excepción de las PcD en el Decreto N° 632/18 que estableció el freno a los ingresos de trabajadores al sector público en los 24 meses posteriores a junio de este año; la baja en el cupo laboral de PcD que tras haber sido 3.197 personas en diciembre de 2015 pasaron a ser 2.743 en diciembre de 2017, cifras que representan una disminución de 454 personas, es decir, un 14,2% (datos extraídos de los informes enviados por los Organismos del Estado Nacional). Asimismo, las PcD se encuentran en distintos sectores y organismos que también están atravesados por los ajustes presupuestarios que los obligan a achicar sus programas y dar de baja prestaciones, como Incluir Salud, PAMI, el Instituto Nacional de las Mujeres (INAM); las problemáticas que se evidencian en la implementación de la Educación Sexual Integral (ESI); el desfinanciamiento en salud pública y la disminución de los haberes jubilatorios y de las pensiones considerando el índice de inflación y la toma de deuda externa. Todas estas medidas van en detrimento de la autonomía y del acceso a los derechos que plantean las legislaciones vigentes (nacionales e internacionales) enunciadas anteriormente, acentuando la dependencia, la vulnerabilidad y la segregación social.

No hablamos sólo de un contexto de recortes económicos. Hablamos de un recorte de derechos. Por eso volvemos a preguntarnos: ¿Qué derechos pueden garantizarse sin políticas públicas de acción en consonancia con lo establecido por las leyes? ¿Qué derechos pueden garantizarse sin presupuesto destinado a ellos? En ese sentido, la realidad nos atraviesa y nos interpela, los y las terapeutas ocupacionales como profesionales y agentes de salud y educación, como ciudadanos parte de esta sociedad diversa, no podemos acompañar los procesos de salud-enfermedad, atención, cuidados y/o habilitación social en los que estamos involucrados, sin hacer una lectura del contexto social, político y económico en el que estamos inmersos. Es necesario tomar una posición política frente ello, poner el propio cuerpo, realizar acciones concretas y luchar en pos del acceso a los derechos y a la igualdad de oportunidades para que todos y todas puedan llevar una vida digna y autónoma

Compartimos así, algunas reflexiones sobre la actualidad para fortalecer espacios de revisión, discusión y lucha en pos de la equidad en el acceso a los derechos desde cada lugar en el que nos desenvolvemos profesionalmente, entendiendo que

las decisiones y acciones políticas, económicas y sociales son inherentes a nuestras prácticas, sus procesos y resultados.

En la presentación de este número, y acorde a generar nuevos espacios a ser habitados, inauguramos la sección de Dossier. En este número, está integrado por cuatro escritos elaborados por residentes de Terapia Ocupacional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que son presentados por la coordinadora Claudia Battistoni.

En la sección de artículos, colegas de diferentes regiones comparten sus experiencias e investigaciones. Yesica Gutiérrez comparte un estudio realizado en el conurbano bonaerense en el que analiza los motivos de internación por intentos de suicidio en adolescentes y realiza una comparación de los resultados con estadísticas mundiales y nacionales de organismos oficiales.

Desde Colombia, Melania Satizabal Reyes, Luisa María Muñoz Rayo y Nathalia Montenegro Santander, comparten un estudio de casos titulado “Hábitos, rutinas, roles y la influencia del contexto sociocultural en la lactancia materna exclusiva en madres de la comuna 20 de Cali, Colombia”. Gustavo Reinoso e Inez Lomeli publican los resultados de una revisión sistemática sobre los Efectos Psicosociales del Deporte y Actividades Adaptadas en Niños con Síndrome de Down donde tienen por objetivo reportar las asociaciones entre auto-percepción, participación, amistad y satisfacción general con la vida al participar en deportes y actividades adaptadas. Desde Brasilia, Uguiarlem Ribeiro Durães y Josenaide Engracia dos Santos, divulgan su trabajo de fin de curso de Terapia Ocupacional en donde relatan el rol profesional en situaciones de emergencias, riesgos y desastres en Brasil, enfatizando en las experiencias y desafíos en el área.

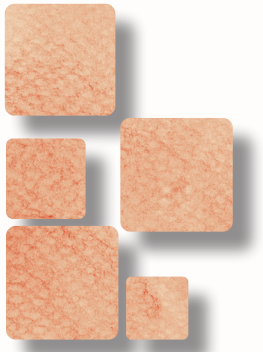
También nos acompañan en este número una Conferencia y dos Reseñas Bibliográficas. La Conferencia “Feminismo(s) y Terapia Ocupacional. Preguntas y reflexiones” dictada por Rodolfo Morrison el 10 de septiembre de 2018 en la Universidad Nacional de Quilmes, en el marco de la celebración del día del/a terapeuta ocupacional en Argentina. Lilian Araya transcribe, edita y corrige la misma acompañando esta publicación.

Por último, en la sección de reseñas, Juan Andrés Pino Morán presenta el reciente título de la colección Ciudadanía e Inclusión de la editorial Biblos -lanzado en julio de 2018- de la autora y colega Daniela Edelvis Testa, “Del Alcanfor a la Vacuna de Sabin. La polio en la Argentina”. Paola Cabuccio, María Sol Ruibal y Shanti Straittas, reseñan “A tu lado en la cornisa de la vida. Acompañamiento e Interdisciplina” libro marplatense de la autoría de Silvina Oudshoorn.

Esperamos que disfruten de este número. Las y los invitamos a seguir habitando espacios colectivos. ■

Cómo citar este artículo:

García Sartirana, A. y Albino, A. (2018). ¿Derechos de la discapacidad o discapacidad de los derechos? *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4(2), 1-2.



La capacitación en servicio: construyendo nuevos perfiles y desafíos para pensar la Terapia Ocupacional en y desde la salud pública

Training in service: building new profiles and challenges to think Occupational Therapy in and from public health

Claudia Battistoni

Claudia Battistoni

Coordinación General de la Residencia y Concurrencia de Terapia Ocupacional
Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

claudiabattistoni@yahoo.com.ar

La formación de posgrado implica un gran desafío ya que pretende profundizar conocimientos y habilidades profesionales adquiridas durante la formación de grado y desarrollar otras más complejas y especializadas. Una de las instancias de dicha formación para terapeutas ocupacionales en nuestro país lo constituyen las residencias y concurrencias. Las mismas son sistemas de capacitación en servicio, cuya principal característica es la aproximación y la articulación de conocimientos académicos con las prácticas profesionales que se realizan en torno a situaciones clínicas reales. Esta perspectiva se centra en los procesos de trabajo en el contexto en el que ocurren, constituyéndose en el punto de partida para la pregunta, la reflexión, la discusión, el intercambio y el aprendizaje con otros. Por lo tanto cuenta con tiempo de práctica clínica asistencial, espacios de formación y de investigación programados y supervisados. En este caso, la capacitación se realiza en distintas instituciones hospitalarias y dispositivos del ámbito de la salud pública de la Ciudad de Buenos Aires.

Ambos sistemas cuentan con programas específicos de capacitación, llamados Programas Generales, que describen las prácticas y contenidos que el residente/concurrente realizará durante su capacitación, así como también el perfil profesional que se pretende promover. Terapeutas Ocupacionales de los distintos servicios y dispositivos acompañan y supervisan de manera permanente el recorrido que se realiza, actuando como mediadores, orientadores y facilitadores del aprendizaje. Pero también existen diferencias que las caracterizan de manera particular: la Residencia tiene una duración de tres años, y pueden acceder a la misma profesionales de hasta cinco años desde su graduación. Se cumple una carga horaria de 40 horas semanales, de lunes a viernes de 8 a 17, se percibe una remuneración y es de dedicación exclusiva. La Concurrencia, por su parte, es una capacitación ad honorem, con una dedicación parcial de 20 horas semanales, y dura cuatro años.

Algo de historia

El Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud se creó en 1985 con la Ordenanza 40.997, aunque no incluyó a la terapia ocupacional entre las especialidades convocadas. La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM) fue su predecesora con cargos para terapeutas ocupacionales, y funcionó entre 1986 y 1991. Finalmente, a partir de 1993 gestiones de colegas de distintos hospitales y de ex residentes de la RISAM, en 1996 se creó la residencia y la concurrencia para terapeutas ocupacionales en el Equipo de Salud en la Ciudad de Buenos Aires. Alicia Torre fue la terapeuta ocupacional convocada por la Dirección de Capacitación del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, para que se encargara del armado del primer programa. En este proceso trabajaron conjuntamente colegas de distintos efectores, estableciéndose rotaciones en las áreas de rehabilitación física y salud mental, campos tradicionales de intervención de la disciplina y que conta-

ban con la mayor cantidad de profesionales en el sistema, y se contempló además una rotación por dispositivos en la comunidad. El primer llamado a concurso fue en 1997, en el cual ingresaron al sistema las primeras tres residentes y alrededor de diez concurrentes que se incluyeron en distintos hospitales de la ciudad.

Debido a la inserción paulatina de la residencia en hospitales generales, el programa de formación se fue orientando exclusivamente a la asistencia en agudos, campo que en el sistema público de la ciudad aún no estaba desarrollado. Pero, contando con antecedentes de la inserción de Terapia Ocupacional en este área en otras dependencias, y buscando supervisiones que guiaran, complementaran y les permitiera reflexionar acerca de las intervenciones poco exploradas durante la formación de grado, fue que los residentes se incluyeron en salas de clínica médica, cirugía, cuidados intensivos e intermedios, y en atención en consulta externa de pacientes adultos y niños en estadio agudo de enfermedad, con resultados sumamente positivos y enriquecedores para las residentes y el equipo de salud. Ello no fue sin un gran esfuerzo ya que se hizo necesaria la difusión, la experiencia, el intercambio y el trabajo conjunto con otras disciplinas que poco a poco fueron conociendo las intervenciones posibles del terapeuta ocupacional. Estas experiencias organizadas y sistemáticas generaron la necesidad del terapeuta ocupacional en este campo, dando lugar a la creación de cargos de planta, de los cuales el primero fue concursado en el año 2005 y ganado por una de las primeras residentes del sistema.

A partir del año 2007, se ampliaron los programas de formación de la residencia, a través de los programas de salud mental de adultos, de salud mental infanto juvenil y rehabilitación física en 2009 y en 2013, el programa de pediatría.

El camino de la concurrencia fue más estable, ya que desde el inicio formal de la misma en 1997 hasta hoy, la capacitación se centró en los dos campos tradicionales de salud mental y de rehabilitación física.

La residencia y concurrencia hoy

En el año 2017 se cumplieron veinte años de la creación de la residencia y concurrencia de Terapia Ocupacional en el ámbito de la salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este lapso, se fueron dando grandes pasos: la ampliación de los campos de capacitación organizados ahora como orientaciones, el pequeño incremento de las vacantes ofrecidas cada año en el concurso público, la apertura de nuevos espacios de formación y reflexión, la garantía de las supervisiones y acompañamiento permanente de colegas de mayor experiencia y de ex residentes que continúan aportando sus experiencias y nuevas prácticas.

Actualmente, la capacitación en la residencia puede realizarse en distintos campos de intervención que son orientaciones internas con el objetivo de formar profesionales especializados en una de las siguientes áreas: salud mental (niños/adolescentes, o adultos), rehabilitación psicofísica, agudos o pediatría, contando con cinco sedes en hospitales monovalentes y generales del Gobierno de la Ciudad. La capacitación en la concurrencia cuenta con tres sedes en las áreas de salud mental y de rehabilitación física.

Al ingreso al sistema, el residente/concurrente elige una orientación/sede que tiene un programa de capacitación específico, en la cual realiza los primeros años de formación intensiva organizada en rotaciones por áreas. Así, se incluye en salas de internación y consulta externa ambulatoria ya sea en salud mental, rehabilitación física o agudos, e interviene con el individuo, la familia, el ambiente y el equipo de salud. Además de la tarea asistencial, se organizan clases, grupos de estudio, pases, bibliográficas, y se realizan cursos obligatorios de metodología de la investigación e inglés, y otros cursos específicos del área de rotación. En el último año se capacita en intervenciones en la comunidad en Centros de Salud y/o dispositivos comunitarios, y realiza una rotación electiva de tres meses en la cual elige la institución y el campo de práctica de su interés.

Es importante agregar que además de los conocimientos y abordajes específicos en cada campo, se desarrolla a su vez una capacitación transversal y común para todos los residentes/concurrentes, reflexionando acerca de casos clínicos y situaciones complejas de la práctica y abordando problemáticas de salud pública como ética profesional, perspectiva de género, interculturalidad y diversidad, violencias, ética de la investigación, atención primaria de la salud, conformación de redes, interdisciplina, entre otros. La construcción del perfil profesional entonces se logra a partir de diversos espacios formativos, pero también en espacios de reflexión y supervisión individuales o grupales relacionados con el rol y con el funcionamiento institucional, los cuales aportan elementos y estrategias importantes para la circulación y el cuidado de los profesionales en formación.

En los últimos años se abrieron concursos públicos para cargos de terapeutas ocupacionales de planta en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que fueron ganados por residentes, concurrentes y ex residentes. Así, profesionales que se capacitaron en el sistema público se han incorporado al mismo no sólo en campos tradicionales como los hospitales sino en áreas como el primer nivel de atención y dispositivos en la comunidad.

La residencia y concurrencia han sido y continúan siendo un punto de partida en la difusión de la profesión, en la inserción y en la ampliación de las intervenciones en distintos campos,

a veces poco tradicionales o insuficientemente explorados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La intensa formación académica y asistencial basada en el aprendizaje, el acompañamiento, las supervisiones permanentes y la investigación que acompañan la atención y el razonamiento clínico, convierten este espacio en un sistema de formación de gran riqueza.

Acerca de este Dossier

La propuesta para la publicación de este Dossier surgió del Comité Editorial de la Revista Argentina de Terapia Ocupacional, a quienes agradecemos la oportunidad de difundir algunas experiencias de trabajo y reflexión. Los artículos que aquí se presentan han sido expuestos en las Jornadas de Residencia de los últimos años. Este es un evento que se sostiene anualmente desde mayo del 2001, fecha en que se realizó la primera jornada. El objetivo de la misma es generar un intercambio profesional y difundir las experiencias de la residencia y concurrencia, plasmadas en trabajos de investigación, presentaciones de caso, artículos, revisiones bibliográficas, ensayos.

Para este Dossier hemos seleccionado cuatro artículos que representan algunas de las problemáticas y cuestionamientos surgidos de la práctica cotidiana y que reflejan los procesos de

reflexión, articulación y construcción que se han realizado de manera individual o colectiva. Les acercamos dos relatos de experiencias que parten de viñetas y que llevaron a las autoras a reflexionar acerca de la violencia institucional y las posibles intervenciones que garantizan las buenas prácticas, el alojamiento subjetivo y el acceso a la salud. Otros dos artículos consisten en la presentación de un taller destinado a cuidadores primarios de pacientes que asisten a una institución de rehabilitación física y, el último, a dinámicas realizadas en la sala de espera de un centro de salud en relación al Día Internacional de la Mujer.

¡Esperamos que disfruten las producciones que aquí presentamos!

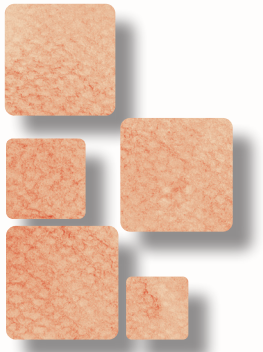
Agradecimientos

Finalmente quisiera reconocer el trabajo de todos los colegas terapeutas ocupacionales de planta y ex residentes, que han sido parte de este gran colectivo durante más de dos décadas y compartieron su experiencia y conocimiento, se comprometieron y dieron su apoyo para que, tanto la residencia como la concurrencia, sigan creciendo en pos de ofrecer alternativas de capacitación de calidad. ■

[Recibido: 10/09/18 - Aprobado: 30/10/18]

Cómo citar este artículo:

Battistoni, C. (2018). La capacitación en servicio: construyendo nuevos perfiles y desafíos para pensar la Terapia Ocupacional en y desde la salud pública. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2) 3-5.



¿Cómo ocupamos las mujeres nuestro tiempo? Una experiencia en sala de espera

How do women spend our time? An experience in a waiting room

María Agustina Bavaud | Julieta Lobo Herrera | Jazmín Mariela Chaker | Tatiana Yael Maltz

María Agustina Bavaud

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional de planta en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 24 Eva Perón.

agustinabavaud@gmail.com

Julieta Lobo Herrera

Licenciada en Terapia Ocupacional. Jefa de residentes de Terapia Ocupacional del Hospital General de Agudos Dr. Bernardino Rivadavia.

julietalobo.h@gmail.com

Jazmín Mariela Chaker

Licenciada en Terapia Ocupacional. Jefa de residentes de Terapia Ocupacional del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

jazmin.chaker@gmail.com

Tatiana Yael Maltz

Licenciada en Sociología. Residente de Tercer año de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la salud del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 24 Eva Perón.

maltz.tati@gmail.com

Resumen

Este escrito narra una experiencia de trabajo realizada en una sala de espera por residentes mujeres de diversas residencias del GCBA y una terapeuta ocupacional de planta, miembros del Equipo Comunitario de un Centro de Salud y Acción Comunitaria del GCBA, en relación al 8 de Marzo: "Día internacional de la mujer trabajadora". En este contexto, se realizó un grupo de estudio para profundizar el análisis de las problemáticas de género actuales, más específicamente con respecto al uso del tiempo de las mujeres. ¿En qué ocupamos nuestro tiempo las mujeres? ¿Cuánto de nuestro tiempo lo dedicamos a nosotras mismas? ¿Cuántas de estas actividades nos son asignadas sólo por el hecho de ser mujeres? La experiencia del dispositivo en la sala de espera se propuso como objetivo promover la visibilización, el análisis y la reflexión por parte de las participantes acerca de cómo ocupan su tiempo las mujeres. Como recurso, material y simbólico, creamos a "Sunilda", personificada y caracterizada a partir de una lata con cara de mujer. En nuestro relato, cobra identidad de una mujer del barrio, con historias de vida y problemáticas similares a las que podría tener cualquiera de las presentes, lo que facilitó una mayor circulación de la palabra y la posibilidad de reflexionar y diferenciar entre el hacer elegido y aquel que nos es asignado por nuestro género. Esta experiencia nos enfrentó con el hecho de que ser coordinadoras de este espacio no podía pensarse aislado del ser también protagonistas del mismo, en tanto mujeres que somos.

Palabras clave: género y salud, Atención Primaria de Salud, Terapia Ocupacional.

Abstract

This article is about an experience which took place in a health center waiting room by females of different health centers of "Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires" (GCBA), an Occupational Therapist, member of the "Health Center and Community Action" of the GCBA, in relation to March 8: "International Working Women's Day". In this context, a study group was conducted to analyze gender issues in depth, more specifically referred to the use of women's spare time. How do women spend our time? How much of our time do we dedicate to ourselves? How many of these activities are assigned to us just because we are women? The experience of the device in the waiting room was aimed at promoting the visibility, analysis and reflection of the participants about women and their spare time. As a resource, material and symbolic, we created "Sunilda", personified and characterized by a can with the face of a woman printed on it. In our story, a woman's identity arises from the neighborhood, with life stories and similar problems to any participant, which helped words circulation and the possibility of reflecting and setting position between the chosen deed and the one assigned to us because of our gender. This experience confronted us with the fact that being coordinators of this space and women, we also took part in it.

Key words: gender and health, Primary Health Care, Occupational Therapy.

Introducción

El presente escrito busca dar cuenta de una experiencia de trabajo realizada por el Equipo Comunitario¹ de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), en el marco del 8 de marzo (8M), Día internacional de la mujer trabajadora. En este contexto, parte del equipo decidió iniciar un grupo de estudio para profundizar el análisis de las problemáticas de género actuales, con respecto al uso del tiempo de las mujeres. ¿En qué ocupamos nuestro tiempo las mujeres? ¿Qué valor le asignamos a este tiempo? ¿Cuánto de nuestro tiempo lo dedicamos a nosotras mismas? ¿Las actividades que realizamos son elegidas o impuestas? ¿Cuántas de estas actividades nos son asignadas sólo por el hecho de ser mujeres? Estos fueron algunos de los interrogantes que dieron marco a este trabajo; interrogantes que intentamos también transmitir a las mujeres de la comunidad que participaron de la experiencia.

María Ángeles Durán (2000, citado en Soza Rossi, 2016) señala que las mujeres han cumplido históricamente con tres funciones básicas para la supervivencia de la sociedad: la gestación de nuevas vidas, la prestación directa de servicios básicos a la población a través de los hogares (alimentación, cuidado de la salud, vestido, atención de viviendas). Paula Soza Rossi (2016) explica que el trabajo doméstico y de cuidado no es reconocido como trabajo y sus protagonistas son, por lo tanto, excluidas de los derechos sociales reconocidos para las/os demás trabajadores remunerados: salario, límite de la jornada laboral, descanso, jubilación y seguridad social. En la misma línea, María Luisa Femenías y Paula Soza Rossi (2012) explican que el espacio doméstico es acotado, es el lugar natural de las mujeres, donde el tiempo es ahistórico, circular, monótono y ritualizado, el cual exige disponibilidad total. Las autoras agregan que las tareas realizadas por mujeres en el espacio doméstico no generan valores heroicos ni de intercambio: su trabajo no se cambia por dinero ni por un reconocimiento que implique un valor simbólico. Este trabajo sólo “se ve” cuando no fue realizado. Por su lado, Eliana Aspiazu & Sabrina Seltzer (2011) destacan que a pesar de que en las últimas décadas hubo una mayor incorporación de mujeres al mercado laboral, esto no resultó en una igual inserción masculina en las tareas domésticas y de cuidado. Estas situaciones son desarrolladas por diversos autores bajo el concepto de economía del cuidado, el cual pretende desnaturalizar la actividad de cuidado que implica a la gran mayoría de la población femenina (Aguirre, 2008; Benería, 2006; Carrasquer, Torns, Tejero & Romero, 1998).

1 El Equipo Comunitario del CeSAC está conformado por las residencias de Medicina General (RMG), la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), Trabajo Social (TS), Terapia Ocupacional (TO), Veterinaria en Salud Pública, Salud Mental y trabajadoras de planta permanente de medicina general, pediatría y terapia ocupacional. Con énfasis en la interdisciplina, este equipo dedica 8 horas semanales a distintas actividades no asistenciales enfocadas en la educación y promoción de la salud con trabajo en territorio.

El cuidado en sí implica un conjunto diverso de actividades como las tareas domésticas, las actividades cotidianas y/o administrativas y cuidados personales-sanitarios (Julve Negro, 2006). La intensidad de la ayuda prestada es diaria y constante. Pero esta descripción resulta insuficiente para dimensionar la complejidad del cuidado de otras personas.

Es interesante en este sentido el concepto de doble presencia, el cual se refiere a la doble carga e intensidad de trabajo que se vive sincrónicamente en un mismo espacio y tiempo. A su vez, como señala Natacha Borgeaud Garciandía (2011) debe tenerse en cuenta también la dimensión afectiva del cuidado: “las tareas se insertan en un medio, un contexto, tejido de relación y de afectos, de historias y tensiones, cansancios, aprensiones y esperas” (p.20).

Para María Ángeles Durán (2000) resulta central el visibilizar las dificultades que presentan las mujeres para disfrutar de un tiempo propio. Al nominar el trabajo doméstico como la *jornada interminable*, se visibiliza cómo el tiempo de las mujeres es expropiado y produce un ciclo vital generizado (citado en Soza Rossi, 2016).

Para ello resulta interesante tomar el concepto de justicia ocupacional. Según Ann Wilcock y Elizabeth Townsend (2000), el mismo busca poner el foco en que alrededor del mundo, muchas personas se encuentran restringidas, privadas y alienadas de la posibilidad de participar en aquellas ocupaciones que le proporcionan satisfacción, significado y equilibrio personal, familiar y/o comunitario a través de lo que hacen (citado en Sanz Victoria, 2016). Alejandro Guajardo Córdoba (2011), es quien explica que en la ocupación nos transformamos en sujeto: “De esta manera ocupación, sujeto y movimiento van de la mano. Somos en el acto de ocuparnos” (p.18). Este autor explica que la ocupación no es un quehacer aislado. “Si bien el sujeto se encuentra en juego con su ocupar-se, la ocupación es relacional. Comunica, se encuentra influenciada por condiciones socioculturales y ambientales, al mismo tiempo que crea/recrea esas propias condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales” (Guajardo, 2011, p. 23). Por último, resulta interesante compartir la reflexión de Salvador Simó Algado (2016), quien sostiene que un proyecto de vida pleno se construye a partir de ocupaciones significativas: el cruce de caminos ocupacionales entre las necesidades, las potencialidades y los valores de las personas. El autor pone énfasis en la importancia de reflexionar sobre el origen de dicho significado: si responde a la propia persona o se trata de imposiciones de la sociedad. Teniendo en cuenta lo desarrollado por las/os autoras/es citados previamente, resulta posible pensar que estos dos orígenes de los que habla Simó Algado no son excluyentes entre sí. De la misma manera, el análisis de este fenómeno cobra importancia en el caso de las mujeres en particular, quienes, en palabras de María Luisa Femenías y Paula Soza Rossi (2012) tienen vedado pensarse en-sí y para-sí.

Para sumar a los desarrollos teóricos previos, resulta necesario mencionar de igual manera los intentos que se han dado en Argentina por visibilizar la economía del cuidado con estadísticas: en 2005 se desarrolló la primera encuesta sobre uso del tiempo en Argentina, tomando como base la Ciudad Autónoma de Buenos Aires –encuesta que volvió a realizarse en 2016– y, en el 2014, se publicó la primera encuesta de alcance nacional de uso del tiempo. Partiendo de la noción de que:

Las encuestas son una primera medida a través de la cual se reconoce que el bienestar económico de los hogares y las personas no solo depende del trabajo remunerado, sino también del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, realizado mayoritariamente por mujeres. (Calero, Dellavalle & Zanino, 2015, p.8)

Se retoman aquí algunos resultados de dichas encuestas, pero no sin antes destacar la dificultad que implica cuantificar las tareas de cuidado, tanto del hogar como de personas, ya que dichas tareas carecen de horarios definidos, requieren disponibilidad (casi) constante de las personas que las llevan a cabo y es habitual que se realicen de manera simultánea, densificando el ritmo de trabajo (Delfino, Herzfeld & Arrillaga, 2015).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en el 2014 a nivel nacional podemos observar que la mayor participación en el trabajo doméstico no remunerado lo tienen las mujeres (88,9% vs 57,9% de los hombres). Dentro del trabajo doméstico no remunerado, la mayor tasa de participación de las mujeres se reparte del siguiente modo: 86,7% en quehaceres domésticos, 31,3% en cuidado de personas y por último apoyo escolar (19,3%). Estas cifras evidencian la mayor participación de las mujeres en todas las esferas de la economía del cuidado y debe agregarse que, en comparación a los varones que si participan de estas tareas, las mujeres le dedican en promedio tres horas diarias más (Calero et al., 2015).

Otro dato relevante a tener en cuenta es el estado de actividad: tanto las mujeres desocupadas como las inactivas dedican 6,5 horas a las actividades de cuidado mientras que las mujeres ocupadas le dedican tan sólo una hora menos. Es decir, para las mujeres ocupadas, la carga de trabajo de cuidado es prácticamente similar a las mujeres desocupadas o inactivas. En tanto, los hombres ocupados en el mercado laboral dedican 3,7 horas, aproximadamente dos horas menos que sus pares mujeres ocupadas (Calero et al., 2015).

Los datos que ofrece la Encuesta sobre Uso del Tiempo en la Ciudad de Buenos Aires de 2016 están en sintonía con la información a nivel nacional. Resulta interesante destacar de la primera, la variable de lugar de residencia dentro de CABA. Las personas que viven en la zona norte (mejor condición socio-económica), destinan menos tiempo al trabajo no remunerado que quienes viven en la zona centro y menos aún de quienes viven en la zona sur. En la zona norte las mujeres

dedican en promedio 4:09 horas diarias al trabajo no remunerado vs 2:27 horas diarias de los varones; en la zona centro, las mujeres dedican 5:08 horas diarias vs 2:36 de los varones, y en la zona sur, las mujeres dedican 6:27 horas diarias vs 3:36 de los varones (Dirección General de Estadística y Censos, 2017).

Las cifras indican que las brechas de género se mantienen en toda la Ciudad pero debe marcarse que es notoria la diferencia en la dedicación de tiempo al trabajo no remunerado de las mujeres en la medida en que se pasa del Norte al Sur de la Ciudad, reforzando las desigualdades que viven las mujeres de menores ingresos (Dirección General de Estadística y Censos, 2017).

Para poder comprender la identidad y el valor de la experiencia de trabajo, es necesario contextualizar su origen y el marco general en el que se inserta. El 8 de marzo del 2017 marcó un punto de inflexión ya que se realizó por primera vez un paro internacional de mujeres. En vistas al 8M del 2018, distintas organizaciones y colectivos de mujeres motorizadas por el colectivo “NIUNAMENOS”², entre otros, se reunieron para pensar y planificar acciones colectivas.

Esta consigna fue tomada por diversas mujeres representantes de organizaciones/instituciones que trabajan en el área de referencia del CeSAC. Es aquí donde el Equipo Comunitario entró en acción y comenzó a planificar en conjunto las acciones previas al 8M. Las mismas buscaban sensibilizar a las mujeres acerca del uso de su tiempo y visibilizar la doble o triple jornada laboral de las mismas, valorizando el trabajo doméstico y el cuidado de otras/os; poner en agenda el 8M y sus implicancias. Se llevaron a cabo múltiples propuestas dentro del centro de salud: 1) intervenciones artísticas en sala de espera y consultorios, 2) actividades orientadas a las trabajadoras del centro de salud, 3) actividades con las mujeres de la comunidad que participan regularmente de grupos/talleres y 4) el dispositivo de sala de espera. El proceso de construcción, desarrollo y resultados de esta última propuesta es el protagonista de este escrito.

La sala de espera constituye un espacio privilegiado para generar un diálogo abierto y colectivo que permita la socialización y problematización de situaciones con las personas que allí se encuentran. El dispositivo busca transformar el contexto pasivo de espera en un espacio y tiempo de intercambio grupal, promoviendo la reflexión entre las/os participantes y

² Es un colectivo que se define a sí mismo como un grito colectivo contra la violencia machista, que surge de la necesidad de decir “basta de femicidios”. La convocatoria nace en el año 2015, a partir de un grupo de periodistas, activistas, artistas, que crece hasta convertirse en una campaña colectiva que involucra a miles de personas, organizaciones, escuelas y militantes de todos los partidos políticos. El colectivo logra convocar a una manifestación multitudinaria el 3 de junio de 2015 en la Plaza del Congreso en Buenos Aires y distintos puntos de toda Argentina y se ha repetido anualmente desde entonces, con repercusiones internacionales (Ni Una Menos, s.f.).

el equipo de salud (RIEPS, 2013). El dispositivo de sala de espera es una actividad que se sostiene con regularidad por el Equipo Comunitario. Las mismas se organizan por ejes temáticos mensuales, que intentan responder a las necesidades/demandas de la comunidad y/o fechas con relevancia social. Así mismo, se promueve que tanto su planificación como su ejecución, sea llevada a cabo de forma interdisciplinaria.

Descripción de los destinatarios

El CeSAC corresponde al Área Programática de un Hospital General de Agudos perteneciente a la Comuna 8, zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Según el Censo 2010, en la Comuna 8 reside la mayor cantidad de personas nativas de un país limítrofe (15,1%). En cuanto a la situación habitacional, presenta el mayor porcentaje de la CABA de habitantes en villas y asentamientos (32,9%). Esta Comuna presenta además el mayor porcentaje de población infantil y adolescente. En cuanto a nivel de instrucción alcanzado, el 33,3% de la población no inició el nivel medio, y sólo el 19% inició el ciclo superior. La Comuna 8 cuenta con la mayor cantidad de personas analfabetas de todo CABA. Sobre la cobertura de salud de esta población, el 42,6% sólo cuenta con cobertura del sistema público de salud (Davagnino et al., 2017). La actividad en sala de espera se llevó a cabo todos los jueves de febrero del 2018 al comienzo del turno tarde en el espacio físico de la sala de espera del CeSAC, para aprovechar la convocatoria consecuente de la apertura de la agenda de turnos vespertina de profesionales de la salud. Dado que se trata de la sala de espera general del Centro de salud, la población presente al momento de realizar la actividad es heterogénea y no necesariamente se constituye como un grupo. Nos propusimos trabajar con todas las mujeres presentes en la sala, sin propiciar la participación activa de los varones.

Objetivos

Promover la identificación, visibilización y reflexión entre mujeres sobre el uso de nuestro tiempo.

Favorecer un espacio para registrar la existencia o no de un tiempo dedicado a actividades placenteras y trabajar la resignificación de los mismos.

Desarrollo

La planificación de las actividades en sala de espera fue realizada por mujeres trabajadoras de la residencia de Medicina General (RMG), Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS), Trabajo Social (TS), Terapia Ocupacional (TO), y la Lic. en Terapia Ocupacional de planta, que forman parte del equipo comunitario.

Como recurso, material y simbólico, creamos a "Sunilda", personificada y caracterizada a partir de una lata con cara de mu-

jer. En nuestro relato, Sunilda cobra la identidad de una mujer del barrio, con historias de vida y problemáticas similares a las que podrían tener cualquiera de las presentes. Antes de comenzar, dividimos roles de coordinación y registro entre las profesionales, los cuales se fueron alternando en los distintos encuentros. Para favorecer el dinamismo, escucha y registro de la actividad, se repartieron los siguientes roles: presentadora de Sunilda, escriba, coordinadoras de las preguntas y encargada del cierre. En un primer momento, presentamos a Sunilda quien dentro de su cabeza tiene pensamientos, reflexiones y deseos que hacen alusión al uso de su tiempo. Estos son traídos a la sala de espera para ser compartidos con las otras mujeres y así *alivianar* el peso que le generan en su cabeza. Una vez presentada Sunilda, se la hace circular por el espacio y se invita a las mujeres presentes a tomar un pensamiento de su cabeza, leerlo en voz alta y compartir su opinión. En esta instancia, algunas de las coordinadoras se encargan de hacer preguntas disparadoras que favorezcan el diálogo e intercambio entre las participantes; pudiendo utilizar como recurso comunicativo la repregunta, la invitación a aconsejar a Sunilda y/o continuar el relato de su historia. A modo de cierre, se refuerza el valor de poder hablar con otras mujeres sobre lo que nos pasa y sentimos, observando que, en tanto mujeres, muchos de nuestros espacios, tiempos y responsabilidades son similares. A partir de esto, se reparten papeles para que escriban sus pensamientos en relación a la temática trabajada. Por último, se explica el porqué de esta sala de espera y se sensibiliza acerca del paro de mujeres del 8M, invitando a todas las presentes a reflexionar acerca de qué sucedería si *parásemos* de hacer todas las actividades nombradas, para qué lo haríamos y cuáles serían sus consecuencias; convocándolas a participar de las diversas actividades que se llevarán a cabo hasta esta fecha. Para poder realizar una evaluación más profunda de la actividad, elaboramos una hoja de registro digital donde se volcaron las respuestas de las mujeres a los distintos pensamientos de Sunilda, el lenguaje corporal, gestualidad, las interacciones que se daban en simultáneo entre las mujeres, la disponibilidad para la escucha y los nuevos pensamientos que surgieron.

Resultados

Se realizaron un total de cinco salas de espera de treinta minutos de duración aproximadamente con una frecuencia semanal. En las mismas participaron un promedio de 23 mujeres, acompañadas por niñas y niños y, en algunas ocasiones, una minoría de varones adultos como observadores no participantes.

En el transcurrir de las distintas salas de espera, notamos que al comienzo de las mismas las mujeres se mostraban más tímidas a la hora de leer/ responder los pensamientos de Sunilda, demostrando interés y participando a través de un lengua-

je más corporal: asintiendo, sonriendo, murmurando. Una vez pasada esta instancia inicial, y a partir de las intervenciones de las coordinadoras en forma de repreguntas, pudo observarse una mayor disposición al habla e intercambio entre todas las presentes. Las respuestas que brindaron las mujeres participantes a los pensamientos de Sunilda, en general eran similares en cada experiencia en sala de espera. Para su análisis, los agrupamos en función de los siguientes ejes: falta de tiempo/cansancio³, autocuidado⁴, tiempo libre⁵ y tareas del hogar⁶. Así mismo, elegimos rescatar algunos ejemplos textuales que resultaron significativos a los fines de este escrito.

Con respecto a un primer eje en relación a la falta de tiempo y cansancio, las mujeres respondieron a tres pensamientos de Sunilda: “estoy muy cansada a veces siento que no puedo más”, “quisiera que el día tenga más horas” y “estoy agotada y todavía me falta hacer las cosas de la casa”. Muchas de ellas refirieron dificultad para dejar de realizar actividades de la casa y descansar; o en caso de hacerlo, irse a dormir preocupadas por los pendientes: “Si descanso las cosas pendientes hay que hacerlas igual después”. Asimismo, cuando se preguntó acerca de la posibilidad de delegar algunas tareas, las mujeres respondieron con silencio. Algunas comentaron que, de agregarle horas al día, las usarían para descansar, mientras que otras explicaban que preferían no hacerlo, dado que implicaría tener más cosas que hacer: “el trabajo nunca se termina” “Hay muchas mujeres que trabajan y además trabajan en casa. Entre las dos, no hay tiempo para descansar”.

En un segundo eje en relación al autocuidado de las mujeres, Sunilda expresaba “me duele el cuello hace dos semanas y no tuve tiempo de acercarme a la salita para controlarme”. La mayoría de las veces las mujeres se quedaban calladas ante este pensamiento, pero cuando se les preguntaba si esto les sucedía a ellas, asentían. Cuando indagamos acerca de cuántas de ellas concurrían para consultar por sí mismas, sólo una minoría levantó la mano. Con respecto al eje de tiempo libre, los pensamientos de Sunilda orientaban la reflexión acerca del deseo de tener tiempo para juntarse con amigas, realizar actividades que le resultaran placenteras y tener un tiempo sola. Ante esta última, todas las mujeres asienten, ninguna

3 “Incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación” (Ávila Álvarez et al., 2010, p. 11).

4 “Acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva” (Menéndez, 2003, p.199)

5 “Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo (...) no comprometido con ocupaciones obligatorias” (Ávila Álvarez et al., 2010, p. 12).

6 Comprende las tareas de establecimiento y gestión del hogar, preparación de la comida y la limpieza y compras (Ávila Álvarez et al., 2010, p. 11).

cuenta con tiempo libre: “Una como mujer se lo tiene que dar/hacer”. Varias de las presentes expresaron deseo de retomar actividades significativas y de tiempo libre, como clases de peluquería, dejadas de lado por “falta de tiempo” o “por el trabajo y los hijos”.

Referido a las tareas del hogar, Sunilda pensaba que le gustaría ver a su marido realizando todas las tareas que coordina ella cotidianamente. Las mujeres respondieron que esto sería imposible y se rieron. “Si no lo hago yo, no lo hace nadie”. “Si (el marido) hace todo se muere, se va. No hacen ni una cuarta parte de lo que hacemos nosotras”. Por otro lado, Sunilda expresaba preferencia por algunos quehaceres del hogar. Esto derivó en un debate acerca de las tareas o actividades que disfruta cada una y las que no y su posibilidad de delegarlas. Muchas coincidieron en la imposibilidad de hacerlo: “No me gusta planchar pero si no nadie lo hace”.

“Soy una mujer fuerte que siempre sale adelante”. Pensamiento que hemos decidido no encuadrar en ninguno de los ejes antes descriptos, dado su multiplicidad de lecturas, el valor y peso de sus significados. Este pensamiento hace referencia a las propias concepciones y percepciones asociadas al ser mujer. En relación a esto, observamos que la mayoría de las mujeres asociaba la fortaleza con la maternidad y el momento del parto: “Soy fuerte porque trabajo todo el tiempo para darle lo mejor a los chicos”. A partir de este último pensamiento, una de las participantes se dirigió directamente a Sunilda:

Le diría que es una mujer luchadora, ser ama de casa no es fácil porque los hombres las acusan de no hacer nada. Parece que no haces nada pero en realidad haces muchas cosas, buscar a los chicos al colegio, hacer la comida, nunca terminas de hacer las cosas.

Una de las dinámicas que surgió espontáneamente, gracias al contexto de sala de espera, fue la posibilidad de convocar la participación de las profesionales. Al momento de ellas anunciar los próximos turnos, la actividad era suspendida para favorecer la escucha de todas las presentes y se invitaba a las profesionales a responder a los pensamientos que iban surgiendo. Cuando le preguntamos a una de ellas qué haría si el día tuviera más horas, respondió que aprovecharía para dormir más y hacer actividad física. Otra fue convocada a responder qué haría el 8 de marzo y respondió: “Voy a dejar de hacer todo lo que se espera que haga, para mostrar cuánto vale mi trabajo”. Cabe destacar que a pesar de que en algunas ocasiones dentro del trabajo en salas de espera hubo una menor participación activa durante la dinámica, muchas mujeres se sumaron al segundo momento en el que se las invitaba a escribir sus pensamientos. En una lectura posterior, encontramos que la mayoría estaban relacionados con las temáticas abordadas previamente:

“Si sos madre o abuela no dejes pasar el tiempo para ocuparte de vos misma”; “Me gustaría que al menos un día los hombres

tomaran el lugar de una mujer”; “Cambiar de roles, basta de machismo”; “¿Por qué las mujeres tenemos que hacer todas las cosas de la casa?”; “Quisiera que me valoren más y me respeten”; “Dividirnos las tareas del hogar y tener un poquito de tiempo libre para salir sola”; “Quisiera que se respete el pensamiento de una mujer sin juzgar”; “Quisiera trabajar, pero no puedo por la familia”; “Quisiera estudiar y se me complica por trabajar la casa”.

Mientras que algunas mujeres escribieron sus pensamientos con respecto a su realidad, otras eligieron orientarlos como consejos o agradecimientos a Sunilda por haber compartido los suyos:

“Una ducha te puede sacar un poco el cansancio”; “Que disfrute cada minuto de la vida, que trate de despejarse por sus 6 hijos”; “Que busque ayuda en todo aquello que sienta que no puede sola”; “Que la gente entienda que la vida se vive una sola vez y que hay que disfrutarla. Gracias Su, de Estela”.

En el cierre de la actividad, se convocó a todas las presentes a reflexionar acerca de paro del 8M a partir de algunas preguntas: ¿nos animamos a parar de hacer todas estas cosas? ¿Por qué y para qué pararíamos de hacerlas? ¿Qué pasa si paramos de hacerlas por un día? La respuesta de una de las mujeres fue: “al otro día tendríamos que hacer el doble”.

Reflexiones finales

El objetivo del trabajo en sala de espera, protagonista de este escrito, fue promover la identificación, visibilización y reflexión entre mujeres sobre el uso de nuestro tiempo, buscando diferenciar entre el hacer elegido y aquel que nos es asignado por nuestro género. Consideramos que este objetivo pudo ser alcanzado gracias a varios factores. Por un lado, la incorporación de Sunilda como herramienta mediadora del diálogo entre las mujeres presentes, dio lugar a una mayor circulación de la palabra, en tanto las presentes podían elegir entre hablar de su propia experiencia, dirigirse a Sunilda, o tomar su lugar para evitar exposiciones no deseadas.

Por otro lado, el dispositivo de sala de espera en sí, facilitó que las coordinadoras participen en tanto moderadoras del diálogo. El rol de las mismas tomó importancia al habilitar la participación de las personas presentes, valorizando sus saberes y opiniones, para alcanzar una construcción de conocimiento conjunta (RIEPS, 2013). Esto pudo observarse particularmente en aquellas situaciones en las que las mujeres decidieron responder con el silencio. Aprendiendo a aceptarlo como una respuesta válida y significativa, las coordinadoras intentaron adaptar la dinámica a una que responda menos a sus expectativas/ sistema de creencias y más a lo que las mujeres elegían compartir con ellas. Asimismo, la sistematicidad de esta experiencia permitió que el proceso de evaluación de

la sala de espera pueda ser continua, pudiendo repensar las intervenciones, roles y dinámicas, posibilitando su enriquecimiento semana a semana. A partir de esto, se fueron tomando ciertos posicionamientos como equipo, tales como no promover la participación activa de los hombres en el debate y usar el plural como recurso estratégico para nombrarnos como colectivo al momento de dar nuestra opinión.

Resulta interesante entonces retomar las palabras de Guajardo (2011): “De esta manera ocupación, sujeto y movimiento van de la mano. Somos en el acto de ocuparnos”. En tanto mujeres, plantear los interrogantes que queríamos trabajar con las mujeres de la sala de espera, funcionó a modo de espejo demandando la necesidad de repensarlos en nosotras. Si bien el lugar de las profesionales dentro de la dinámica estaba enmarcado en el de mediadoras, encontramos que resultó difícil participar en la misma sin involucrarse.

Esta experiencia nos enfrentó con el hecho de que ser coordinadoras de este espacio no podía pensarse aislado del ser también protagonistas del mismo, en tanto mujeres que somos. Es en esta instancia donde el nombrarnos como colectivo nos llevó a tomar una identidad grupal tanto dentro como fuera del espacio de la sala de espera. Esta experiencia nos interpeló desde nuestro propio ser mujer implicando construcciones y deconstrucciones constantes. Sunilda se transformó en cada experiencia de sala de espera, sumó voces, silencios, pensamientos, consejos y acompañamientos. Nosotras, como mujeres, fuimos atravesadas por cada una de ellas, permitiéndonos vivenciar aquello que uno siente cuando habla de sororidad. Es así como el llevar a cabo esta experiencia en sala de espera para el día internacional de la mujer trabajadora, resignificó nuestra identidad de trabajadoras, nuestro ser mujer. Un *ser mujer* individual que implica -siempre- un *ser mujer* colectivo.

Agradecimientos: A las compañeras de la Comisión 8M del Equipo Comunitario, coprotagonistas de esta experiencia. ■

[Recibido: 06/08/18 - Aprobado: 11/11/18]

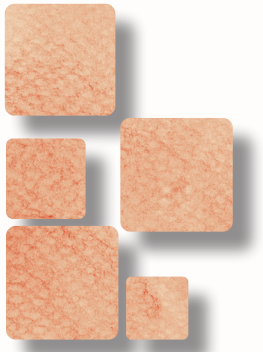
Referencias bibliográficas

Aguirre, R. (2008). Las familias y el sistema de salud desde la perspectiva de género. En C. Fassler (coord.), *Políticas de salud y cuidados. Una mirada desde el género* (49-83). Montevideo, Uruguay: Trilce. Recuperado de http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/664_.pdf.

- Aspiazu, E. y Seltzer, S. (2011). El uso del tiempo desde una perspectiva de género. Encuesta a Varones y mujeres de una ONG de Mar del Plata. *Faces*, 17 (36-37), 33-48.
- Ávila Álvarez A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez B. y Talavera Valverde, M.A. (2010). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed).
- Benería, L. (2006). Trabajo productivo/ reproductivo, pobreza y políticas de conciliación. *Nómadas*, (24), 8-21.
- Borgeaud Garcandía, N. (2011). La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral. En 10º Congreso de la Asociación Argentina de Especialistas de Estudios de Trabajo, Buenos Aires, Argentina.
- Calero, A., Dellavalle R. y Zanino C. (2015). Uso del Tiempo y Economía del Cuidado. Documento de trabajo N°9. Secretaría de Política Económica y Planificación del desarrollo. Recuperado de: https://www.economia.gob.ar/peconomica/basehome/DT_09_uso-del-tiempo_03.pdf.
- Carrasquer, P., Torns, T., Tejero, E. y Romero, A. (1998). E trabajo reproductivo. *Papers*, (55), 95-114. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n55/02102862n55p95.pdf>.
- Davagnino, R., Díaz Uyuquipa, N. R., Gayoso, M., Maltz, T. Y., Porta, R. A., Quisbert, K.,...& Vilella Weisz, C., (2017) Lo que subyace, ASIS Las Palomas - 26 de junio. En A. Alasino (Presidencia), 32º Congreso de Medicina General. Congreso llevado a cabo en Mar del Plata, Argentina. Recuperado de: <http://www.famg.org.ar/index.php/trabajos-de-investigacion/file/360-2017-mencion-compartida-32-lo-que-subyace>
- Delfino, A., Herzfeld, C., Arrillaga, H. (2015). Trabajo doméstico no remunerado y uso del tiempo en la provincia de Santa Fe: Una caracterización hacia 2013. *Revista de estudios regionales y mercado de trabajo* (11), 35-57. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7704/pr.7704.pdf.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda GCA-BA. (2017). Encuesta sobre Uso del Tiempo en la Ciudad de Buenos Aires UT-CABA 2016. Objetivos, marco conceptual y aspectos metodológicos. Recuperado de: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2017/10/UT_CABA_2017.pdf
- Femenías M. L. y Soza Rossi P. (2012). La esperanza de Pandora: del tiempo de los filósofos al tiempo de las mujeres. En Domínguez Mon, A.M., Mendes Diz, P., Schwarz y M. Camejo (Ed.), *Usos del tiempo, temporalidades y géneros en contextos* (pp.183-199). Buenos Aires, Argentina: Editorial Antropofagia.
- Guajardo Córdoba, A. (2011). Prólogo. En Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana (Ed.), *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente* (13-19). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Guajardo Córdoba, A. (2011). Introducción. En Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana (Ed.), *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente* (21-26). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Julve Negro, M. (2006). Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. *Acciones e Investigaciones Sociales* (22), 1-20.
- Menéndez E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (1), 185-207.
- Qué es ni una menos (s.f.). *Ni Una Menos*. Buenos Aires, Argentina: GriSan. Recuperado de <http://niunamenos.com.ar>
- Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud - RIEPS (2013). *Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud: Reflexiones en torno a la práctica*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Sanz Victoria, S. (2016). Pasos hacia una terapia ocupacional de base comunitaria. Una aproximación conceptual al enfoque comunitario de la disciplina. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S.M. Galheigo, S. García Ruiz (Ed.), *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 225-243). Santiago de Chile, Chile: Editorial USACH.
- Simó Algado S. (2016). Una definición de Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. En S. Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Corrêa Oliver, S.M. Galheigo, S. García Ruiz (Ed.), *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 173-188). Santiago de Chile, Chile: Editorial USACH.
- Soza Rossi, P. V. (2016). La violencia de la desvalorización del trabajo doméstico y de cuidado. Aportes a su visibilidad. En I. Colanzi, M. L. Femenías y V. Seoane (Ed.), *Violencia contra las mujeres: la subversión de los discursos* (180-202). Rosario, Argentina: Prohistoria Ediciones.

Cómo citar este artículo:

Bavaud, M. A., Chaker, J. M., Lobo Herrera, J. y Maltz, T. Y. (2018). ¿Cómo ocupamos las mujeres nuestro tiempo? Una experiencia en sala de espera. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2) 2-12.



Sujetos inesperados... ¿hasta cuándo? Acerca de un caso clínico

Unexpected subjects... until when? About a clinical case.

Luciana Di Mare Durán | Juliana Presa

Luciana Di Mare Durán

Licenciada en Trabajo Social. Residente de Trabajo Social del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

lucianadimareduran@gmail.com

Juliana Presa

Licenciada en Terapia Ocupacional. Residente de Terapia Ocupacional del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

presa.juliana@gmail.com

Resumen

El presente trabajo se configura en el marco de la residencia de Trabajo Social (TS) y Terapia Ocupacional (TO) de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas del GCBA, e intenta reflexionar acerca del alojamiento subjetivo y la accesibilidad a la salud a través de un caso de padecimiento mental y consumo problemático de sustancias. A su vez, expone algunas directrices de trabajo y abre el diálogo en relación a las posibilidades de accionar que tenemos los profesionales de la salud en formación dentro de la situación institucional, siendo ésta reflejo de procesos políticos, sociales, culturales y económicos de nuestro país.

Palabras clave: salud mental, acogimiento, accesibilidad a servicios de salud, servicio social, Terapia Ocupacional.

Abstract

This work is configured within the framework of Social Work (TS) and Occupational Therapy (OT) residence of a Psychiatric Emergency Hospital of the Government of the City of Buenos Aires (GCBA), and attempts to reflect subjective placement and accessibility to health through a case of mental illness and problematic substance use. At the same time, possible work guidelines are exposed and open the dialogue in relation to the possibilities of action that health professionals in training have, within the institutional situation, being this a reflection of political, social, cultural and economic processes of our country.

Key words: mental health, user embracement, health service accessibility, social work, occupational therapy.

Introducción

El presente escrito interdisciplinario pretende compartir una experiencia desde la inserción en las entrevistas de admisión de Consultorios Externos llevadas a cabo por los residentes de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas del GCBA.

Dentro de este trabajo se realizará una aproximación a algunos interrogantes que surgen a partir de una viñeta clínica, la cual permitió repensar y dar cuenta de las trayectorias institucionales de los pacientes con padecimientos de salud mental y consumo problemático de sustancias. Asimismo, la elección del caso seleccionado posibilita comprender la situación institucional como reflejo de procesos políticos, sociales, culturales y económicos de nuestro país.

Esta viñeta clínica se desprende de una entrevista de admisión a un tratamiento de tipo ambulatorio en consultorios externos que realiza un equipo interdisciplinario (compuesto por dos residentes de Psiquiatría, dos residentes de Psicología, una residente de Trabajo Social y una residente de Terapia Ocupacional). Esta se efectúa en un hospital monovalente especializado en salud mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que cuenta con los siguientes criterios de admisión: pacientes entre 16 y 65 años de edad en un momento agudo de un padecimiento mental. Cabe mencionar que la interpretación de lo que implica un “momento agudo de un padecimiento mental” queda sujeto a cada equipo admisor al momento de la entrevista.

Asimismo, la modalidad de admisión también varía según el equipo, ya sea por la cantidad de profesionales que participan, las disciplinas que se incluyen, el número de entrevistas y el pedido de acompañamiento de un referente afectivo según la particularidad de la situación. Si bien desde la residencia se promueve que los equipos admisores cuenten con un profesional de cada disciplina, esto no es posible en todos los casos dado que el número de residentes de Trabajo Social y de Terapia Ocupacional es menor en proporción al del resto de las disciplinas. Esto motiva a que luego de la entrevista se destine un momento al encuentro de todos los equipos vinculados con la admisión a fin de pensar en conjunto la pertinencia del paciente en el dispositivo y, de ser admitido, los espacios terapéuticos que se incluirán en el tratamiento.

Desarrollo

Entrevista de admisión

Mariano¹ tiene 20 años concurre con su madre a la entrevista de admisión en un hospital monovalente especializado en salud mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, derivado de la guardia de un hospital general de zona

1 Por motivos de confidencialidad del paciente se utilizó un nombre ficticio para el presente trabajo, a fin de que no pueda ser identificado su titular.

sur de dicha ciudad y tras tres meses de haber mantenido controles por guardia. Como motivo de consulta se presenta sintomatología ansiosa caracterizada por taquicardia, sudor frío, puntadas en el corazón, sensación de muerte inminente y “sentir olores” similares a pintura de auto o taller mecánico. El paciente ubica los inicios de esta sintomatología coincidentemente con el nacimiento de su hija y con la muerte de un amigo. Asimismo refiere intento de suicidio (por ahorcamiento), una semana antes de la entrevista, en contexto de consumo de pasta base y de discusión con su madre.

El paciente describe como antecedentes de salud haber tenido una convulsión febril a los 5 años la cual motiva un tratamiento neurológico en un hospital infanto juvenil especializado en salud mental, donde fue medicado con fenobarbital. Mariano refiere que a sus 6 años se lo diagnostica con un trastorno de déficit de atención con hiperactividad por lo cual recibe tratamiento farmacológico hasta los 14 años de edad. La madre del paciente, explica que desde los 6 años hasta los 11 años fue medicado con tioridazina, de los 11 a los 14 años con metilfenidato y posteriormente con risperidona. Además agrega que no cuenta con cierta documentación respaldatoria de los tratamientos que realizó Mariano con anterioridad por haber perdido todo a causa de un incendio en su vivienda hace aproximadamente 3 años atrás. Al momento de la entrevista niega haber tenido enfermedades clínicas de relevancia dentro de los últimos seis años.

En cuanto a los antecedentes personales, Mariano refiere convivir con su madre, padrastro y 3 hermanos varones. Indica que a sus 16 años se entera que su padre biológico no es la pareja de su madre, en palabras del paciente: *“Me mintieron toda la vida, el chabón que creía que era mi viejo nada que ver. Resulta que mi papá era un re mal tipo, pero también mi padrastro siempre me trato mal.”*

El paciente manifiesta dificultades en la convivencia relacionadas con discusiones recurrentes en donde identifica que constantemente se le recrimina su relación con el consumo problemático de sustancias y el no poder hacerse cargo de su hija. Durante la entrevista narra este entorno que lo angustia e identifica que se siente impedido de vivir con su pareja y su hija por la situación de consumo y el padecimiento que lo aqueja.

Actualmente se encuentra desempleado, se desempeña en trabajo informal como vendedor ambulante, el cual se desarrolla con dificultades debido a la situación sintomática. Comenta que anteriormente ha trabajado de repartidor y de albañil.

Mariano menciona no haber concluido sus estudios secundarios (realizó hasta 7mo grado inclusive). Relata que tenía mala conducta y que fue expulsado de la institución tras golpear a un profesor. Asimismo indica que desde los 14 años no ha po-

dido reinsertarse en el sistema educativo por falta de asignación de una maestra integradora que la institución educativa planteaba como requisito para su concurrencia.

La edad de desafiliación del sistema educativo coincide, según manifiesta el paciente, con los inicios de consumo de sustancias como marihuana, cocaína, pasta base y alcohol. Define el contexto de consumo en sus inicios y al momento actual emparentado con un grupo de amigos entre dos y tres años más grandes que él, con quienes se junta dentro de su barrio de pertenencia.

El paciente fue internado cuatro veces en “granjas comunitarias” de rehabilitación por consumo problemático de sustancias, de forma involuntaria obligado por su madre y dice haberse escapado de las mismas para consumir, tras periodos de abstinencia.

En cuanto al examen psiquiátrico al momento de la entrevista de admisión el paciente se encuentra vigil, globalmente orientado, algo desaliñado, colaborador activo con la entrevista. Euproséxico. Eumnésico. Eubúlico. Refiere dificultad para realizar sus actividades diarias, aunque continúa concurriendo a su trabajo. Timia displacentera en relación a su sintomatología ansiosa y a volver a recaer en el consumo. Pensamiento rítmico, fluido y coherente. No despliega ideación delirante. Niega idea de muerte, suicidio y auto/heteroagresión. Niega y no se objetivan alteraciones sensorio-perceptivas. Sin signos de impulsividad contenida. Sueño conservado. Hiperemia. La madre refiere disminución de peso en los últimos meses.

Luego de la entrevista de admisión se le manifiesta al paciente que iniciará tratamiento dentro del dispositivo de consultorios externos del hospital y se realizará la apertura de los espacios de Psiquiatría, Psicología (con profesionales de planta de Consultorios Externos de la mañana), de Terapia Ocupacional y la posibilidad de articulación con Trabajo Social desde Residencia. La particularidad de esta entrevista radica en que la atención del paciente estaría a cargo de un equipo mixto compuesto por profesionales de cargo permanente (psiquiatra y un psicólogo) y por residentes (Trabajo Social y Terapia Ocupacional). Se le proporciona los turnos correspondientes dentro de la misma semana para la primera entrevista, continuando con igual plan farmacológico al indicado anteriormente por guardia. Se elabora un diagnóstico interdisciplinario en el cual se especifica que el paciente posee un trastorno por consumo de sustancias/trastorno por ataques de pánico con posible relación de base orgánica, asimismo se evalúa la situación de vulnerabilidad socio-económica y habitacional y escasa red de contención socio-familiar e institucional a lo largo de su trayectoria de vida y la importancia de trabajar aspectos en materia de roles que desempeña y organizacionales de su cotidianidad.

El paciente no se presenta en el primer turno con los profesionales tratantes correspondientes, por lo que el equipo de

Psiquiatría y Psicología realiza una interconsulta con la Licenciada en Terapia Ocupacional, presente en la entrevista de admisión, a fin de comunicarle que el paciente será derivado a otro dispositivo de salud. En este marco se resuelve realizar orientación a un hospital que cuente con una división de toxicología, procediendo al cierre de la historia clínica.

A partir de ello se establece comunicación telefónica con el paciente quien refiere “no haber concurrido al turno por haberse quedado dormido”. Se lo orienta en relación a la admisión y a la posibilidad de concurrir al servicio de Toxicología de un hospital de zona norte del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se brindan pautas de alarma recordándole la posibilidad de concurrir a la guardia en caso necesario.

Acerca de las posibles intervenciones y problematización de las mismas.

A partir de la entrevista de admisión, habíamos consensuado como parte del tratamiento la apertura del espacio de Terapia Ocupacional y de Trabajo Social. En este marco se había pensado realizar estrategias conjuntas entre ambos espacios en torno a la trayectoria de Mariano: la reconstrucción de sus redes de apoyo, los roles que ha desempeñado a lo largo de su vida y los actuales y pensando como líneas de acciones futuras introducir la posibilidad de la finalización de sus estudios secundarios o la inserción en espacios de formación y/o capacitación laboral.

Al pensar en un tratamiento posible para Mariano, en primer lugar nos posicionamos en lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual refiere que la atención de personas con consumo problemático debe realizarse en el marco de la atención de salud mental integral, de manera individualizada, en relación al sujeto y su situación de salud, buscando comprender las condiciones sociales y culturales que determinan su padecimiento subjetivo. En consonancia con la ley, situamos el abordaje desde una perspectiva de reducción de riesgos que “si el umbral de exigencia resultara muy elevado anularíamos la posibilidad de alojar al paciente” (Goldestein & Bordoni, 2015, p.45). De esta manera, la abstinencia no es una condición necesaria para el inicio de un tratamiento, pensando que el cese del consumo pueda ser un objetivo a alcanzar cuando caiga la funcionalidad de la sustancia para ese sujeto.

Teniendo en cuenta que frecuentemente se trata de personas que vienen de ser rechazados en diferentes servicios y que son derivados a otros lugares de atención, en un primer momento los profesionales intentarán toda maniobra para alojar a quien consulta tal como se presenta, “se trata de ofrecerle un Otro dispuesto y disponible” (Kameniecki, Kobilaner, Laner, Pérez Barboza & Zubuczynski, 2009, p. 13). Este alojamiento ha de tener una lectura en clave subjetiva de la situación problema

que amplíe las variables en las que se desarrolla el mismo, donde se presentan las sustancias, los sujetos y los contextos en el cual se despliegan las singularidades subjetivas (Paveto, 2010), tratando de ofertar un tratamiento posible y singular. Al repensar la trayectoria de exclusión y marginalidad de Mariano, y en el marco de cierre de su historia clínica en el hospital donde nos desempeñamos ¿cómo se podría pensar en un alojamiento subjetivo en este tipo de situaciones?, ¿qué posibilidades reales hay de alojamiento de problemáticas tan complejas en hospitales monovalentes?, ¿es este hospital también es inaccesible?, ¿acaso no brindarle tratamiento no es un incumplimiento del art.4 de la Ley Nacional 26.657?

Para empezar a pensar en el abordaje de Terapia Ocupacional en este caso cito a Da Rocha Medeiros:

Para la terapia ocupacional, la finalidad del uso de actividades debe ser posibilitar que el hombre se apropie de su vida de manera satisfactoria en sus diferentes campos de actuación (...) viviendo su tiempo y lugar en busca de la realización de sus deseos. (2008, p. 78)

En el caso de personas con consumo problemático, la sustancia suprime las demás áreas, intereses y funciones instalándose de manera hegemónica, como aquel objeto exclusivo y excluyente que se convierte en el eje de la vida del sujeto (Goldestein & Bordoni, 2015). El trabajo estará entonces en brindar un espacio para que pueda reconocer (o reapropiarse) de actividades que fueron/son significativas y que fueron interrumpidas o modificadas por el consumo. Asimismo, podría pensarse en intervenciones que favorezcan el establecimiento de hábitos y rutinas saludables, así como actividades de autocuidado.

Mariano presenta una historia de exclusión y discontinuidad en el desempeño de actividades en variadas áreas ocupacionales, más específicamente la educación y el trabajo, asimismo se presenta en un momento complejo para la adquisición de roles (de padre, de trabajador) que le exigen y esperan de él, dejándolo nuevamente en una posición de “no poder cumplir”. El reposicionamiento que se genera por la posibilidad de reconocer intereses propios en los cuales identificarse alejándose de la identidad de adicto para generar una nueva identidad ocupacional (Goldestein & Bordoni, 2015), brindaría la oportunidad de la asunción y reasunción de roles estableciéndose una rutina y hábitos distintos a los de su grupo de consumo.

La Terapia Ocupacional podría acompañarlo en el armado de un proyecto de vida singular, que considere tanto sus intereses y dificultades en las actividades que le son significativas, así como su historia ocupacional. Pensando que:

La actividad se presenta como un espacio de encuentro con otro, de interacción con personas y objetos. Esa interacción le implica al sujeto una demanda, en contraposi-

ción a lo que ocurre cuando consume: la sustancia no le hace preguntas, no lo interpela, está allí lista para producir su efecto. (Goldestein & Bordoni, 2015, p.45)

En cuanto al espacio de Trabajo Social se había evaluado la posibilidad de comenzar a acompañar los procesos que se iban a abordar desde la disciplina de Terapia Ocupacional, a partir de la reconstrucción de la historia de vida del paciente y su trayectoria institucional. Esta línea de intervención se relaciona con un posicionamiento ético-político que comprende al consumo problemático de sustancias dentro del contexto histórico, social, cultural, económico en el cual emergen y se presentan las posibilidades de consumo, adquiriendo distintas características. En palabras de Lewkowicz (citado en Falk, 2011) el sujeto con consumo problemático de sustancia “(...) es una figura socialmente instituida, como un tipo subjetivo reconocible universalmente, ya que se constituye como subjetividad a partir de la lógica social”, es decir que las prácticas sociales están relacionadas íntimamente con la constitución de una subjetividad. Agregamos a esto las palabras de Goldestein y Bordoni (2015) “La práctica del toxicómano es la paradigmática de nuestra época el desarraigo, la soledad, la ruptura, la fragmentación de lazos y redes sociales, la falta de contención y de pertenencia.”

Lo desarrollado hasta el momento permite reflexionar sobre la relación que existe entre el consumo de sustancias de Mariano y su trayectoria de vida. Esta desafiliación del ámbito escolar y conocer a su padre biológico fueron momentos que el paciente marcó como bisagras al inicio de la entrevista de admisión. Otros hitos importantes que manifestó Mariano se relacionan con las cuatro internaciones en Comunidades Terapéuticas, tratamientos que fueron abandonados por el paciente haciendo referencia a que vivió situaciones de maltrato y el crecimiento de los conflictos intra-familiares. Por último describe dos situaciones recientes, el fallecimiento de su amigo y el nacimiento de su hija, de quién asegura querer hacerse cargo pero “que nadie lo cree capaz”, a lo que su madre agrega “yo le dije que si él no hace bien las cosas, otro se va a convertir en el padre de su hija”.

En este sentido, desde una perspectiva de intervención en lo social se problematiza y reflexiona sobre los espacios de socialización de Mariano a partir de la historización reconstruida en la primera entrevista, en donde se observó el lugar que han ocupado las instituciones de la comunidad en relación a la falta de contención y estrategias, y, asimismo, la inexistencia de dispositivos y de flexibilidad en los mismos para alojar al joven. En otras palabras, la primera institución estatal que lo estigmatiza es la escuela, luego la familia recurre al ámbito del tercer sector permitiendo el ingreso a distintas Comunidades Terapéuticas con regímenes abstencionistas de consumo. Esto permite arribar a la conclusión de que dispositivos territoriales no lo han alojado y devela la inaccesibilidad, en

términos de Comes y Stolkiner (2007), que existe para muchos sujetos a los servicios de salud.

Se abre un abanico de preguntas, tales como: ¿en qué momento estuvo presente el sistema de salud?, ¿la falta de dispositivos territoriales generan que un joven tenga que concurrir a hospital de emergencias psiquiátricas?, ¿el tratamiento en el hospital hubiera permitido trabajar desde la reducción de riesgos y daño?, ¿cómo nos interpela como profesionales los pacientes en situaciones de consumo problemático?, ¿este tipo de pacientes siguen siendo considerados como lo que Carballeda (2008) denomina sujetos inesperados?

Conclusiones

Entendemos que la inserción en las entrevistas de admisión interdisciplinarias de residencia permite la reflexión y observación de las distintas disciplinas sobre lo manifestado en ese momento. Esta escucha en conjunto y, al mismo tiempo, especializada facilita poder comprender al paciente de manera integral, en este sentido la escucha de los profesionales que nos encontramos realizando la residencia coincidimos en que desde la institución debería garantizar un tratamiento interdisciplinario e integral.

La mirada compartida por el equipo adisor se encontraba íntimamente relacionada con la comprensión de la trayectoria de Mariano por las distintas instituciones y su pedido de alojamiento e inicio de un tratamiento. Teniendo en cuenta que cuando “aumenta la distancia entre los consumidores y los potenciales recursos de salud pública con el riesgo de ampliar los estados de marginalidad de los consumidores encerrándolos en grupos de iguales y alejándolos de las redes sociales normalizadoras” (Baulenas, Borrás & Magrí, 1998).

Entendemos que desde el equipo intentamos, ante la inexistencia de dispositivos territoriales que permitan un nivel de atención progresivo de la salud, generar las instancias de disponibilidad y accesibilidad a la salud pública. Esta perspectiva que tomamos como residentes apostó a interpelar algunas de las normas establecidas dentro del Hospital, a través de la reflexión y convocarnos a desnaturalizar las situaciones de consumo problemático, contextualizando e historizando la vida del otro, a partir de comprender la desafiliación social y las consecuencias de la estigmatización de los jóvenes.

Para finalizar tomamos las palabras de Sandra Galheigo (1999), “trabajar con sujetos en situación de vulnerabilidad

implica abordar vidas cotidianas en un entramado de redes frágiles para fortalecer y empoderar las capacidades tanto individuales como colectivas”. (Citado en Goldestein & Bordoni, 2015, p.44) ●

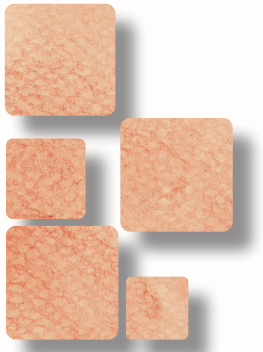
[Recibido: 6/08/18 - Aprobado: 27/11/18]

Referencias Bibliográficas

- Baulenas, G., Borrás, T. y Magrí, N. (1998). *Políticas e intervenciones de reducción de riesgo*. Barcelona: Grup Igia.
- Carballeda, A. (2008). La intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Revista Margen Edición N° 4* en línea: <https://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Facultad de Psicología (UBA) Anuario de Investigaciones, XIV*, 201-209.
- Da Rocha Medeiros, M. H. (2012). *Terapia Ocupacional: Un enfoque epistemológico y social*. 1° ed. Santa Fe: Ediciones UNL.
- Falk, F. (2011). Adiciones: rupturas de las instituciones. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.
- Goldestein, B. y Bordoni, M. F. (2015). Conferencia: El sujeto y el consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 1* (1) 39-46. Recuperado de <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/descargas/conferencia.pdf>
- Kameniecki M., Kobilaner D., Laner L., Pérez Barboza H. y Zubuczynski G. (2009). *Consumos Problemáticos. Encuentros con presentaciones de casos clínicos: un trabajo en curso*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, 3 de Diciembre de 2010.
- Paveto, R. (2010). Breves cuestiones sobre las políticas de drogas y las estrategias de reducción de daños y riesgos aplicada en materia de adicciones. En Torres, Sergio y Marrazo L e Iglesias D. (compiladores) *Paco, una década después... estructura de un problema y compilación normativa* (pp.145-151). Editorial EDIAR, Buenos Aires.

Cómo citar este artículo:

Di Mare Durán, L. y Presa, J. (2018). Sujetos inesperados... ¿hasta cuándo? Acerca de un caso clínico. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 4* (2) 13-17.



Taller: Personas que Cuidan, Personas que Cuidar

Workshop: "People who care, People to take care of"

Rocía Colazo | Catalina Indavere

Rocía Colazo

Licenciada en Terapia Ocupacional. Actualmente realizando la Residencia Pos-básica Interdisciplinaria en Gerontología en el Hospital General de Agudos Carlos Durand. Ex-residente y Jefa de residentes de la Residencia de Terapia Ocupacional con base en el Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca (G.C.A.B.A).

colazorocio@hotmail.com

Catalina Indavere

Licenciada en Terapia Ocupacional. Terapeuta de planta del servicio de Recreación y Deportes del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca. Ex Residente y Jefa de residentes de dicho Hospital (G.C.A.B.A).

catalinaindavere@hotmail.com

Resumen

El siguiente trabajo tiene como objetivo presentar el taller llamado "Personas que cuidan, personas que cuidar", llevado a cabo por profesionales de distintas disciplinas de un Hospital de Rehabilitación Física del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), desde el año 2012. El mismo, está destinado a cuidadores primarios de los pacientes que allí asisten. Dicho espacio se crea con el objetivo de prevenir la sobrecarga de los cuidadores a través de encuentros quincenales que tienen como fin último el cuidado de su salud. Se observó a lo largo de los diferentes encuentros, el establecimiento de redes entre pares y al mismo tiempo entre cuidadores y profesionales. La mayoría de los participantes, resaltaron la importancia de las mismas ya que promovieron un mayor apoyo social durante la instancia hospitalaria, favorecieron la comunicación y propiciaron la colaboración conjunta. Además refirieron que el espacio les permitió expresar sus sentimientos e inquietudes y tomarse tiempo para ellos mismos.

Palabras clave: sobrecarga del cuidador primario, Terapia Ocupacional, Hospital de Rehabilitación Física.

Abstract

The aim of this article is to present the workshop "People who care, People to take care of". Since 2012, the workshop is carried out by professionals from different disciplines in a Physical Rehabilitation Hospital in Buenos Aires city. It consists of every two weeks meetings destined to primary hospital patient caregivers. The ultimate goal is to prevent the Primary Caregiver Burden, and promote health care.

Throughout the experience, we observed closer connection among caregivers that promoted social support during the hospital instance. We detected an improvement in communication that propitiated collaboration among caregivers and between caregivers and professionals too. Most of the participants recognized that the experience helped them to express their feelings and concerns about the situation and highlighted the importance of taking time for themselves as a health self-care.

Key words: primary caregiver burden, Occupational Therapy, Physical Rehabilitation Hospital.

Introducción

Contexto de intervención

El Hospital Manuel Rocca es un hospital monovalente de rehabilitación física. A través de las modalidades de internación, hospital de día y consultorios externos brinda atención integral a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores que presentan algún tipo de discapacidad motora, neurológica y/o sensorial. Las patologías atendidas con mayor frecuencia son lesiones del sistema nervioso central, traumatismo encéfalo craneano, accidente cerebro vascular, lesión medular y lesiones del sistema nervioso periférico, entre otras.

A lo largo del tiempo, desde distintos servicios del hospital se brindaron diferentes propuestas de encuentro para los cuidadores de pacientes; éstas consistían principalmente en reuniones informativas y/o educativas sobre determinadas intervenciones de cada disciplina, en relación directa a los cuidados de pacientes. La periodicidad y duración de dichos encuentros variaban de acuerdo a la demanda y/o a la necesidad del profesional de transmitir algún tipo de información específica. Sin embargo, varios profesionales coincidíamos en la necesidad de trabajar con cuidadores, considerados como sujetos de intervención, abordando sus inquietudes y preocupaciones de forma constante e interdisciplinaria y considerando de gran importancia prevenir el riesgo de sobrecarga.

En el año 2012, luego de una búsqueda de bibliografía acerca de la temática, comenzamos a reunirnos para la planificación de un taller transdisciplinario destinado a cuidadores de pacientes, el cuál desde el comienzo y hasta la actualidad lleva el nombre *Personas que cuidan, personas que cuidar*.

Descripción de la población

La Organización Mundial de la Salud definió al *cuidador primario*¹ como:

La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta. (Rossi Díaz-Benítez & Rodríguez Martínez, 2014, p.7)

El taller está destinado a cuidadores primarios de pacientes del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca que se encuentran realizando tratamiento en los dispositivos de Internación y de Hospital de Día. La recolección de los datos para caracterizar la muestra se obtuvo de las crónicas realizadas en cada

1 En este trabajo se tomará la definición conceptual de *Cuidador Primario* en género gramatical masculino planteada por OMS (Organización Mundial de la Salud), pero durante el desarrollo del mismo se nombrará a las personas en género gramatical femenino como "cuidadoras primarias", ya que la mayoría de quienes participan de la experiencia son mujeres.

encuentro- donde se lleva a cabo un registro de los participantes, del vínculo con la persona a quien cuidan, las tareas que realizan, la presencia o no de más cuidadores, etc. Asimismo, otros datos de interés pudieron ser obtenidos de las historias clínicas. Se tomaron los resguardos éticos en base a los principios de la declaración de Helsinki (1964) para resguardar la privacidad y la confidencialidad de los datos de identificación.

Se pudo determinar que quienes participaron del taller, en su mayoría son mujeres (madres, esposas o hermanas), mayores a 55 años, con un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, y que residen en Gran Buenos Aires. El tiempo que pasan al cuidado del paciente se dedican principalmente a las actividades de alimentación, higiene mayor y menor, vestido e intercambio de información (pedido y recepción) con los profesionales. En la mayoría de los casos es una única persona la encargada de los cuidados del paciente.

Esto se encuentra en correlación con la literatura consultada, donde se afirma que son las mujeres las que generalmente asumen las tareas de cuidado, casi de forma exclusiva (Gherardi, Pautassi & Zibecchi, 2012). Cabe señalar que a la cuestión de género se le suma también la edad. Según refiere Natalia Luxardo (2008), las mujeres de más edad cronológica sienten mayor responsabilidad en realizar las tareas de cuidado, es decir, se encuentra más internalizada la cuestión de "la ética del cuidado". En muchas ocasiones, se vive como un "proceso natural", una obligación por tratarse de un familiar, a pesar de las dificultades que se le puedan presentar en su vida diaria y en la postergación de proyectos personales (2008, s/p).

Objetivos

El objetivo principal del espacio es prevenir la sobrecarga del cuidador, entendiendo a ésta, de acuerdo a Freudenberguer (1974), como:

Agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionada con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación. (Citado en Zambrano Cruz & Ceballos Cardona, 2007, p.27-28)

A su vez, el taller busca brindar un espacio de seguridad y confianza donde las cuidadoras puedan expresar sus vivencias y sentimientos, promover el intercambio de experiencias y de recursos entre las participantes, facilitar la comunicación entre cuidadoras y profesionales y vehicular inquietudes y necesidades en relación al cuidado del paciente.

Metodología del taller

Actualmente los encuentros se realizan con frecuencia quincenal, el primer y tercer miércoles de cada mes durante todo el

año en el sector de Recreación y deportes del hospital, ya que sus dimensiones y disposición facilitan la actividad grupal. La duración de los encuentros es de 2 horas aproximadamente, son de asistencia voluntaria y de carácter abierto. Este último aspecto se refiere, específicamente, a que las participantes pueden asistir en cualquier momento del año, la cantidad de veces que deseen, puedan o necesiten. Los encuentros están orientados al intercambio de experiencias entre las participantes que se encuentran atravesando situaciones similares, así como también a la construcción conjunta, por parte del profesional y la cuidadora, de diferentes estrategias de afrontamiento. Por otro lado, se promueve el empoderamiento de las participantes con el fin de que busquen y obtengan recursos que les permitan resolver problemas y tomar decisiones.

La planificación de los encuentros se realiza en reuniones de equipo quincenales y se desarrollan en función a las necesidades que surgen en el grupo de cuidadoras durante el encuentro anterior. El seguimiento de las demandas de las participantes se realiza a través de crónicas escritas que realiza un profesional en cada encuentro, con previa anticipación al grupo. Las mismas circulan entre los integrantes del equipo por medios digitales e impresiones que se guardan en una carpeta para facilitar el acceso.

Cada encuentro consta de tres partes bien diferenciadas:

- *La apertura*, dónde se presenta la modalidad y los objetivos del taller para aquellas personas que asisten por primera vez. En general se fomenta que una de las participantes pueda contar de qué se tratan los encuentros. Luego se realiza una dinámica de presentación dónde cada participante debe decir su nombre junto con la realización de alguna consigna planteada por los profesionales en relación a la temática del día.
- *El desarrollo*, donde se lleva a cabo la dinámica preparada para el día, la cual responde a objetivos específicos planificados a partir de emergentes surgidos en encuentros previos. Se realizan diversas actividades las cuales podrían clasificarse en:

Actividades lúdicas como fin en sí mismas, con objetivo de promover sensaciones placenteras y propiciar momentos de encuentro.

Actividades para favorecer la expresión y el desarrollo de la creatividad: técnicas de expresión corporal, de psicodrama, grafo-plásticas, de expresión verbal, musicoterapia, danzas circulares, entre otras.

Actividades para promover la introspección y tomar contacto con la esencia personal: implementación de técnicas de meditación/atención plena, detección de fortalezas y debilidades propias en el rol, identificación de acciones implementadas para el cuidado de una misma.

Actividades para favorecer el desarrollo de relaciones interpersonales sobre un vínculo de confianza y colaboración

con pares, con la persona que cuidan y con profesionales del equipo interviniente: juegos en equipo, actividades grupales, momentos de intercambio, expresión de sentimientos en relación la situación particular que atraviesan.

Actividades para favorecer la resolución de problemas y la implementación de estrategias de cuidado de sí, dentro y fuera del ámbito hospitalario: desarrollo de distintas estrategias sobre manejo del estrés y cuidado de sí mismas, presentación de situaciones problemáticas de la vida cotidiana, implementación de pequeños objetivos en relación al cuidado que van desarrollando a lo largo de los encuentros.

- Por último, *el cierre* consta de un intercambio de sensaciones y pensamientos. Se realiza una reflexión conjunta y una puesta en común sobre el tema que se trabajó en ese encuentro y sus emergentes, y se elabora una frase representativa al mismo. Luego se escribe en un papel y se ubica en un árbol confeccionado por el equipo, como símbolo del taller, el cual contiene todas las frases que surgen en cada encuentro.

El equipo de profesionales

El equipo que lleva a cabo el taller está conformado por diversas disciplinas: terapia ocupacional, trabajo social, fonoaudiología, psicología y fisioterapia. Participan residentes (de terapia ocupacional, fisioterapia y fonoaudiología) quienes rotan por un periodo no menor a 3 meses. Fisioterapia es la única disciplina que no cuenta con personal de planta permanente dentro del equipo.

El enfoque con el cual se abordan las problemáticas en cuestión es transdisciplinario, entendiendo a este como grupo de profesionales especializados en diferentes áreas que trabajan de forma conjunta, interactuando, compartiendo información, conocimientos o habilidades trascendiendo su propio espacio disciplinar. Como expresa Cambursano (2006), esta interrelación de especialistas supone una apropiación de saberes como un aprendizaje continuo de los integrantes del equipo logrando así subir a un nivel más elevado donde las disciplinas se complementan (Citado en Díaz Barrera, Soler Urzúa & Oliva Figueroa, 2013.)

El taller no posee un coordinador principal, los encuentros se coordinan por uno o dos profesionales que hayan participado de la planificación semanal y que se ofrezcan a hacerlo. Las tareas a realizar (crónicas, planificación, coordinación), son de carácter rotativo y están relacionadas con la disponibilidad de los profesionales.

Desarrollo

Bases para la intervención

La irrupción de una lesión neurológica no sólo impacta en la vida de la persona que la padece sino también en su red fami-

liar o entorno más cercano y, principalmente, en quien ocupa el rol de cuidador primario.

Entendemos a la discapacidad como una construcción social, esto implica correrla del terreno de lo biológico haciendo visible su complejidad, dada la multiplicidad de procesos, relaciones y disputas en torno a sus sentidos y significados que se encuentran involucrados. La discapacidad no es, sino en una situación, en la interacción de la persona con su ambiente, entendiéndola a la discapacidad como concepto relacional.

Bury (1982), propone el concepto de *disrupción biográfica* aportado por la sociología, el cual permite pensar en el impacto que tiene en la persona y su familia la irrupción de la discapacidad. Ésta última puede ser entendida como una situación crítica, una forma de disrupción biográfica, en la cual las estructuras de la vida cotidiana y las formas de conocimiento que las sostienen se desorganizan. La experiencia vital se ve afectada en todos sus órdenes: relaciones, identidades, percepción del cuerpo, acceso a recursos, temporalidad y desempeño cotidiano.

Las situaciones de discapacidad enfrentan a las cuidadoras a reconocer la nueva situación de salud. Ello implica un cambio biográfico en la trayectoria percibida como normal: reorganización de la vida cotidiana, una nueva mirada del mundo, enfrentarse con el carácter de las relaciones y vínculos (interrupción de reglas consideradas como de reciprocidad y de ayuda mutua), reexaminar las expectativas y los planes que los individuos sostienen para el futuro. Esta multiplicidad de cambios en la vida cotidiana de la cuidadora, implica la necesidad de elaborar diversos duelos. Según la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (1975), pueden identificarse cinco fases en el proceso de duelo: la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación. Es necesario saber que este proceso es personal y que, si bien estas etapas no suceden en orden ni son todas necesariamente experimentadas por todas las cuidadoras, la importancia está en comprender cómo cada persona atraviesa el proceso de duelo para luego intervenir.

Las Trayectorias del Cuidado

Según Hill (2001), "cuando una persona es definida como cuidadora, sólo existe en relación con la persona cuidada. No existe como una persona en su propio derecho, con sus propias necesidades" (Citado en Luxardo, N., 2008 p. 7). En las trayectorias de cuidado se observa una restricción en los tiempos personales destinados al cuidado de la propia salud, al encuentro con pares, a las actividades de ocio y de trabajo; a la par de un aumento en los tiempos dedicados a las tareas de cuidado dando lugar a sentimientos de aislamiento del mundo que la rodea. Las personas que ocupan el rol de cuidador primario se enfrentan al desafío de vincularse con su ser querido desde un nuevo escenario que resulta desconocido.

En este punto, se ven expuestas a emociones y sentimientos encontrados. Por un lado, son frecuentes los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar del ser querido, pero simultáneamente, pueden experimentar sensaciones -socialmente menos aceptadas- de impotencia, culpabilidad, soledad, preocupación, tristeza, enojo y cansancio.

Cuidadoras como sujetas de intervención

Desde este dispositivo se ha buscado salir de la lógica por la cual se comprende a las cuidadoras primarias como "recurso", esperando de éstas que cumplan con los requerimientos de los profesionales del equipo y atiendan al cuidado de su familiar, exclusivamente.

Se propone una escucha activa para que las cuidadoras expresen sus sentimientos e inquietudes, así como también, orientar hacia un estilo de vida saludable que les permita recuperarse del cansancio y las tensiones. Se hace hincapié en la importancia de la constitución de una red de sostén intra y extra-hospitalaria en la que diferentes roles cobren relevancia.

El dispositivo favorece el encuentro con pares, la socialización de experiencias, el reconocimiento de problemáticas y necesidades comunes y la identificación de estrategias y alternativas de resolución posibles. Se va tejiendo una red entre ellas que las ha llevado, de apenas conocerse, a brindarse ayuda mutua y, en algunos casos, a compartir actividades por fuera del ámbito hospitalario.

Como explica Barrera Ortiz (2000), la posibilidad de integrarse con otras personas que transitan situaciones similares favorece el reconocimiento de otros apoyos posibles, permite pensar en diferentes soluciones basadas en la experiencia de otros y abre la posibilidad de formular planes a futuro.

Asimismo, se proponen relaciones de horizontalidad entre cuidadoras y profesionales dónde sean las cuidadoras quienes compartan sus saberes, funcionando así el equipo como facilitador de la circulación de estos.

Algunos de los resultados obtenidos

A partir de la intervención con las cuidadoras a lo largo de los distintos encuentros se establecieron redes entre pares y, al mismo tiempo, entre cuidadoras y profesionales participantes. Estas redes dieron lugar al apoyo social, favorecieron la comunicación, propiciaron la colaboración y la ayuda entre cuidadoras. Asimismo, profesionales que no participaron del taller, identificaron y reconocieron cambios positivos en la relación profesional-cuidadora y la presencia de estrategias de afrontamiento. Dentro de estas redes, las participantes pudieron establecer relaciones de distintos tipos, tales como compañía, apoyo emocional, interacciones destinadas a com-

partir información personal y social, permitieron una disminución del nivel de frustración percibido y favorecieron a la resolución de los conflictos y el acceso a nuevos contactos. Observamos que estas redes sociales significativas, las cuales en primera instancia fueron pensadas como redes de contención para el momento de la hospitalización, se mantuvieron aun cuando el paciente tuvo el alta hospitalaria. El recorrido por el espacio les da la posibilidad a las cuidadoras de realizar un aprendizaje individual que resulta muy valorado por ellas y, a su vez, les permite ser reconocidas y aprobadas por otras personas. Además, ayuda a tomar distancia de sus problemas, compartiéndolos, observándolos en otras y tomándose tiempo para ellas mismas.

Reflexiones finales

A partir de la experiencia y de los resultados positivos obtenidos confirmamos la importancia de generar dispositivos con un enfoque preventivo destinados al cuidado de la salud de las cuidadoras, dentro de un hospital de rehabilitación. Consideramos de suma importancia incluir a la cuidadora del paciente al equipo de rehabilitación como agente operativo, estratégico, estructural y contenedor de la situación, tanto actual como futura, del grupo familiar. Es de nuestro conocimiento que las cuidadoras que acompañan al paciente durante su tratamiento constituyen un recurso valioso, a la vez vulnerable, ya que a partir de su condición afrontan una serie de desafíos de orden físico, psicológico, social y material que requiere y amerita la implementación de dispositivos de prevención y promoción de la salud.

El taller *Personas que cuidan, personas que cuidar*, es un proyecto sumamente gratificante para los profesionales que lo conformamos y requiere de un gran trabajo en equipo donde la comunicación constante es un pilar fundamental ya que el proyecto se va constituyendo y re-creando semana a semana. Hasta el momento hemos podido observar que resulta necesaria la supervisión constante dentro del equipo y la reevaluación periódica de los objetivos.

A partir de este trabajo surgió la inquietud y el proyecto de evaluar el impacto que tiene en el bienestar del cuidador la responsabilidad de proporcionar cuidados, y así poder medir

los resultados de la intervención. Consideramos que contar con estudios de investigación que den cuenta de las necesidades de las cuidadoras, de la temporalidad del cuidado familiar, de las estrategias de cuidados y de las vivencias de ser cuidador, sin duda contribuiría a una mejor práctica de cuidado profesional. ■

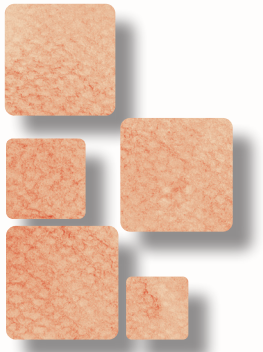
[Recibido: 06/08/18 - Aprobado: 23/11/18]

Referencias Bibliográficas

- Asociación Médica Mundial (1964). *Declaración de Helsinki de Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Helsinki, Finlandia.
- Barrera Ortiz, L. (2000). El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. En Pinto Afanador, N., (Ed.), *Cuidado y práctica de enfermería* (pp. 233-237). España: Universidad Nacional de Colombia.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Rev. Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182.
- Díaz Barrera, N., Soler Urzúa, A. y Oliva Figueroa, I. (2013). Enfoques pluri-inter-transdisciplinarios en la prospectiva de desarrollo universitario: Un estudio de casos. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 39(2), 115-127. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052013000200008>.
- Gherardi, N, Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2012). De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género- ELA. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/14SbdIJrAX2oFgfhZ32jQX1dKELiV-__J/view?usp=sharing.
- Kübler-Ross E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. España, Barcelona: Grupo Grijalbo S.A.
- Luxardo, N. (2008). El cuidado en el hogar de enfermos crónicos y/o terminales. En Krmpotic, C., (comp.) *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Argentina, Buenos Aires: Espacio Editorial. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B7Y-QdpamqHEHN2ZOajR5VWVilWc/view?usp=sharing>.
- Rossi Díaz-Benitez, E. y Rodríguez Martínez, L. (2014). Comparación de la calidad de vida y sobrecarga entre cuidadores primarios de pacientes cardiopatas en edad pediátrica y adulta. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 22(1), 6-12. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2014/en141b.pdf>.
- Zambrano Cruz, R. y Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 26-39.

Cómo citar este artículo:

Indavere, C. y Colazo R. (2018). Taller: Personas que cuidan, personas que cuidar. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2) 18-22.



Violencia y legitimación: una deconstrucción de las prácticas institucionalizantes

Violence and legitimation: a deconstruction of institutionalizing practices

Sofía Plana

Sofía Plana

Licenciada en Terapia Ocupacional. Residente de segundo año de pediatría del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

sofia.planam@gmail.com

Resumen

El presente trabajo surge en el marco de la Residencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se introduce una reflexión que pretende visibilizar el impacto de las prácticas de violentación institucional en la clínica cotidiana en salud mental infanto-juvenil. Partiendo del relato de viñetas clínicas representativas se busca la deconstrucción de las escenas y análisis teórico de las mismas, del mismo modo que se incluirá la posibilidad de repensar posibles intervenciones en pos de garantizar prácticas de buen trato.

Palabras clave: institucionalización, humanización de la atención, salud del niño institucionalizado, brechas de la práctica profesional.

Abstract

The present article arises in the framework of the Occupational Therapy's Residency of the Buenos Aires City's Government. It is an approach to an analysis which intends to focus on the impact of institutional violence practices that are visible in the daily clinical mental health practice with children and youth. From different clinical case devices, it is expected the deconstruction of the scenes and their theoretical analysis, and also the possibility of rethinking potential interventions in order to guarantee good treatment practices.

Key words: institutionalization, humanization of assistance, health of institutionalized children, professional practice gaps.

Introducción

El propósito de este escrito es plantear la deconstrucción de algunas viñetas clínicas que tienen como denominador común la violencia, con el propósito de desnaturalizar lo instituido y cotidiano de la institucionalización profesional y bosquejar un breve análisis del impacto de estas prácticas en las subjetividades individuales y colectivas. Incluir la violencia como categoría de análisis permite desnaturalizar las prácticas cotidianas y reflexionar críticamente sobre los sesgos de violencia social, física, cultural, institucional, discursiva, etc, impresas en nuestras conductas. Se propone una reflexión constructiva de la clínica diaria, aspirando a identificar posibles intervenciones frente a la realidad que se nos presenta para buscar un posicionamiento ético-profesional activo y posible.

De la visibilización a la deconstrucción de las prácticas de violencia

A. es un niño de siete años con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA), que lleva seis meses de tratamiento. Dentro del dispositivo en el que se inserta existe una oferta de talleres grupales que pretenden vehicular el abordaje de dificultades propias de la patología y permitir la circulación de los niños por diferentes espacios con pares. A. presenta desafíos desde el inicio de su tratamiento para ingresar a los diferentes espacios. En algunas terapias individuales, luego de un trabajo minucioso y respetuoso de las terapeutas junto con A. y su familia, el niño ha podido disfrutar de las sesiones, observándose manifestaciones claras de querer permanecer en el mismo.

En cuatro meses no ha participado de ninguno de los talleres del dispositivo. Una mañana, aguardando a que uno de ellos comience, se desarrolla la siguiente escena: A. es llevado a "upa", tomado por debajo de sus axilas, por una de las profesionales. El niño patalea y arroja manotazos en un intento de escapar. Cuando, cansada, la tallerista intenta pararlo en el piso, A. se desploma intentando huir al tiempo que es sujetado del extremo de sus manos y desplazado desde ellas. Luego de unos segundos, lo deja soltarse, y el niño corre a escabullirse hacia la puerta, la cual es trabada por el cuerpo de otro tallerista; sin escapatoria, se acurruca en un rincón del salón bajo una mesa¹.

Ésta es una viñeta que intenta ser representativa de la cotidianeidad del dispositivo. Ciertamente, podría pensarse que llevarlo a "upa" resulta una intervención terapéutica, pero, ¿cómo podríamos plantear dicha intervención como una es-

1 Ante la reiterada ocurrencia de estas escenas dentro del taller en el que participaba decidí tomar una postura de acompañamiento y validación de los sentimientos de los niños, utilizando el juego como medio para la comunicación e interpelando a los profesionales desde las trayectorias individuales de los niños.

trategia cuando A. no conoce el espacio, no sabe para qué está yendo al taller, no se ha trabajado su ingreso al mismo?, aun sabiendo el equipo de sus dificultades para las transiciones. Beatriz Janin (2009) plantea la existencia de un tipo de violencia, que denomina como desestructurante, ésta misma tiende a romper las conexiones, a irrumpir sin permiso forzando una situación. Dicha irrupción implica el avasallamiento de las posibilidades del otro, provocando dolor y/o dejando al niño carente de toda satisfacción, al servicio de las necesidades del adulto, lo que implica el desconocimiento del otro como tal.

Podríamos entender que en estos actos se da una anulación de la subjetividad del otro, irrumpiendo en el forzamiento de los propios deseos del adulto. Se fuerza a los niños a que lleven a cabo actos que les resultan invasivos, desconociendo sus posibilidades, ignorando o dejando de lado su propio proceso de construcción de lazos sociales, objetalizando el uso de su cuerpo. La subjetividad es un proceso inacabado que se encuentra en permanente transformación y recomposición, abierta a las nuevas experiencias y, fundamentalmente, a las situaciones de encuentro con los otros (Acuña & Pintos, 2007).

Al creer que el aprendizaje, en este caso particular la interacción con los otros, se encuentra ligado a las experiencias placenteras ¿Que puede encontrar un niño de placentero en la relación y el contacto con el otro, si sus experiencias se ligan a este tipo de prácticas? ¿Se dimensionan los efectos que podrían producirse en la constitución subjetiva de estos niños, si cuando aparece la posibilidad de expresar (al menos la negativa de querer ingresar a un espacio) la misma es menoscabada y dejada de lado? (Entendiendo que en muchas ocasiones los niños con estas características se encuentran con posibilidades acotadas de elección o manifestación alguna, tanto de acuerdo como de desacuerdo).

Permitirnos pensar que A. en este momento no puede compartir el espacio con otros niños, que esto le resulta perturbador, y que generar relaciones basadas en la confianza le va a permitir, en un futuro, insertarse en las actividades grupales del dispositivo. Nos invitaría a repensar la permanencia del niño en el espacio a costa de su propio malestar.

Algunas confrontaciones con la realidad del campo clínico logran interpelar nuestro accionar cotidiano como profesionales de la salud, se ve allí la irrupción del propio deseo del adulto a ultranza, por sobre las posibilidades del niño en ese momento. Más allá de la lucha física de dos cuerpos, que resulta evidente: ¿Cuánto aprendizaje puede haber en una experiencia vinculada emocional y físicamente a la violencia, al enojo, al despojo de los propios deseos? ¿Cuánto interés van a encontrar estos niños en la relación con el otro, dificultad principal de dicho trastorno, si eso les implica una experiencia, por lo menos, desagradable?

Un análisis de la institucionalización de la violencia

En una sala de internación se presenta la siguiente escena: T. pide al personal el yogurt de colación, al parecer era un pedido reiterado a lo largo de la mañana. Un profesional agrede verbalmente al niño insultándolo y acompañando sus dichos de un gesto violento y amenazador, encimándose sobre T; el niño responde apartándose de la escena en silencio.²

El uso de la violencia física y verbal como medio de vinculación y jerarquización frente a los niños por parte del personal que se encuentra permanentemente en la sala de internación pareciera ser legitimado por otros profesionales que, de algún modo, transitamos conductualmente indiferentes ante dichas situaciones. Sin embargo en el discurso pareciera ser que genera angustias, impotencias, asombro y hasta enojo. Fernando Ulloa (1995) propone el concepto de *cultura de la mortificación*, la cual se manifiesta en forma de protesta, a través de la falta de fuerza para enfrentar el estado de las cosas que en el ámbito institucional de esa persona le provoca sufrimiento. Plantea una serie de indicadores que estarían relacionados, como la desaparición de la valentía, la resignación acobardada, hipocandría, merma de la inteligencia. Anulando de este modo el accionar crítico y la autocrítica, llevaría a el/la profesional a instalarse en el lugar de la queja. Ulloa (1995) dice al respecto:

En estas condiciones es difícil que alguien a cargo de un paciente, cualquiera que sea su rango y el tipo de presentación que brinde, pueda considerar la singularidad personal y la particular situación de quien lo demanda suficiente, cuestión fundamental para que los cuidados de un tratamiento se ajusten a lo que se ha denominado “buen trato”. (p.221)

Parece difícil correrse del discurso a la acción. En ocasiones, las posibles represalias hacia los niños o la ineficacia de las denuncias intrahospitalarias, actúan como sistema de inacción, favoreciendo incluso la exposición del denunciante. ¿La institucionalización lleva a que con los años el profesional se amalgame al sistema, aun en este tipo de prácticas, o al menos las naturalice como condición *sine qua non* de la cotidianeidad?

En esta misma línea el autor desarrolla el concepto de *síndrome de violentación institucional* (SVI) donde plantea que la constitución de toda cultura institucional supone cierta violentación legítimamente acordada; cuando la misma se vuelve arbitraria en grados y orígenes diferentes, se configura el SVI. Las personas que conviven con dichas situaciones se ven afectadas en la modalidad y el sentido de su trabajo, empezando a perder funciona-

2 Luego de presenciar dicha escena junto con otras colegas se realizaron las acciones correspondientes, dando conocimiento de lo sucedido a las autoridades y supervisando dicho acontecimiento en el comité de bioética. Por mi parte me llevó a interpelar y cuestionar los estándares institucionales y a la configuración en gran parte de este escrito que me interpela para repensar nuevos dinamismos en la forma de intervenir y la posibilidad de construir nuevas trayectorias institucionales.

lidad vocacional, comenzando a cobrar valor de normalidad los síntomas, perdiendo la eficacia y la habilidad creativa, despojándose de la singularidad de los pacientes, apareciendo el autoritarismo como consecuencia y fragmentándose el entendimiento y la comunicación entre los actores. La violentación es percibida por cualquier “novato reclutado” por la institución, quien es probable que al cabo de un tiempo se hunda obligadamente a la costumbre, a cambio de obtener algún beneficio de ésta. En este sentido quedaría pensar que, probablemente, la institucionalización de los profesionales llevaría en mayor o menor medida a la reproducción de prácticas de violencia (Ulloa, 1995).

¿Qué es lo diferente que ha de ocurrir para que esto no suceda? ¿Existen intervenciones institucionales para evitar estos modos de reproducción o tiene relación con la idiosincrasia de cada profesional? ¿Los agentes de salud que hoy reproducen prácticas atravesadas por la violencia, en algún momento se han cuestionado, o al menos visibilizado, dichas acciones ejercidas por un par?

Visibilizar y actuar en consecuencia ante estos hechos, permite construir nuevas significaciones sobre la realidad. Tal vez sea una de las salidas posibles a este círculo vicioso, derribar lo instituido para construir nuevos instituyentes, pero para esto se precisa que algo del sistema de engranaje que lleva a la reproducción sistemática de este tipo de prácticas cambie. Pensar que esto es así, resignadamente, delegando el poder a un servicio o, incluso, más concreto aún, a ciertas personas: Considerar que es parte de la cotidianeidad y que los intentos de cambio han sido fallidos, o que cualquier contra-reacción a este sistema de poder puede resultar contraproducente para los pacientes o al funcionamiento de un servicio, no nos lleva más que a ser cómplices de esta realidad institucional.

Es de importancia recalcar que probablemente la salida sea colectiva y constructiva, no contra-reactiva, involucrar a agentes reproductores de violencias institucionales en las estrategias de planificación. Es posible que el ejercicio de la violencia por parte del personal sea una expresión de un malestar institucional. Y no solo de la institución, sino considerando la transversalidad de las variables macro sociales, políticas y económicas que influyen en las realidades institucionales. Pensar la coordinación de estrategias de intervención en lo cotidiano de la realidad de un servicio de internación desde una perspectiva interdisciplinaria que favorezca los modos de transitar la institución de los niños y que apunte a la circulación de la palabra, podría ser una salida posible a esta “encerrona”³. El SVI tiende en sí mismo a una fragmentación del entendimiento, Ulloa (1995) dice que en los niveles de comunicación más simples cada miembro de la institución se

3 Concepto de Ulloa que propone para nominar a una situación que se presenta como sin salida, donde se depende de algo o alguien que maltrata o destrata sin tomar en cuenta la situación de invalidez, en tanto no hay un tercero que represente a lo justo y rompa el cerco de los dos lugares.

refugia en su quehacer contribuyendo a una fragmentación individual y al aislamiento contextual.

Reflexiones Finales

A lo largo del escrito se han ilustrado viñetas clínicas que permiten ejemplificar la diversidad de variables que interfieren en nuestra práctica clínica, representando distintos niveles de acción de la violencia replicados por diversos actores del sistema de salud y, como consecuencia, de distintos factores que confluyen en una problemática común: la precariedad y desobjetivación en el abordaje.

Es interesante pensar cómo en ocasiones el dinamismo de la institución pareciera funcionar de modo similar a la patología de los pacientes. La escasez de recursos y la inflexibilidad de los profesionales en las intervenciones cotidianas (la violencia como mecanismo de imposición en la segunda viñeta, o la reiterada respuesta por parte de los terapeutas a las oposiciones de los niños, en la primera escena), parecieran reflejar las dificultades más características de la población a la que se asiste. Como si la institución replicara la dinámica de funcionamiento patológico de estos niños, parecería que aquellas características patognomónicas más evidentes, como la inflexibilidad y la escasez en la variabilidad de respuestas por parte de los niños, se trasladarían a las intervenciones de los adultos. Lo mismo ocurre con la disgregación y desintegración de los equipos, donde los aspectos más significativos de la psicosis hacen eco en el funcionamiento hospitalario. En este sentido la institución dramatiza las características principales de la clínica a la que aborda.

La posición que adoptemos como profesionales en relación al efecto producido en el psiquismo de estos niños, a partir de nuestras intervenciones, o la falta de ellas, será lo que dirija el curso de nuestras prácticas. Si somos incapaces de vislumbrar el impacto de nuestros actos, difícilmente podremos replantearnos las estrategias de intervención que utilizamos. Nuestras acciones reflejan la idiosincrasia de cada sujeto, antes de estar atravesadas por la profesionalidad. En este sentido, pienso el ejercicio profesional basado en una relación de respeto de las posibilidades del otro, desde una actitud mental, emocional y corporal de entendimiento, sin prejuicios; entendiendo al profesional como un instrumento vehiculizador de las potencialidades. La posibilidad de análisis permite reflexionar acerca de cuál es el posicionamiento ético-profesional frente a estas realidades y repensar la búsqueda de mejores opciones de tratamiento y de trato humano.

Algunas intervenciones posibles podrían contribuir a la construcción de nuevos significantes, o al menos a dirimir cuáles son aquellos que hoy en día están presentes y orientan nues-

tra práctica. Por ejemplo, el uso de supervisiones externas hacia el equipo, lo cual implicaría un análisis de lo particular (residencia, servicio, departamento, dispositivo) a lo general, de modo que un analizador institucional pueda contribuir a la identificación de variables que interfieren en la inadecuación de las propuestas para abordar la problemática, a los intentos fallidos de acción, a la inacción misma, a los sentimientos que genera en el personal dicha situación institucional, así como a desnaturalizar las pequeñas escenas cotidianas impregnadas de violencia que resultan imperceptibles a la vorágine de trabajo. En la misma línea se pueden pensar, también de lo particular a lo general, reuniones donde se aúnen criterios comunes de intervención que permitan encarar de forma coordinada la práctica diaria en cada dispositivo, como crear redes de sostén que habiliten coaliciones de trabajo en pos de prácticas de buen trato. La posibilidad de circulación de este tipo de análisis podría crear nuevas oportunidades de alianza y conciencia, favoreciendo a que los actores institucionales puedan reconsiderarse en relación a los modos de maltrato que se replican a diario y al menos, en principio, visibilizarlos. Sin embargo, en estas posibles líneas de trabajo para contribuir a una práctica responsable y respetuosa del paciente, se dejan de lado las intervenciones de políticas de Estado que exceden nuestro alcance cotidiano, pero aun así lo atraviesan.

Como agentes de salud somos responsables de velar por la garantía de los derechos de los pacientes que llegan a la consulta, garantizando prácticas de calidad, comprometidos activamente y haciendo uso de los recursos necesarios en la situación en la que los individuos se encuentran desprotegidos y sus derechos vulnerados. Creo fundamental el análisis de nuestras intervenciones y la lectura de las mismas desde una perspectiva que permita tomar distancia y replantear, si es necesario, el curso de nuestras acciones profesionales en la tarea clínica cotidiana. ●

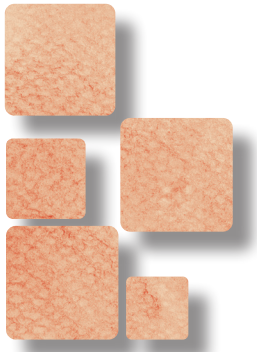
[Recibido: 06/08/18 - Aprobado: 23/11/18]

Referencias Bibliográficas

- Acuña, J. y Pintos, S. (2007). Pensando el proceso de subjetivación, subjetividades y su despliegue en el dispositivo grupal. Apunte de cátedra, Facultad de psicología: UNMDP. Recuperado de <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmxc2ljb2xvZ2lhdGVsb3NncnVwb3NtZHB8Z3g-6MzkzMzODE5ZWewMzRmOQ>
- Janin, B. (2009). La violencia en la estructuración subjetiva. *Cuestiones de infancia: Revista de psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, 13, 15-31.
- Ulloa, F. (1995). Parte III. En *Novela clínica psicoanalítica, historia de una práctica* (205-240). Argentina, Buenos Aires: Paidós.

Cómo citar este artículo:

Plana, S. (2018) Violencia y legitimación: una deconstrucción de las prácticas institucionalizantes. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2) 23-26.



Conducta suicida en adolescentes

Suicidal behavior in adolescence

Yesica Gutiérrez

Yesica Gutiérrez

Licenciada en Terapia Ocupacional, Maestranda en Metodología de la Investigación Científica. Terapeuta de planta en el Servicio de Salud Mental Hospital Interzonal General de Agudos Evita Lanús y Clínica de Psicopatología Abrines.

yesikgutierrez@hotmail.com

Resumen

El suicidio y la conducta suicida adolescente es representan un fenómeno de creciente impacto a nivel mundial que invita a reflexionar sobre las condiciones actuales en las que se desarrollan los adolescentes y las demandas solapadas bajo dichas conductas. La finalidad del de este estudio fue reconstruir el perfil de los adolescentes que han requerido tratamiento bajo la modalidad de internación en una institución psiquiátrica del ámbito privado del conurbano bonaerense por motivos relacionados a la conducta suicida y a su vez estimar los factores ligados a la misma, dentro de los que se destaca la disfunción familiar, con el objetivo de planificar y mejorar las intervenciones ofrecidas.

Palabras clave: adolescentes, intento de suicidio, internación.

Abstract

Suicide and adolescent suicide behavior is an increasing-impact global phenomenon that invites us to reflect upon the present conditions of adolescent development and the hidden demands under such behavior. The purpose of the study was to reconstruct the profile of adolescents who have required treatment under the modality of hospitalization in private psychiatric institutions of the Buenos Aires suburbs for reasons related to suicidal behavior and estimate the factors linked with it, of which stands out family dysfunction, with the objective of plan and improve the interventions offered.

Key words: adolescents, suicidal attempt, impatient admission.

Introducción

Este estudio surge ante la observación del incremento de adolescentes que han requerido tratamiento bajo la modalidad de internación en una institución psiquiátrica del ámbito privado del conurbano bonaerense durante los últimos años, por conductas relacionadas al espectro suicida. Para considerar la magnitud y los avances que de este fenómeno se posee a nivel mundial y nacional, se recurrió a los aportes que realizan organismos oficiales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) y el Ministerio de Salud de la Nación en su documento: “Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes” (MSAL, 2010); así como de profesionales de renombre del país y de la región en la materia.

Para estos referentes, el suicidio es desde el 2015 la segunda causa principal de muerte en jóvenes de quince a diecinueve años de edad, por lo que es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial, especialmente en dicha franja etaria.

El presente estudio persigue como objetivos reconstruir el perfil de los adolescentes que han requerido tratamiento bajo la modalidad de internación por motivos relacionados a la conducta suicida y estimar los factores relacionados a la misma con la finalidad de planificar y mejorar las intervenciones ofrecidas.

A tal fin se optó por un diseño de tipo exploratorio-descriptivo, de corte transversal, multivariado, sin control de variable e intensivo a muestra reducida.

La misma se halla conformada por adolescentes menores de edad, es decir desde los diez años a los diecisiete años inclusive, ya que son los que se hallan bajo acompañamiento familiar permanente o de adulto responsable, según lo exige la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 y la Ley de protección Integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes N° 26.061/05, situación que permite la identificación de datos relevantes aportados y observados de dichas fuentes en los diferentes espacios terapéuticos. Cabe aclarar que según definición de la OMS, este período se extiende desde los diez a los diecinueve años de edad.

Se ha considerado para este estudio un lapso de tres años y cuatro meses, que incluye desde inicios del año 2014 hasta fines del mes de Abril del año 2017.

La recolección de datos se realizó consultando la base digital de ingresos y egresos, así como las historias clínicas archivadas de la institución, obteniendo una muestra inicial de 199 historias clínicas a analizar, de las cuales 129 registran motivos de ingreso relacionados a las conductas suicidas, conformando esta última la muestra final en la que se basa este trabajo.

Las variables propuestas fueron: “Año de ingreso”, “Sexo”, “Edad”, “Motivo de ingreso”, “Reinternaciones” y “Nivel de gravedad” de la conducta suicida.

Se utilizó el concepto de “continuum de suicidalidad” introducido por el Dr. Aaron Beck (citado en Gómez, 2012); el mismo aun conserva su vigencia mediante denominaciones similares tales como “espectro” de la conducta suicida (Gómez, 2012; Larraguibel, 2000; MSAL, 2010), “proceso” o “continuo del comportamiento suicida” (Basile, 2005). El mismo determina que tanto las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado forman parte de un continuo de creciente severidad. En este sentido los referentes mundiales, regionales y nacionales consultados coinciden en que la gravedad de las formas leves en esta franja etaria, como las autolesiones (cortes superficiales), ideación suicida vaga y sobreingestas de baja letalidad;- reside en la estabilidad temporal de dichas conductas, ya que su persistencia expone al adolescente a una situación de estrés permanente y potenciales situaciones de riesgo, las cuales dan cuenta del padecimiento (Basile, 2005; Gómez, 2012; Larraguibel, 2000; MSAL, 2010; OMS, 2014). Dichas formas representan una señal temprana de vulnerabilidad al suicidio, especialmente en casos de reiteración de estas conductas, así como el hecho de actuar bajo los efectos de estupefacientes. Por su parte la OMS (2014) asegura que los intentos son de diez a cincuenta veces más numerosos que los suicidios y que los antecedentes de intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante, ya que incrementa la posibilidad de suicidio durante los años siguientes.

Para la estimación de la severidad de las conductas suicidas se han utilizado los indicadores propuestos por los autores consultados que permiten clasificar el riesgo en una escala de tres (MSAL, 2010), cuatro (Gómez, 2012) y cinco niveles (OMS, 2006). Así Gómez considera evaluar factores como: la ideación suicida según su frecuencia, duración e intensidad; la letalidad del método, el grado de intencionalidad suicida, los síntomas, el control de los impulsos, la desesperanza y la presencia de indicadores contextuales tanto de riesgo como protectores (2012). Por su parte MSAL propone evaluarla a partir del sexo, el método utilizado, la letalidad del mismo (determinada por peligrosidad para la integridad física), la percepción que la persona tenga de ella, el grado de planificación (existencia de plan suicida, notas o cartas, falta de advertencias previas y posteriores, dificultades en la interrupción de terceros o rescate, grado de premeditación), impulsividad, actitud y afecto posterior (como el no procurar asistencia, minimizar, tratar de impedir el rescate, no manifestar arrepentimiento o alivio por haber fallado, mostrarse indiferente, irritable o con poca conciencia del riesgo al que se expuso), consumo agudo de sustancias psicoactivas o alcohol, intentos previos. (2010). Mientras que la OMS determina que la evaluación se dirige a la ideación suicida, planificación del acto, intencionalidad, actitud, autocontrol y nivel de impulsividad, factores de riesgo y factores protectores, antecedentes de conductas autolesivas o suicidas (2006).

Con fines prácticos se ha optado por una escala de tres niveles para estimar la gravedad de la conducta suicida en la que se compila la información provista por los autores mencionados resultando:

Letalidad alta: presencia de factores de riesgo, historial de intentos previos o conductas del espectro reiteradas, planificación definida o ideación intensa y persistente, métodos como ahorcamiento, armas de fuego, arrollamiento, lanzamiento de altura, intoxicación con gas, intoxicación con elementos altamente tóxicos incluso en pequeñas cantidades (medicación, soda caustica, órganos fosforados, etc); o por elementos de baja toxicidad pero en grandes cantidades, electrocución, heridas cortantes profundas o en gran cantidad.

Letalidad moderada: presencia de factores de riesgo, planificación vaga o ideación frecuente, ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad pero en cantidades considerables, varios cortes superficiales a profundos, conductas de autoagresión que no ocasionan daño severo.

Letalidad baja: no hay plan ni intención suicida, presencia de factores protectores y ausencia de factores de riesgo, ideación suicida fugaz, inconstante, sin antecedentes previos de comportamientos autolesivos o intentos, cortes superficiales o ingestión de pocos comprimidos especialmente benzodiazepinas.

A tal fin se destinó el ítem “Observaciones” que contempla la modalidad de la conducta suicida, los antecedentes de dicha conducta, el consumo de sustancias y cualquier otro estresor como: padecimiento de violencia, historia de adopción, incontinencia familiar, bullying (acoso escolar) entre otros. En la literatura consultada se hace mención que en todos los casos estas conductas deben ser contextualizadas, por ejemplo MSAL refiere que el uso de un método de baja letalidad debe ser considerado en el contexto de la presencia de un plan, de ideación suicida, de impulsividad, del motivo desencadenante, del contexto sociofamiliar, etc que podría clasificarlo en un nivel de mayor gravedad (2010). Del mismo modo Gómez menciona la influencia de los eventos vitales y del sistema de apoyo y contención social, siendo los más relevantes en adolescentes y jóvenes: rupturas, conflictos, disfunción familiar, violencia, abuso, sobreexigencia, problemas con el grupo de pares, experiencia de rechazo, exposición a otros suicidios (2012).

Resultados

En la variable “Año de ingreso”, se observa una tendencia en ascenso de adolescentes que han requerido internación por motivos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y que respondan a motivos relacionados al “continuum de suicidalidad” (autoagresión, cortes superficiales, sobreingesta medicamentosa, ideación suicida e intento de suicidio). De esta manera se obtuvieron: 24 casos en el año 2014; 46 casos en el año 2015; 49 casos en el año 2016; 10 casos en el año 2017 (hasta el mes de Abril inclusive). N=129.

Como se mencionó previamente la distribución coincide con las fuentes que marcan un incremento de este fenómeno a lo largo de los últimos años, la OMS (2014) afirma que las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% en los últimos 50 años y ha sido más marcado el aumento en los jóvenes al punto de ser en la actualidad el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. Esta tendencia ascendente también lo es para la región latinoamericana y para nuestro país

En Argentina la tasa de mortalidad por suicidio se duplicó en los últimos quince y veinte años entre los grupos más jóvenes (15 a 24 años y 25 a 34 años) reduciéndose en los grupos de mayor edad (mayores de 55 años) que registraba históricamente la tasa más alta (MSAL, 2010).

Según el Dr. Héctor Basile (2005), referente nacional en relación al estudio, prevención y tratamiento del suicidio en la población infantojuvenil, el número de suicidios adolescentes se incrementó de 200 a 400 desde el año 2001 al 2004, llegando a 800 para el año 2015. Según el informe “Situación de la salud de los y las adolescentes en Argentina” (MSAL & UNICEF, 2010), las provincias con mayor índice de suicidio adolescente son: 35/100.000 en Jujuy; 23/100.000 en Tierra del Fuego; 16/100.000 en Santa Cruz; 3,2/100.00 en Provincia de Bs As; 2,2/100.000 en Ciudad de Bs As). Los datos coinciden con los aportados por Basile (2015) donde puede observarse una frecuencia proporcionalmente superior en las provincias del Noroeste y de la Patagonia.

En relación a la variable “Motivos de ingreso” (ver Gráfico 1), la principal causa de hospitalización de adolescentes es la sobreingesta medicamentosa (24,62%), las dos causas siguientes son ideación suicida (18,09 %) e intento de Suicidio (11,55 %), las dos últimas corresponden al continuo de suicidalidad el que se halla conformado por ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado.

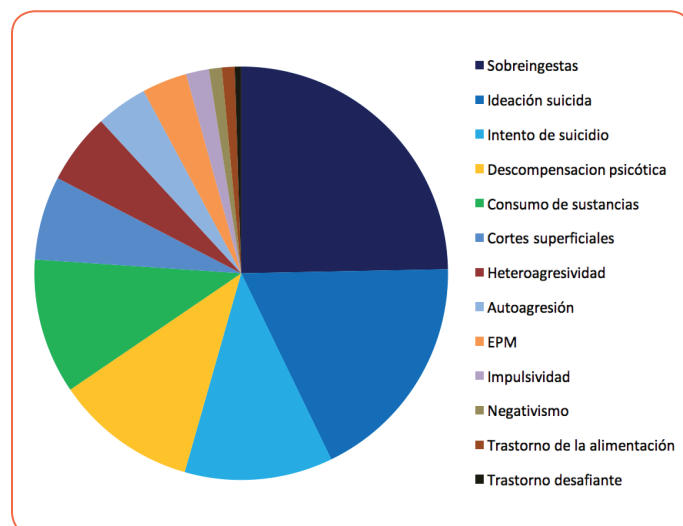


Gráfico 1: “Motivos de ingresos de pacientes internados”.

Si se considera de manera conjunta la ideación y el intento de suicidio el total de casos representaría un 29,64% del total de la muestra inicial (N=199) y se ubicaría como la primera causa de internación en menores de edad por sobre la sobreingesta medicamentosa. Pero al seguir los lineamientos de los referentes mundiales e incluir el principal motivo de internación determinado por las sobreingestas medicamentosas, la cifra ascendería significativamente a 108 casos sobre la muestra inicial, lo que representaría el 54,26%, es decir más de la mitad de los motivos de ingreso.

En esta línea se ubica, a partir del sexto lugar, el motivo de ingreso relacionado a los cortes superficiales (6,53%), con edades registradas de trece a diecisiete años y una prevalencia en mujeres más que en hombres (11-2); en el octavo lugar se posiciona la autoagresión (4,02%) con edades que oscilan entre los once y los dieciséis años de edad y con prevalencia de mujeres (7-1).

Siguiendo los aportes de la literatura nacional y mundial, las conductas autoagresivas y los cortes superficiales conforman señales tempranas de malestar adolescente que pueden acrecentar su gravedad con el paso del tiempo en caso de no ser detectadas y tratadas precozmente; de modo tal que un continuum que contemple todas las conductas del espectro suicida desde las autoagresiones, las sobreingestas, la ideación y el intento de suicidio determinaría un total de 129, es decir el 64,81% de la muestra inicial y sobre la que se operará de ahora en adelante (ver Gráfico 2).

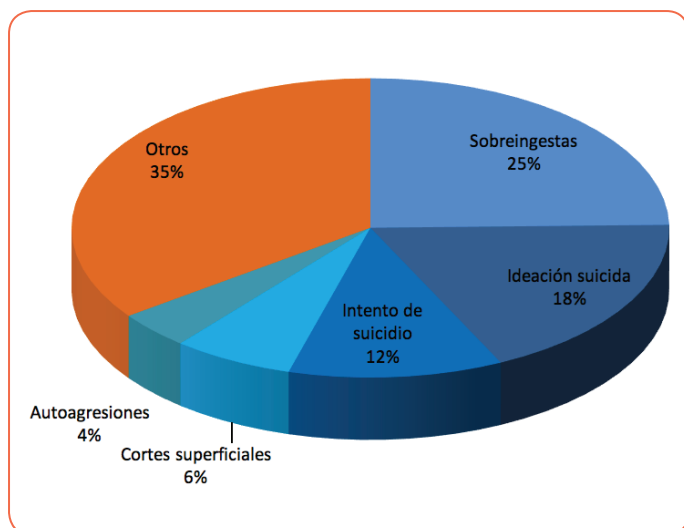


Gráfico 2: "Motivos de ingreso relacionados al continuum suicida".

En cuanto a estos motivos, el caso de menor edad registrado en las sobreingestas medicamentosas es de doce años y el mayor de diecisiete, con una primacía de mujeres (44-5). Las sobreingestas incluyen formas leves de dos comprimidos de benzodiapinas a treinta y seis comprimidos y cocteles de analgésicos, antibióticos, alcohol, lavandina y desodorante de piso. Dentro de los casos clasificados como graves (siete

casos) se encuentran aquellos que han sufrido depresión del sensorio requiriendo intervención en Unidad de Terapia Intensiva (tres casos) y los que ingirieron más de treinta comprimidos en forma de coctel, con edades que oscilan entre los trece y los quince años. También se detecta el hurto de comprimidos a familiares y la reiteración de la misma conducta, siendo el uso de medicamentos a disposición en los domicilios uno de los métodos más utilizados según las estadísticas oficiales. Por otro lado, el haber consumido antes del intento asevera la conducta suicida, aumentando la posibilidad de letalidad favorecida por la desinhibición, la impulsividad y la disminución del umbral de conciencia.

En relación a la sobre ingesta realizada con cantidades mínimas de medicamentos Basile (2005) menciona que "La Organización Mundial de la Salud define el intento de suicidio como un acto sin resultados fatales...; o una sobreingesta deliberada de la medicación prescrita o de la dosis terapéutica generalmente aceptada con el propósito de que se produzcan cambios ambientales y/o familiares deseados por el sujeto, a partir de las consecuencias físicas reales o esperadas" (p. 219), lo cual en primera instancia es clasificada como de gravedad leve pudiendo incrementar su gravedad si se constata la presencia de otros factores de riesgo.

Respecto a la ideación suicida, las edades oscilan entre los diez a los diecisiete años, respondiendo en su mayoría a mujeres (32-4). Este grupo incluye ideación de diversa gravedad, en la que cinco casos son constatados como graves y de edades muy tempranas (doce años de edad); dada la permanencia en el tiempo de la ideación y la anticipación del acto reflejada en el relato del plan suicida, la averiguación de la letalidad del método (ahorcamiento), la redacción de la carta suicida, la combinación con autoagresión (cortes profundos) y la existencia de intentos previos (sobreingestas medicamentosas, veneno para hormigas).

Por último, el intento de suicidio presenta edades que van desde los doce hasta los dieciséis años y en su mayoría responden al sexo femenino (15-8). Se constatan trece intentos clasificados como graves, once de ellos han recurrido al método de ahorcamiento, siendo el más letal y utilizado mayoritariamente en hombres (Basile, 2005), aunque en este estudio se constate una equivalencia entre hombres y mujeres en la selección del mismo. Cabe destacar que no se hallan detalles del contexto en el que se llevó a cabo dicha conducta. Otros casos clasificados como graves han recurrido al uso de cuchillos, gas o arrojarlo de un vehículo en movimiento. A nivel mundial la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son los métodos de intentos de suicidio y suicidio consumado categorizados como graves, y de los más comunes, letales y elegidos por los varones (Basile, 2005; MSAL, 2010).

En cuanto a la variable "Edad", las edades más bajas registradas en relación a los motivos relacionados a la conducta suicida fueron de diez años: ideación suicida; once años: autoagresión; doce años: sobreingesta medicamentosa e intento de suicidio; trece años de edad: cortes superficiales. La media se posiciona a los dieciséis años de edad (31 casos bajo dichos motivos).

Por último la variable "Sexo" determina una primacía de menores de edad de sexo femenino en relación al masculino en el continuum de las conductas suicidas, con una proporción de 109/20.

Discusión

Los resultados resultan alarmantes ya que las conductas suicidas constituyen la principal causa de internación de adolescentes en esta institución psiquiátrica del ámbito privado del conurbano bonaerense. Se manifiestan mayoritariamente en menores de sexo femenino, en un rango etario que inicia con registros de edades muy tempranas en los distintos motivos de ingreso (entre los diez y trece años de edad). Según Peter Blos (1981), este rango constituye la preadolescencia (9 a 11 años) y la adolescencia temprana (12 a 14 años). Las conductas estudiadas alcanzan un pico máximo a los dieciséis años de edad, donde dicho autor fija el inicio de la siguiente etapa a la que denomina propiamente como adolescencia (16 a 18 años). Este dato resulta coincidente con el pico máximo registrado por Basile (2005).

El fenómeno se presenta con una tendencia ascendente a lo largo de los últimos años lo que determina de por sí un factor de riesgo para esta población más allá de la gravedad evaluada. Si bien las causas del incremento en este grupo etario aún no son claras, existe consenso en que la etiología del continuum suicida responde a una multicausalidad de factores considerados de riesgo: genéticos, ambientales y eventos vitales negativos como duelos, rupturas, negligencia parental, abuso, violencia, exposición a conductas suicidas, rechazo, bullying (acoso escolar), entre otros (Basile, 2005; Gómez 2012; Larraguibel, 2000; MSAL, 2010). Larraguibel (2000) sostiene que varias investigaciones han intentado detectar los factores de riesgo que los adolescentes ubican como causales, refiriendo entre ellos: inestabilidad familiar, incomunicación, aislamiento social, pérdida de un ser querido, sentimientos de fracaso, soledad, ámbito escolar incontinente o pérdida de la escolaridad, acoso escolar, experiencias infantiles traumáticas o relacionadas a conflictos persistentes, violencia, etc. Según especialistas una posible causa del aumento, es la falta de espacios para expresar problemas que son experimentados como graves e irresolubles en la vulnerable psiquis adolescente; favorecido por el contexto actual caracterizado por la hiperconectividad, el acceso al consumo de sustancias y la

carencia de una presencia de calidad por parte de los padres; factores estos, que actúan en detrimento del desarrollo de la capacidad para tolerar la frustración y el aprendizaje en la resolución de problemas relacionados a los eventos vitales estresantes (UNICEF & MSAL, 2010).

También suelen asociarse los intentos de suicidio a trastornos psiquiátricos subyacentes, Basile refiere que los más habituales son el trastorno del estado de ánimo, el trastorno de la personalidad de tipo disocial, el trastorno de ansiedad, el trastorno por abuso de sustancias y el trastorno de la alimentación aunque en forma menos común (2005). Gómez refiere que los cuadros frecuentemente asociados son el trastorno del ánimo (uni y bipolar), la esquizofrenia, el abuso o dependencia de alcohol o sustancias, el trastorno de personalidad límite y antisocial, el trastorno de la alimentación, de pánico y el obsesivo compulsivo (2012). Del mismo modo Larraguibel menciona también el trastorno de ánimo (principalmente unipolar), trastorno de ansiedad, trastorno por abuso de sustancias y trastorno de la personalidad antisocial (2012).

En este estudio los diagnósticos más vinculados a estas conductas fueron el trastorno del estado de ánimo y el trastornos de personalidad, descartando la presencia de las mismas en otros cuadros psicopatológicos como los trastornos psicóticos y el consumo de sustancias psicoactivas. Cabe destacar que los diagnósticos a tan temprana edad son cautelosos, ya que el límite entre los criterios y las características propias de esta etapa vital en los adolescentes suelen solaparse.

Blos (1981) enuncia las características normales de esta etapa vital que facilitan la transición de la niñez a la adolescencia tardía (19 a 21 años), cuya finalidad es la consolidación del self y la resolución del segundo proceso de individuación. En este proceso el adolescente tiende a reafirmarse con exageración, demostrando la megalomanía que viene a suplir el desvalimiento, la inmediatez como modo de dominar lo que se desvanece, un examen de la realidad impreciso y selectivo, un mundo interno rico en vivencias fantásticas e idealistas, la exploración de la autonomía, el aislamiento o distanciamiento que favorece la búsqueda de nuevas identificaciones y relaciones por fuera del grupo primario. Entre todas las características destaca la tendencia al acting out, no como mera descarga pulsional sino como recurso homeostático típico, benigno y universal de este periodo como el juego es a la niñez y el lenguaje a la adultez. Ubica a la acción como modalidad pre-verbal con un alto grado de organización utilizada por el adolescente para la resolución de problemas al servicio del desarrollo. Advierte que en caso de fracaso en la función de este mecanismo se puede generar una condición patológica, especialmente cuando el acting out se torna permanente y reviste características de peligrosidad.

Partiendo del concepto de salud de la OMS y de la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud que dicho organismo elabora (CIF, 2001); no quedan dudas que la faceta ocupacional resulta un dominio relacionado con el estado de salud de suma relevancia y sobre el que opera nuestra disciplina. La ocupación, como fin en sí misma, es determinante del bienestar y la salud, así como del malestar y la enfermedad, ya que implica la posibilidad de acción del ser humano, a partir de un empeño que capta su atención y lo compromete en lo que elige hacer con la finalidad de sobrevivir, adaptarse y desarrollarse en su medio, satisfaciendo necesidades vitales y otorgando sentido a su existencia. A través de ella se ponen a prueba las capacidades para afrontar y adaptarse al medio. En el caso de la población adolescente abordada en este estudio, este ciclo adaptativo con sus fases normales de crisis y estabilidad, asume características opuestas a lo esperable (riesgo a la integridad psíquica y física, aislamiento, hermetismo, impulsividad), situación que requiere de una intervención especializada de carácter interdisciplinaria.

Dada la evidencia del incremento exponencial de este fenómeno en la adolescencia temprana, que en la mayoría de los casos requieren internación por cumplir con el criterio de riesgo cierto e inminente para sí, adquiere para este estudio significativa relevancia el factor ligado al modo de vinculación familiar/parental por tratarse de un grupo etario en pleno proceso de desarrollo e identificación.

No caben dudas de la contribución que un ambiente con apoyos positivos tiene para el desarrollo del adolescente, por lo tanto, el tratamiento no sólo va dirigido al menor (psicoterapia individual y grupal, talleres terapéuticos grupales, orientación ocupacional, continuidad de la escolarización), sino que también a la familia, ya que en la misma se ha desarrollado el proceso de socialización primaria y constitución yoica del ahora adolescente.

Las intervenciones destinadas al grupo familiar incluyen desde el acompañamiento familiar permanente (lo cual permite efectuar una observación clínica de la dinámica vincular durante la cotidianeidad de los días de estadía y desde la mirada de los múltiples agentes institucionales); hasta grupos terapéuticos para familiares/acompañantes, también terapia multifamiliar, asesoramiento familiar, psi coeducación, se considera además la derivación a un espacio psicoterapéutico individual y/o vincular del adulto; con la finalidad de implicarlo en el conocimiento y ayuda a la mejoría del padecimiento del adolescente.

El equipo interdisciplinario detecta con frecuencia el vínculo de tipo disfuncional de los adultos hacia los menores, demostrado frecuentemente por no poder informar sobre el padecer del menor y tendiendo a minimizar o negar las conductas de

riesgo, también evidenciando dificultades en el desempeño del rol parental, generando situaciones de confrontación con las normas institucionales y las indicaciones terapéuticas. En relación a esta actitud de la familia aparecen acciones tales como: alta contra opinión médica, incumplimiento con el acompañamiento del menor, inicio de relación afectiva con internos, escaso acompañamiento, desbordes emocionales, falta de colaboración en las salidas transitorias al hogar y la presencia de psicopatología en alguno de los padres o de disfunciones en la dinámica familiar.

Conclusión

El terapeuta ocupacional, como integrante del equipo interdisciplinario, realiza intervenciones de carácter individual y grupal de la población destinataria, así como asesoramiento familiar, sin perder la finalidad de la disciplina definida según el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2008) como “apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso en la ocupación” (p.3).

De esta manera las intervenciones propuestas tienen como objetivo final restablecer el desarrollo del ciclo vital, promoviendo la adaptación ocupacional y en consecuencia, según Kielhofner (2004), sus dos elementos: competencia e identidad ocupacional, compuesta esta última “por el sentido del yo definido por los roles, las relaciones, los valores, el auto-concepto, los deseos y objetivos personales” (p.137).

En líneas generales, los talleres terapéuticos se diseñan contemplando los aspectos del dominio propuestos por el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso (AOTA, 2008) y las características de la población, resultando en actividades expresivas proyectivas, espacios de resolución de problemas en la cotidianeidad del ámbito de internación, instauración de hábitos saludables (como la exploración y uso de nuevas formas de expresión frente a los acting out de índole impulsiva), también la mejora de la causalidad personal a partir de experiencias positivas y significativas, la búsqueda y el desempeño de intereses ocupacionales, la continuidad de la escolarización en el ámbito institucional, entre otros.

Siendo las conductas del continuo suicida un fenómeno multideterminado, de tendencia ascendente y una de las principales causas de internación en menores de edad, resulta imprescindible para el terapeuta ocupacional dedicado al campo de la salud mental, participar en espacios de formación, actualización, intercambio y reflexión sobre esta temática. ■

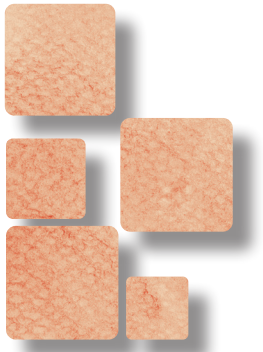
[Recibido: 11/04/18 - Aprobado: 11/11/18]

Referencias

- AOTA. (2008). Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso.
- Ballarino, F. (27 de noviembre de 2016). Preocupa la suba de casos de suicidio en adolescentes. Informe de UNICEF y el MSAL. *Diario Perfil*.
- Basile, H. (2005). El suicidio de los adolescentes en la Argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Año XV, V. 12, N 3. pp. 211-231.
- Basile, H. y Fernández, J. (2017). Epidemiología del intento de suicidio/ suicidio consumado. Primer Congreso provincial de salud mental y adicciones. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Blos, P. (1981). La transición adolescente (Leandro Wolfson, trad). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo del suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica CONDES*, pp. 607-615.
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional: Modelo de la ocupación humana. Teoría y aplicación*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Larraguibel, M. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Pediatría V. 71*, N3. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script...4106200000300002>
- Ley de protección integral de los derechos de los niñas, niños y adolescentes N° 26.061. Buenos Aires, Argentina, 28 de Septiembre de 2005.
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26.657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.
- López, V. (03 de Agosto de 2017). Hay que estar atentos, dice un experto en suicidios. *Diario Clarín*.
- Ministerio de salud de la Nación (2010). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Buenos Aires, Argentina.
- Moruno Miralles, P. y Talavera Valverde, M. A. (2011). *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. 2ª ed. Madrid, España: IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio. Recurso para consejeros*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global. Informe mundial de la OMS*. Recuperado de: www.who.int/topics/suicide/es/
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte, podrían evitarse. Comunicado de prensa*. Recuperado de www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearlyadolescent-deaths/es/
- Sánchez Rodríguez, O., Polonio López, B. y Pellegrini Spangenberg, M. (2013). *Terapia Ocupacional en salud mental: teoría y técnicas para la autonomía personal*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Cómo citar este artículo:

Gutiérrez, Y. (2018). Conducta suicida en adolescentes. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2) 27-33.



Hábitos, rutinas, roles y la influencia del contexto sociocultural en la lactancia materna exclusiva en madres de la comuna 20 de Cali, Colombia. Estudio de casos

Habits, routines, roles and the influence of sociocultural context in exclusive breastfeeding in mothers of district 20 of Cali, Colombia. Cases Study

Melania Satizabal Reyes | Luisa María Muñoz Rayo | Nathalia Montenegro Santander

Melania Satizabal Reyes

Terapeuta Ocupacional, Especialista en desarrollo comunitario, Magíster en Sociología. Docente de la Escuela de Rehabilitación Humana de la Universidad del Valle.

melania.satizabal@correounivalle.edu.co.

Luisa María Muñoz Rayo

Terapeuta Ocupacional. Centro social "Sor María Luisa Courbin" Terapias integradas.

luisama9530@gmail.com.

Nathalia Montenegro Santander

Terapeuta Ocupacional. Hospital Universitario del Valle Evaristo García ESE.

natymontenegro@outlook.es

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud, la lactancia materna da uno de los inicios más saludables en la vida del ser humano, por esto es necesario crear estrategias para apoyar su implementación. Se han realizado investigaciones desde diferentes áreas de la salud para lograr este objetivo. Sin embargo, desde Terapia Ocupacional son pocos los estudios sobre la actividad de lactancia materna, por tanto, la investigación tuvo como objetivo describir los hábitos, rutinas, roles y la influencia del contexto alrededor de la lactancia materna exclusiva desarrollada por cuatro madres lactantes pertenecientes a la comuna 20 de la ciudad de Cali. Se realizó un estudio cualitativo, con enfoque de estudio de caso, de temporalidad transversal y de alcance descriptivo. Se realizó entrevistas a profundidad y observación participante. Se encontró que alrededor de la lactancia materna se construyen hábitos que reestructuran las rutinas y que se desarrollan en relación con los roles desempeñados por cada una de las madres. El contexto social y cultural influye directamente en el desarrollo de la lactancia materna.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, lactancia materna, hábitos, roles.

Abstract

According to the World Health Organization, breastfeeding gives one of the healthiest beginnings in the life of the human being, for this reason it's necessary to create strategies to support its implementation. Research has been conducted from different areas of health to achieve this goal. However, there is few research on breastfeeding as an occupation in the Occupational Therapy field; therefore, this research aims to describe habits, routines and roles and the influence of the context around exclusive breastfeeding developed by four nursing mothers belonging to the commune 20 of the city of Cali. A qualitative ethnographic study was carried out, with case study, transverse temporality and descriptive scope. In-depth interviews and participant observation were conducted. It is concluded that around breastfeeding habits are constructed which restructure routines and which develop in relation to the roles played by each one of the mothers. The social and cultural context directly influences directly in the development of breastfeeding.

Key words: Occupational Therapy, breast feeding, habits, roles.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2016) plantea que la lactancia materna da uno de los inicios más saludables en la vida de todo ser humano. Además, calcula que alrededor de un millón de niños mueren cada año por diarreas, infecciones respiratorias y de otros tipos de infecciones que pueden ser prevenidos mediante la lactancia materna, igualmente, un número más grande de niños sufren de enfermedades que no adquirirán si fuesen amamantados. La organización mundial de la salud (2016) evidencia la importancia que tiene la lactancia materna en el cuidado de la salud física y mental de la madre, y en la promoción del bienestar de las sociedades actuales.

Actualmente, diversas investigaciones analizan la participación de los profesionales de la salud en la promoción de la actividad de lactancia, principalmente, relacionadas con los beneficios de educar a las madres primíparas con el objetivo de aumentar la duración de la misma (Rosabal y Piedra, 2004; Pinzón, Alzate y Olaya, 2015). También a través de diversas publicaciones de cartillas y guías para profesionales y mamás (UNICEF, s.f.; Organización Mundial de la Salud, 2010) se evidencia la relevancia que tiene la lactancia materna para las políticas públicas del mundo.

Desde Terapia ocupacional se encuentran escasas publicaciones sobre la participación de la profesión en la promoción de la actividad de lactancia materna. Se encontraron algunas investigaciones que abordan la creación de rutinas y hábitos que permiten a las madres aumentar y facilitar la duración de la lactancia materna (Froehlich al., 2015; Pitonyak, 2014; Visser, 2016). Estas investigaciones permiten reconocer la necesidad del terapeuta ocupacional como parte de un equipo multidisciplinario que promueva la actividad de lactancia con el fin de favorecer el bienestar de las madres, los bebés y la sociedad.

En relación con lo anterior, se identifica la importancia de ampliar el conocimiento propio de la Terapia ocupacional sobre la actividad de lactancia materna que permita a la profesión construir bases teóricas y empíricas. En consecuencia, este artículo tiene como objetivo describir los hábitos, rutinas, roles y la influencia del contexto en la lactancia materna exclusiva desarrollada por madres lactantes pertenecientes a la comuna 20 de la ciudad de Cali.

Metodología

Se diseñó un estudio bajo una perspectiva cualitativa, con enfoque de estudio de caso, de temporalidad transversal y de alcance descriptivo. Participaron cuatro madres lactantes que se encontraban en periodo de lactancia exclusiva, mayores de edad, habitantes de la comuna 20 de la ciudad de Cali. La selección de la población se realizó a conveniencia. La investigación comenzó en agosto del 2016 y finalizó en junio del 2017.

Se realizó una entrevista a profundidad y tres observaciones participantes a cada una de las madres en su domicilio. Cada observación tuvo una duración de aproximadamente cuatro horas, con una frecuencia semanal. El diseño de la entrevista a profundidad tuvo una parte inicial de caracterización y una segunda parte que se divide en seis subtemas que fueron establecidos con base en las características de la ocupación humana descritas por Yerxa (1993): significado y experiencia, propósito y objetivo, demandas de la actividad, organización y estructura, contribución a la calidad de vida y, finalmente, valor y reconocimiento social. La entrevista fue desarrollada con cada madre participante del proyecto, en una visita domiciliar programada de tres horas de duración, aproximadamente.

Para el análisis de la información recolectada se utilizó el software ATLAS TI versión 7.0 que permitió organizar y agrupar la información de acuerdo a su contenido temático y su pertinencia dentro de las categorías de análisis establecidas con base en el marco teórico de la disciplina de terapia ocupacional.

Este artículo presenta algunos de los hallazgos de la investigación “Descripción de la lactancia materna como ocupación humana en un grupo de madres lactantes de la comuna 20 de la ciudad de Cali. Estudio de casos”, correspondiente al trabajo de grado de Terapia Ocupacional.

La investigación fue sometida al Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle. Los participantes firmaron consentimientos informados, se garantizó preservar su identidad.

Resultados

Las madres participantes

Valentina es una mujer de 21 años de edad, es bachiller, trabaja en la comercialización de ropa y cuida de sus dos hijos, una niña de 8 años y un bebé de 5 meses. Vive con sus padres, sus hermanas, su esposo y sus hijos. Rodeada de su familia, ha encontrado el apoyo para tomar y afrontar la responsabilidad que implica tener dos hijos “Con este bebé fue diferente, yo ya tenía a Laura, más edad ¿sí me entiendes? Entonces como que ya lo comprenden mejor y me apoyaron en todo el proceso, aunque no fue planeado”. En su hogar todos aportan para el mantenimiento de la casa y Valentina se responsabiliza, con la ayuda de los padres, por el cuidado de sus hijos.

Sara tiene 33 años, culminó su bachillerato y se graduó como auxiliar de archivo oficio, que aún no ha desempeñado. Antes del parto trabajaba en una empresa de limpieza, en palabras de ella “me sacaron antes de que naciera en la bebé, me dieron un dinero, me dijeron que podía volver cuando ya tuviera a la bebé, pero yo que voy a volver por allá”. Por tal motivo, depende económicamente del papá de la bebé y está dedicada al cuidado de sus dos hijas, una adolescente de 14 años y

su bebé de 5 días de nacida. Vive en una casa familiar con su mamá, una señora con discapacidad, que además debe cuidar. Sara manifiesta sentimientos de angustia y falta de redes de apoyo: “la crianza es un sacrificio”.

Por otra parte, está Clara, una mujer de 25 años, técnica en atención integral a la primera infancia, se desempeñaba en el cuidado de su hijo de 7 años, al cuidado de su hogar y a trabajar en una guardería cerca del barrio. Actualmente, está dedicada de tiempo completo a su rol de madre y, principalmente, a lactar a su bebé de 15 días de nacido. Vive en una casa familiar con sus padres, sus hermanos, su esposo y sus hijos. Clara manifiesta que “disfruta al máximo ser madre”. Cuenta con el apoyo de su familia.

Juana, de 24 años de edad, terminó la secundaria, se dedica al cuidado de su bebé de 5 meses y vende comida los fines de semana en la puerta de su casa. Es madre soltera “pues a mí me dio muy duro. Me llevaron psicólogo y todo eso, porque fue muy duro, todavía me da duro porque no es capaz de llamar a preguntar por la niña, ni nada de eso”. Vive con su madre y juntas se apoyan en los gastos de sostenimiento y en los asuntos de la crianza.

Hábitos, rutinas y roles en la lactancia materna

Los hábitos, las rutinas y los roles permiten configurar la organización y estructurar los comportamientos ocupacionales, por tanto es importante dar cuenta de ellos en la actividad de la lactancia materna.

Hábitos alrededor de la lactancia materna

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional los hábitos “se refieren a los comportamientos específicos y automáticos que pueden ser útiles, dominantes o perjudiciales” (2010, p. 25). La investigación permitió reconocer que la adquisición de los hábitos alrededor de la lactancia materna está directamente ligada a la versatilidad de cada una de las mamás y su capacidad para adaptarse a las diferentes situaciones que rodean, influyen y modifican la lactancia materna.

Durante las observaciones, se evidenció que los pasos que realizan las mamás para iniciar la lactancia materna se ejecutan de forma automática. En el caso de Clara, ella acostumbra a cargar a su bebé, mimarlo y mientras le habla, alcanza el cojín que está -casi siempre- en un asiento a su lado; realiza los siguientes pasos para alimentar a su bebé: lo acomoda en el cojín de forma que pueda tomar y quede bien a su altura, se baja el brasier, toma el seno y su pezón para ponerlo en la boca de su bebé; esto lo hace cada vez que amamanta.

De igual forma, se observa que las otras dos mamás del estudio ejecutan los mismos pasos, que son escogidos por cada una, previos a la lactancia y varían, generalmente, según la posición y el espacio físico en que la desarrollen. Valentina,

la mamá más joven del grupo, realiza todos los pasos para ajustar a su bebé para la lactancia de forma tan rápida que, si debe hacer ajustes en el posicionamiento de ambos (mamá-bebé), los hace sin pensar o preguntarse si debe hacerlo sin que sea tan relevante el espacio en donde la desarrollará (habitación, sala o cocina).

Por el contrario, Sara, quien es mamá por segunda vez, continúa explorando las diferentes formas que le permitirán sentirse lo suficientemente cómoda para llevar a cabo la lactancia y así lograr que los pasos se vuelvan más sencillos de ejecutar y los pueda repetir en el tiempo. En este caso, es importante resaltar que, durante los encuentros con esta mamá, el momento de lactar a su bebé fue distinto en cada ocasión, ya que dependía de si había o no otras personas a su alrededor que, generalmente, intervinieron haciendo algunos pasos por ella.

Durante los relatos, las mamás refirieron tener hábitos de higiene que han ido adquiriendo a lo largo de la lactancia materna y que fueron descritos en las entrevistas. Juana plantea “cuando estoy por fuera de la casa, me lavo los senos con abundante agua y las manos con jabón”. Igualmente, Valentina afirma siempre lavarse las manos antes de cargar a su bebé para darle de comer, así como Sara quien también expresa que se lava las manos o se las limpia con un pañito antes de lactar. Por su parte, Clara manifiesta que ella no realiza ningún hábito de higiene previo a amamantar a su bebé porque “siempre está limpia”, dado que se dedica, durante al día, a cuidar a su bebé. Sin embargo, estas acciones de limpieza no fueron evidenciadas durante las observaciones, es decir que, a pesar de que las mamás tienen claro que deben estar limpias para amamantar a sus bebés, el hábito de higiene está aún en proceso de construcción.

En torno a la lactancia materna, las mamás han desarrollado hábitos que comparten y otros que, en cambio, solo realizan algunas de ellas. En las observaciones se constató que Clara, con intenciones de iniciar a “regular la alimentación” de su bebé, observa el reloj cada vez que va a lactar y controla rigurosamente el tiempo: “Mmm, yo le doy 15 minutos de una y 15 minutos de la otra o cuando tengo los senos muy llenos le doy 25 minutos en uno y 25 en otro”. Así como Clara controla el tiempo en el reloj, ni Juana, ni Valentina, ni Sara lo hacen, pero sí intentan calcular el tiempo, como también cambiar el seno con que alimentan a sus bebés dependiendo de cuál está más lleno. Este hábito puede cambiar según la particularidad de cada una: Sara, por ejemplo, inicia siempre a alimentar a su bebé por el seno que más le duele y sigue con este si no disminuye el dolor.

En el proceso de la lactancia, los bebés desarrollan hábitos que además de alimentarlos, les permiten iniciar vínculos afectivos con la madre. Clara y Valentina identifican que algo le pasa a sus bebés cuando comen porque ellos se empujan hacia atrás y sacan el pezón de la boca dejando de succionar

inmediatamente; acto seguido, ellas revisan a su bebé, observan que todo está bien y vuelven a tomar su seno y posicionan el pezón en la boca de sus bebés, nuevamente con intención de intentar que sigan tomando. Esto se repite cada vez que los bebés tienen ese comportamiento y, según la acción que realizan en el nuevo intento, los siguen alimentando o entienden que ya sus bebés están satisfechos.

Rutinas alrededor de la lactancia materna

De acuerdo con la AOTA las rutinas son “secuencias establecidas de ocupaciones o actividades que proveen de estructura a la vida diaria” (2010, p. 25). En este estudio se encontró que las mamás participantes reconocen que la lactancia materna ha cambiado sus rutinas diarias. Por ejemplo, Juana plantea: “claro, porque normalmente yo hacía otras actividades y ella me quita todo el tiempo, es un cambio del cielo a la tierra”, uno de los cambios que más le ha afectado es que antes solía dormir hasta tarde y ahora no puede hacerlo porque debe cuidar de su hija. Al indagar por el cambio de rutina en Valentina responde: “en realidad sí es mucho tiempo. A veces necesito hacer mis cosas y no puedo porque tengo que estar todo el tiempo amamantándolo”, además de estar pendiente de su hija mayor y despacharla al colegio, debe alimentar a su bebé y hacer estas actividades al mismo tiempo. Por el contrario, Clara nos contesta:

Claro, aunque en estos momentos no porque estoy en dieta y no puedo ni barrer ni trapear ni cocinar, todo me lo hacen, pero creo que sí, por lo que siempre se lleva su tiempo amamantándolo, entonces eso quita tiempo en el día, yo creo que esos cambios se van a venir muy pronto.

Con lo anterior, se logra evidenciar que, aunque estos cambios todavía no los ha sentido, es consciente de la implicación que tiene la lactancia en las actividades de su vida diaria y en el tiempo disponible para hacerlas.

Por su parte, Sara manifiesta que “los cambios han sido bastante drásticos y me ha costado adaptarse a los horarios para darle de comer al bebé”. Esta última afirmación está relacionada con lo observado durante el día a día de las mamás con relación a cuáles son las necesidades de sus bebés: las horas en que duermen, las horas en que están despiertos, el tiempo que duran en el corral o en la cama sin necesidad de estar cargados, cuándo tienen hambre, el tiempo que se tomen para quedar llenos, entre otros. Estos factores modifican la estructuración de la rutina diaria de estas mamás, tal y como todas ellas lo han manifestado en diferentes ocasiones, y como lo expresa Clara: “uno va haciendo cositas, mientras ellos duermen, o cuando están quieticos y no lloran, porque si no a uno no le alcanza el día”.

Así, se evidencia que la realización de actividades propias del rol de madre son las que organizan y estructuran la vida

diaria de tres de las mamás y que, además, son mamás por segunda vez.

Las rutinas de las mamás, como se pudo identificar, se re-estructuran de acuerdo a las necesidades del bebé y cambian conforme se adaptan el uno al otro (mamá- bebé). De igual forma, estas se organizan según las demás actividades y obligaciones que las mamás tengan, no solo necesarias para desempeñar su rol como madres, sino también, que son impuestas por sus contextos al igual que por ellas mismas.

Roles alrededor de la lactancia materna

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional define los roles como

Un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y pueden conceptualizarse y definirse por el cliente. Los roles pueden proveer una guía para seleccionar las ocupaciones o pueden conducir a patrones de participación estereotipados y limitados (2010, p.25).

Dentro del rol de madre se puede ubicar varias actividades que son mencionadas por las mamás relacionadas con el cuidado del bebé; algunas de estas son: bañarlos, cambiarles el pañal, lavar su ropa, amamantarlos, jugar con ellos, etc. Se encontró que cada mamá ha desarrollado una forma particular de llevar a cabo estas actividades, lo que está íntimamente relacionado con la forma en que adquieren, asumen y significan el rol de madres.

Se logró evidenciar lo anterior con Sara quien, cuando su bebé empieza a llorar, después de haber dormido por 15 minutos, la mira con desesperación y le dice: “Aggg, bebé tienes hambre” y, ante la pregunta que le hacemos sobre si la alimentará, responde “Sí, pues es mejor, ¿no?”. Sara comenta que le ha costado mucho adaptarse a los horarios para lactar a su bebé “Tengo mucho agotamiento porque ella se levanta toda la noche a comer” y responde con expresiones de dolor, mientras la amamanta “Sí, yo he notado que ellos perciben todo, es que ellos son una bendición inmensa, pero también un sacrificio enorme”.

Esta forma en que Sara asume la lactancia materna se evidencia en la ejecución de otras actividades del rol de madre en las que, sí puede, pide a otras personas que las realicen por ella, busca la aprobación para hacerlas de una u otra forma y expresa dolor, angustia y cansancio. Por el contrario, Juana, quien durante su embarazo estuvo hospitalizada, nos cuenta que desde el momento en que nació su bebé, su vida cambió “La dieta no me la cuidé, yo no, a los dos días me paré y caminé, ¿me dolía? Sí, pero yo caminaba y me iba a ver a mi hija”, porque para Juana “mientras la niña esté bien, el amor por ella hace que uno haga todo por ella” y la lactancia materna no la tomó por sorpresa pues, aunque es la primera vez que es mamá, es-

taba preparada para hacerlo “Yo quería porque yo decía: uno ya debe estar preparada para ser mamá, así duela, eso no importa” y, de esa misma forma, asume el rol de mamá.

La forma en que estas cuatro mujeres asumen y ejecutan su rol de madres afecta directamente la lactancia materna que cada una desarrolla con sus hijos. Por eso, Sara, de acuerdo a lo identificado en las observaciones y lo manifestado por ella, aún se encuentra explorando las formas de desempeñar este rol, se muestra un poco más indecisa que las otras. Juana, por ejemplo, se siente confiada de las acciones que realiza con su bebé en las actividades del cuidado y en la lactancia materna, así como Clara y Valentina quienes expresan que el rol de mamá es también algo que se va desarrollando a medida que lo van viviendo: “No, yo creo que uno va conociendo cómo hacer las cosas en la medida que van pasando, es como algo natural, algo que se va dando, como instinto” (Valentina: 22 años).

Además, de ser madres de estos bebés, Valentina, Clara, Juana y Sara son mujeres, esposas, hijas, hermanas y trabajadores. Manifiestan que la lactancia materna y el cuidado de sus bebés les requiere tiempo, lo que altera la participación en dichos roles.

Por otro lado, Clara, ante la indagación si la lactancia ha cambiado la concepción que tiene sobre su cuerpo, nos responde “No, la verdad, la verdad es que a mí no me gusta mostrar los senos en todo lado, con eso no la voy” (Clara, 25 años), por lo que trata de no salir de su casa durante periodos prolongados de tiempo y, si está en casa con extraños, se pone una manta para taparse como pudimos evidenciar en las observaciones iniciales.

A Valentina esto le causa curiosidad “Sí, es raro, ¿no? No todo el mundo va mostrando los senos por ahí, pero cuando uno sale con ellos, pues toca, eso depende de si uno se pone a pensar mucho en eso, o si piensa en ellos mejor” (Valentina, 22 años). Juana con una voz firme nos dice: “No, si estoy en mi casa no me tapo. Hay gente a la que no le gusta pero yo pienso que no voy a dejar a mi hija llorando solo porque no les gusta” (Juana, 23 años). Con lo anterior, podemos ver que su rol como mujeres se ajusta en pro de la lactancia materna, sin embargo, mantienen la idea sobre no exhibir su cuerpo en espacios públicos y prefieren amamantar en casa donde expresan sentirse más seguras.

El contexto social y cultural influyen en la adopción del rol de madres y de la lactancia materna, en tanto que este tema es conversado con personas de su misma familia: madres, padres, hermanas, tías; con profesionales de salud: médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales; con vecinos, amigos, ya sea que motiven hacia su desarrollo o no, y la decisión de lactar o no a sus bebés depende de qué tan importante la consideren estas mamás para el desarrollo y bienestar de sus hijos.

La influencia del contexto y del entorno en la lactancia materna

La elaboración de esta investigación permite reconocer la influencia del contexto cultural y entorno social en la lactancia materna. A continuación se retoman los conceptos sobre los que se desarrollará este apartado, Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2010) establece que “El entorno social está formado por la presencia de relaciones y expectativas de las personas, organizaciones y poblaciones que rodean a la personas y en éste tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria” y que el contexto cultural hace referencia a “Las costumbres, formas, creencias, patrones de la actividad, estándares de comportamiento y expectativas aceptadas por la sociedad de la cual es miembro la persona” (p. 29).

Con relación al contexto cultural, uno de los aspectos identificados claramente a través de los relatos de las mamás de este estudio, así como de las interacciones de su familia, es la existencia de unos *conocimientos culturales* alrededor de la lactancia materna que permean el significado, la complejidad y la estructura de la misma.

Estos conocimientos o consejos, que pasan de generación en generación en la familia de cada una de estas madres, se convierten en un facilitador o en una barrera para la lactancia:

Mi mamá me dijo que la leche reemplaza todo, hasta la agüita que las abuelas dicen que hay que darles, no es necesaria, eso hace de todo y complementa y eso les hace los anticuerpos para que ellos no se enfermen, lo protege mucho, es esa como la protección más grande que tienen los niños (Valentina, 22 años).

La esencia del comentario de Valentina se puede ver en diversas ocasiones en su casa cuando su mamá y su familia la apoyan en la realización de diversas tareas refiriendo que ella debe tener tiempo para amamantar a su bebé.

Por el contrario, en la familia de Juana y en ella misma se identifican comentarios y comportamientos diferentes.

Para ella no era suficiente la leche materna, nosotros sabíamos que ella quedaba con hambre, entonces le compramos una leche de tarro, yo no iba a dejar que mi bebé no comiera bien; es como eso que la tinta de los frijoles y eso, mi mamá y yo le dimos eso porque eso les cura el estómago y hace que nada le vaya a caer mal, yo hice eso y a ella nada de lo que le damos le cae mal, aunque los médicos digan que no es necesario, pero la mamá es la que sabe, ¿sí me entiende? (Juana, 23 años).

Lo anterior permite comprender cómo esas creencias alrededor de la lactancia están tan arraigadas, que a pesar de las recomendaciones médicas, para Juana lo mejor que puede hacer por su bebé es alimentarla de acuerdo a las tradiciones y creencias que se han construido en su familia, por tanto, se

convierten en un “deber ser” en relación con el desarrollo de la lactancia materna y la crianza de su hija.

De igual forma, durante los encuentros con las madres, se identifica que existen ciertos conocimientos alrededor de la lactancia materna que están relacionados con las formas de llevarla a cabo. Estos son, de cierta manera, consejos que también se pasan de generación en generación. *“A veces uno siente que se le riega, ¿me entiendes? Entonces yo digo, la niña debe tener hambre, porque cuando a uno se le riega es porque ellos tienen hambre (...) Como yo no tenía pezón yo la ponía porque ella me ayudaba a sacarlo” (Juana, 23 años).*

Por ejemplo a uno le dicen que a uno no le sale leche porque no coloca al bebé, entonces cuando el bebé está chupando, entonces eso le sube al cerebro y bueno eso hace que a uno le salga leche (...) Ellos a veces no tienen hambre pero yo le doy seno también cuando quiero que se calme, uno les da y ellos se calman” (Valentina, 22 años).

“Cuando uno está enojado o triste eso no le baja a uno, porque también uno les transmite eso a ellos” (Sara, 33 años). “Cuando uno los está amamantando uno tiene que tener el mejor estado de ánimo posible, para que sea bueno para ellos, no vaya a ser que porque uno esté triste se corte la leche” (Clara, 25 años).

Con relación al entorno social y su influencia en el desarrollo de la lactancia materna, la investigación logró identificar la percepción que tienen las madres sobre la concepción de la misma en la sociedad. En cuanto a las opiniones manifestadas sobre cómo ellas sienten que la lactancia materna es apoyada por la sociedad, las madres concuerdan en que las personas del común conocen lo que escuchan a través de los medios de comunicación.

No obstante, ellas manifestaron que cuando amamantan en la calle se sienten observadas y “como si no estuviera correcto hacerlo”; a pesar de esto, cada mamá le da un significado diferente a esta respuesta de la sociedad, pero, de una forma u otra, las afecta en la medida en que comentan que no se sienten tranquilas lactando en espacios públicos y señalan la necesidad de espacios que estén dirigidos a mamás que necesitan amamantar a sus bebés. De igual manera, estas mamás comentaron que es importante que las personas del común conozcan no solo que existe la lactancia materna y reconozcan su importancia, sino que comprendan que su aceptación es indispensable para promoverla.

En las entrevistas, observaciones y diálogos sostenidos con las madres también se logró identificar que el sistema de salud cumple un papel importante y determinante en algunos casos, en el desarrollo de la lactancia materna. Para fines de este apartado, hablaremos del sistema de salud como la suma de organizaciones, recursos e instituciones que tienen como objetivo mejorar la salud de las personas (Organización

Mundial de la Salud, 2005), es decir, que el sistema de salud del que hablaremos estará representado para cada mamá por las enfermeras, médicos, pediatras y terapeutas que en algún momento de su proceso de embarazo y de controles a sus bebés han brindado o emitido un consejo, un concepto o una recomendación en torno a la lactancia materna.

Las instituciones que se logran identificar en el contexto de las mamás que participaron en el estudio son las IPS en las que realizan sus controles durante el periodo de gestación y el de sus bebés, el programa De cero a siempre al cual acudieron Valentina, Clara y Sara en algún momento de su proceso, así como el club de gestantes y club del bebé, grupos comunitarios orientados por docentes y estudiantes de la Universidad del Valle.

Se logra identificar que estas instituciones y el programa De cero a siempre hacen un proceso de promoción de la lactancia materna y esto se evidencia cuando al preguntarles a las madres si ellas consideran que si desde estas instituciones se apoya la lactancia materna, nos responden “Hay ocasiones que sí, porque nos dan asesorías y psicología sobre charlas educativas como lo hace mucho el bienestar familiar” (Sara, 33 años), “Yo sí quería amamantar a mi bebé y me dije a mí misma que así me doliera lo iba a hacer porque eso es súper importante. Como en los controles la doctora le dice a uno eso” (Valentina, 22 años).

Además, las cuatro coinciden en que en algún momento les comentaron la importancia de la lactancia materna: “yo cada vez que voy al médico lo único que siempre me dice es: dele leche del seno lo más que pueda, nada de leche de tarro” (Clara, 25 años). Con lo anterior, se logra constatar que tanto en el grupo De cero a siempre, como en las IPS se promovía la lactancia materna y su importancia para el desarrollo de los bebés.

Por otro lado, estas instituciones, representadas por profesionales de la salud, desempeñan un papel importante en cuanto a la solución de dudas que les surgen a las mamás y les dan pautas durante su proceso, tal y como comenta Sara “Un médico del HUV me contó sobre las posiciones y cómo cogerle la cabeza mientras toma leche, me habló sobre la importancia de la lactancia y los beneficios para el bebé, como el vínculo afectivo y el desarrollo del bebé”. Estos profesionales dan consejos cada vez que ven a las mamás y a sus bebés en los controles y estos son adoptados por cada mamá según sus necesidades “La doctora me decía que a eso de las tres horas el bebé tiene hambre y que si llora antes de las tres horas puede que sea popó, chichí o que estaba cansado y no hay que ponerle la teta” (Clara, 25 años), además de ser una fuente de información “El otro día estuve en el puesto de salud, había una pediatra y me explicó las partes que tiene la leche, cosas que no sabía” (Clara, 25 años), “la doctora me dijo que debía ponerla para que me saliera más leche” (Sara, 33 años).

Esta ayuda representada y brindada por las instituciones es valorada por las mamás y expresan que son de mucha utilidad “Hay cosas que me explicaron en el programa al que yo iba porque hay diferentes forma de amamantarlos, cómo ponerlos o cómo sentarlos, cómo sentarse uno y todo eso le sirve mucho a uno” (Valentina, 22 años). Sin embargo, estas mismas instituciones tienen acciones que, como lo plantean Juana y Valentina, no son las más apropiadas para favorecer la lactancia materna. Estas dos mamás tuvieron a sus bebés hospitalizados por un periodo de tiempo corto después de dar a luz y Juana nos cuenta que, luego de algunas visitas en las que podía ver a su bebé, una médica le dijo: “Vea, mujer, usted ya tiene que darle leche a la niña, tiene que hacerle canguro” sin brindarle indicaciones previas o ayuda al momento de hacerlo.

De igual forma, Valentina cuenta que

Al principio él estuvo hospitalizado, lo acostumbraron a cada tres horas. Allá lo cogían y lo ponían ahí, era más chistoso como lo cogían allá: la señora como que lo entre-sentaba y le metía el tetero y luego chupe y chupe y ya, lo volvían a meter a la incubadora.

Con el comentario anterior, se expone que estos servicios no logran promover ni acompañar la lactancia materna, al no brindar un espacio y condiciones para que las mamás puedan amamantar de una forma significativa para ellas y sus bebés.

Así mismo, Juana manifiesta que ella le da también leche de fórmula a su bebé porque

Yo no le puedo dejar de dar el tetero porque ella lo necesita porque no queda llena y ojalá lo hiciera. Pero como dice una doctora del control: los niños no quedan llenos con el seno tienen que complementarle con el tetero; entonces yo le doy tetero,

por lo que Juana, desde los primeros días en los que tuvo a su bebé en casa, le da leche materna y leche de fórmula siguiendo el consejo que le da una representante de su sistema de salud, en este caso, un profesional de su IPS.

Discusión

La vida cotidiana de la madre se transforma con la lactancia materna en la medida en que se construyen nuevas rutinas. Valentina, Clara, Sara y Juana plantean que no tienen una rutina establecida para lactar a sus bebés; sin embargo, aunque no sea reconocido por ellas, sí se logra identificar que con el paso del tiempo su habilidad para organizar sus días va mejorando a medida que ven la necesidad de hacerlo. Poco a poco van construyendo un patrón en el orden de realizar las actividades que tienen que ver con el cuidado de sus bebés, ya que se ajustan el uno al otro (madre-hijo) y sus días se construyen en lo cotidiano, teniendo como punto de partida las

necesidades de sus bebés. Lo anterior significa que las mamás realizan un proceso de des-estructuración y re-estructuración de la rutina.

Una situación similar se encontró en un estudio realizado en Estados Unidos (Froehlich et al., 2015), en el que se identificó que a medida que pasaba el tiempo desde el nacimiento de los bebés, las mamás de los grupos intervenidos iban describiendo la creación de una rutina diaria. Así, las once mamás intervenidas entre la segunda y la tercera semanas después del nacimiento de sus hijos expresaron no tener una rutina establecida, cinco de las nueve madres expresaron tener “algo” de una rutina entre la sexta y la octava semanas y seis de las siete mamás afirmaron tener una “rutina emergente” entre la décima y la decimosegunda semanas.

La vida cotidiana de la madre se transforma con la lactancia materna en la medida en que se priorizan unas actividades y se desplazan otras. Como lo manifiestan Sara, Juana, Valentina y Clara la prioridad de ellas son sus hijos, han sentido un cambio drástico después de su nacimiento y la implementación de la lactancia, dado que hay cosas que ellas solían hacer o en las que participaban que ya no las hacen, como en el caso de Juana “Yo dormía hasta tarde todos los días, y ahora ya no puedo” o de Sara, quien nos comenta “Yo antes salía a hacer todas mis vueltas y ahora con la bebé me queda muy difícil porque debo estar con ella todo el tiempo”. “Yo quisiera entrar a trabajar, porque depender del dinero que el papá de la niña me da cuando quiere es muy difícil, yo también tengo mis gastos, pero pues sé que debo esperar a que ella esté más grande, ¿no? Que tenga 6 meses al menos” (Sara, 33 años).

Lo expresado por las madres del estudio coincide con lo planteado en el estudio *Vivencias de la lactancia materna desde el relato de mujeres lactantes habitantes del departamento de Antioquia* en que las madres del estudio “experimentaron una disminución y desplazamiento de las actividades que normalmente realizaban y debido a la maternidad aún no las han podido retomar” (Bermúdez, 2016, p. 51). Además, en un estudio realizado en Cali por Díaz, Cabrera y Mateus (2003), se encontró que las mujeres reconocen cambios en los comportamientos sociales debidos a la lactancia materna exclusiva, estos cambios están relacionados con la reducción de la interacción social por fuera de su hogar, las dificultades para vincularse laboralmente y la aparición de conflictos en sus hogares por el atribuido incumplimiento de las responsabilidades en los mismos.

Ahora bien, como se expuso anteriormente, la lactancia materna está influenciada por el contexto social y cultural. Valentina, Sara y Juana amamantan por fuera de casa, sin embargo, reconocen que, de algún modo, son vistas de “forma rara”, como plantea Sara “todos lo miran a uno como hasta de forma morbosa”, y, aunque esto no determina la lactancia

materna, sí evoca sentimientos alrededor de la misma que pueden influir en que mamás como Clara prefieran no hacerlo fuera de la casa. La forma en la que son vistas las mujeres en la calle cuando amamantan a sus bebés puede verse como una discriminación que proviene del contexto social y que hace que ellas no puedan ejercer libremente la lactancia en lugares públicos sintiéndose igual de cómodas como si estuvieran en sus hogares.

Lo anterior se corrobora en el estudio realizado en España por Belintxon-Martín, Zaragüeta, Adrián y López-Dicastillo (2011), en el que las madres expresan que hay un deseo de privacidad en las tomas y que al ser algo íntimo, les gustaría compartir este momento con su pareja solamente. Por lo anterior, consideran embarazoso el hecho de amamantar en público. A su vez, esto hace que las mamás se cuestionen cómo ejecutarán la lactancia materna y si deberán abandonar la lactancia exclusiva antes del tiempo establecido debido a que plantean que la lactancia en espacios públicos trae consigo incomodidades que no tiene la lactancia artificial porque no deben pensar si pueden sacar su pecho libremente o si deben taparse, a pesar de que esto afecte al bebé. De la misma forma, lo encontrado en estos estudios concuerda con los resultados expuestos en *Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna* (Díaz, Ruzafa, Ares, Espiga y De Alba, 2016) realizado en España, en el que el 38,9% de las madres que participaron en el, señalaron como un inconveniente principal para la lactancia materna el hecho de “dar pecho” en lugares públicos.

En cuanto a la influencia del contexto cultural en el desarrollo de la lactancia materna, el estudio de Díaz, Cabrera y Mateus (2003) también permite apreciar que las mujeres manifestaron que entre las razones por las que acortan el periodo de lactancia exclusiva se encuentran “la sed del bebé junto con el concepto de que el agua es un gran alimento, la percepción de que a los tres meses ya el bebé tiene suficiente protección y por tanto puede comer otros alimentos, (...)” (Díaz, Cabrera y Mateus, 2003, p. 121). Estos resultados guardan relación con lo referido por las madres de la investigación. Clara, por su parte, afirma que le da agua a su bebé porque a él le da sed; Sara, por otro lado, afirma que no le está bajando leche y que por esta razón debe darle leche de fórmula a su bebé. Estas razones similares a las evidenciadas en los anteriores estudios y en la presente investigación permiten comprender cómo el contexto cultural influye la lactancia materna.

Finalmente, se identifica que el contexto social repercute positiva o negativamente en la adquisición del rol de madre y en la implementación de la lactancia. Este entorno conformado principalmente por la pareja y la familia, permite a algunas madres sentirse tranquilas, apoyadas, amadas o, por el contrario, causar angustias, miedos y generar sentimientos negativos. Los comentarios y vivencias de las madres de este

estudio permitieron comprender que la maternidad y la lactancia materna es un proceso corporal y emocional complejo, por tanto las madres quisieran que sus seres queridos conozcan que ellas también tienen derecho a agotarse y a requerir ayuda de su círculo más cercano para poder cumplir con las demandas de esta ocupación, que es también una expresión de lo humano y que es vivido desde procesos individuales y colectivos, en tanto adopta ideas del contexto (Trujillo, Sanabria, Carrizosa y Parra, 2011; Becerra, Rocha, Fonseca y Bermúdez, 2015).

Conclusiones

La lactancia materna es un acto cotidiano. Es una puesta en escena de la madre y su hijo(a), en el que confluyen los saberes culturales, sociales y profesionales. Se construyen hábitos y rutinas que son desarrollados por cada mamá desde su singularidad.

En la lactancia materna se da un proceso de re-estructuración de las rutinas en la cual los bebés se convierten en el eje central y a partir de las necesidades de ellos y de las madres, se reorganizan sus días tratando de cumplir al mismo tiempo con las demandas de sus roles como madres, hermanas, hijas y esposas, que finalmente dan sentido a sus ocupaciones.

El contexto cultural y social se convierten en factores que influyen significativamente en la lactancia materna. Por una parte, los conocimientos y creencias ya existentes en la familia de estas mamás influyen en decisiones que ellas toman en relación con la continuación de la lactancia exclusiva. Así mismo, durante la experiencia de cada madre se van desarrollando conocimientos alrededor de la lactancia que se transmiten de generación en generación y que se relacionan con la forma de desarrollarla y de resolver las dificultades que se puedan presentar. Por otro lado, la familia se convierte en un factor trascendental que permite a las madres sentirse apoyadas, amadas y motivadas a continuar con la lactancia y a no desistir ante las dificultades que en esta se puedan presentar.

Por otra parte, el sistema de salud es un agente importante en la promoción de la lactancia materna, cómo se logra evidenciar en este estudio; además, es uno de los entornos más valorados por las mamás. Sin embargo, a pesar de la información que obtienen estas madres por medio de este, se evidencia que no es suficiente con realizar programas de promoción, que se limitan a brindar información. Es necesario diseñar programas de acompañamiento durante el embarazo y en el postparto desde una perspectiva holística y respetuosa del cuerpo de la mujer, sus ritmos, creencias y experiencias, que contemplen la familia y el contexto.

La investigación permitió evidenciar la necesidad de continuar explorando las características ocupacionales de la lactancia materna para así ir construyendo paulatinamente un

campo de conocimiento que posibilite la participación de terapeutas ocupacionales en programas interdisciplinarios de promoción y prevención. Igualmente, los resultados de la investigación exponen la importancia de abordar en futuras investigaciones la lactancia materna desde una perspectiva de género. ●

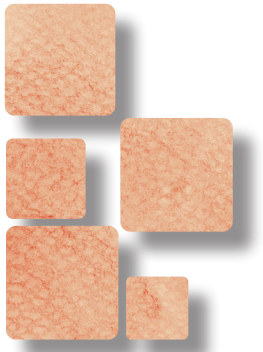
[Recibido: 24/07/18- Aprobado: 09/11/18]

Referencias

- Asociación Americana de Terapia Ocupacional. (2010). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/ao-ta2010esp.pdf>
- Becerra, F., Rocha, L., Fonseca, D. y Bermúdez, L. (2015) El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista de la facultad de medicina* 63(2):217-227.
- Belintxon-Martín, M., Zaragüeta, M., Adrián, C. y López-Dicastillo, O. (2011) El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primizas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 409-418.
- Bermúdez, L. (2016). *Vivencia de la lactancia materna desde el relato de mujeres lactantes habitantes del departamento de Antioquia* (tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Díaz, C., Cabrera, G. y Mateus, J. (2003). Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. *Revista Colombia Médica*, 34 (3), 119-123.
- Díaz, M., Ruzafa, M., Ares, S., Espiga, I. y De Alba, C. (2016). Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Revista española de salud pública*, 90, e40016, 1-18.
- Froehlich, J., Donovan, A., Ravlin, E., Fortier, A., North, J. y Bloch, MK. (2015). Daily routines of breastfeeding mothers. *Work*, 50(3), 433-442.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Lactancia materna*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Pinzón, G., Alzate, M. y Olaya, G. (2015). La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(2), 285-293.
- Pitonyak, J.S. (2014). Occupational Therapy and Breastfeeding Promotion: Our Role in Societal Health. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(3), 90-96.
- Rosabal, L. y Piedra, B. E. (2004). Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(1).
- Trujillo, A., Sanabria, L., Carrizosa, L. y Parra, E. (2011). Comprensión de la ocupación Humana. En Rojas, C. (Ed.). *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente* (pp. 27-69). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- UNICEF. (s.f.). *Lactancia materna*. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- Visser, M., Nel, M., la Cock, T., Labuschagne, N., Lindeque, W., Malan, A., y Viljoen, C. (2016). Breastfeeding among mothers in the public health sector: the role of the occupational therapist. *South African Journal of Occupational Therapy*, 46(2), 65-72.
- Yerxa, E. (1993). Occupational science: a new source of power for participants in occupational therapy. *Journal of occupational science*, 1(1), 3-9.

Cómo citar este artículo:

Satizabal Reyes M., Muñoz Rayo L. M., y Montenegro Santander N. (2018). Hábitos, rutinas, roles y la influencia del contexto sociocultural en la lactancia materna exclusiva en madres de la comuna 20 de Cali, Colombia. Estudio de casos. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2) 34-42.



Emêrgencias, riscos e desastres no brasil: desafios de experiências de terapeutas ocupacionais

Emergencies, risks and disasters in Brazil: occupational therapists challenges and experiences

Emergencias, riesgos y desastres en Brasil: desafíos y experiencias de terapeutas ocupacionales

Uguiarlem Ribeiro Durães

Bacharel em Terapia Ocupacional pela Universidade de Brasília.

Residente do primeiro ano do Programa Multidisciplinar em Saúde da Família e Comunidade pela Escola Superior de Ciências da Saúde de Brasília.

Terapeuta Ocupacional, Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica, Unidade Básica de Saúde nº 8 de Ceilândia – DF.

uguiarllem@gmail.com

Josenaide Engracia dos Santos

Bacharela em Terapia Ocupacional e Psicologia. Mestre em Saúde Coletiva, Doutora em Ciências da Saúde, Pós-doutoranda em Psicologia. Professora Adjunta do curso de Terapia Ocupacional e do curso de Pós-graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

josenaidepsi@gmail.com

Uguiarlem Ribeiro Durães | Josenaide Engracia dos Santos

Resumo

O presente artigo é resultado de um Trabalho de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional, Universidade de Brasília, e tem como objetivo relatar o papel do Terapeuta Ocupacional em situações de emergências, riscos e desastres, as quais produzem na vida das comunidades e habitantes uma situação de crise, resultante de uma mudança repentina, podendo causar sofrimento, e por isso acabam precisando de ajuda externa para restabelecer a sua normalidade. Trata-se de um estudo de natureza de abordagem qualitativa de cunho exploratório, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde (CEP/FS-UnB). A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com quatro Terapeutas Ocupacionais, e a análise aconteceu com base em teorias e referenciais propostos por Bardin. A análise foi organizada em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento, inferência e interpretação dos resultados. Os resultados exploraram os discursos dos Terapeutas Ocupacionais e foram posteriormente categorizados em temáticas: Desastres: ruptura da rotina, do fazer e negligência do Estado; Estratégia de cuidado; Atuações da Terapia Ocupacional; Cuidados iniciais do evento crítico; e Dimensão do sofrimento. São poucos os profissionais de Terapia Ocupacional que atuam no campo do desastre e catástrofes no Brasil. Ressalta-se, assim, a necessidade de novas pesquisas voltadas à atuação terapêutica ocupacional junto a essa temática e, muito mais que isso, a importância desses profissionais socializarem suas experiências diante de emergências, riscos e desastres no Brasil, e discutirem o papel do Estado e seu compromisso frente às políticas públicas.

Palavras chave: vulnerabilidade a desastres, desastres naturais, emergências, Terapia Ocupacional, risco natural.

Abstract

This article is the result of a Conclusion Paper of the Occupational Therapy Course, University of Brasilia, and it aims to report on the role of the Occupational Therapist in situations of emergencies, risks and disasters, which produces a situation of crisis in the lives of communities and inhabitants, resulting from a sudden change, which can cause suffering, and therefore end up needing external help to restore its normality. This is a qualitative study of an exploratory nature, approved by the Faculty of Health's Ethics Committee (CEP/FS-UnB). The data collection was made through semi-structured interviews with four Occupational Therapists; the analysis was based in theories and references proposed by Bardin. The analysis was organized in three phases: 1) pre-analysis, 2) scanning of the material, and 3) treatment, inference and interpretation of the results. The results explored Occupational Therapists' discourses, and subsequently were categorized by thematic: Disasters: rupture of routine, of doing and the State's negligence; Care strategy; Occupational Therapy Actions; Initial care of the critical event; and Dimension of suffering. There are only a few Occupational Therapy professionals who work in the field of disaster and catastrophe in Brazil. Thus,

new research focused on occupational therapeutics together with this theme are needed and, much more than that, significance of these professionals socializing their experiences facing emergencies, risks and disasters in Brazil, and also that they discuss the role of the State and its commitment to public policies.

Key words: *disaster vulnerability, natural disasters, emergencies, Occupational Therapy, natural risk.*

Resumen

El presente artículo es el resultado de un trabajo de conclusión del curso de Terapia Ocupacional, Universidad de Brasilia, y tiene por objetivo relatar el papel del Terapeuta Ocupacional en situaciones de emergencias, riesgos y desastres, que produce en la vida de las comunidades y habitantes una situación de crisis, resultante de un cambio repentino, pudiendo causar sufrimiento, y por eso acaban necesitando ayuda externa para restablecer su normalidad. Se trata de un estudio de naturaleza de abordaje cualitativo de cuño exploratorio, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud (CEP/FS-UnB). La recolección de datos fue hecha por medio de entrevistas semiestructuradas, realizadas con cuatro Terapeutas Ocupacionales, y el análisis tuvo lugar con base en teorías y referenciales propuestos por Bardin. El análisis se organizó en tres fases: 1) pre-análisis, 2) explotación del material y 3) tratamiento, inferencia e interpretación de los resultados. Los resultados exploraron los discursos de los Terapeutas Ocupacionales y fueron posteriormente categorizados en temáticas: Desastres: ruptura de la rutina, del hacer y la negligencia del Estado; Estrategia de cuidado; Acciones de la Terapia Ocupacional; Cuidados iniciales del evento crítico; y Dimensión del sufrimiento. Pocos son los profesionales de Terapia Ocupacional que actúan en el campo del desastre y catástrofes en Brasil. Se resalta, así, la necesidad de nuevas investigaciones dirigidas a la actuación terapéutica ocupacional junto a esa temática y, mucho más que eso, la importancia de esos profesionales socializar sus experiencias ante emergencias, riesgos y desastres en Brasil, y discutir el papel del Estado y su compromiso frente a las políticas públicas.

Palabras clave: *vulnerabilidad a desastres, desastres naturales, emergencias, Terapia Ocupacional, riesgo natural.*

Introdução

Este artigo é resultado de um Trabalho de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília, e objetiva relatar sobre o papel do Terapeuta Ocupacional em situações de emergências, riscos e desastres que tem consequências ambientais, materiais, na vida das pessoas, enfim na comunidade segundo Lopes, Barros, Barros Filho e Silva (2009) que acaba por precisar de ajuda externa para restabelecer a sua normalidade.

Os dados do Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED) que mantém uma base de dados sobre alertas de emergências (EM-DAT – Emergency Events Database), os registros sobre desastres na região das Américas aumentaram consideravelmente nos últimos 40 anos. Enquanto no período de 1970 a 1979 foram registrados 216 desastres e 43 milhões de pessoas afetadas, no período de 2000 a 2009 foram registrados 922 com um impacto cada vez maior de furacões, terremotos e grandes inundações, afetando cerca de 71 milhões de pessoas (CRED, 2011).

A Federación Internacional de Sociedades de La Cruz Roja y de La Media Luna Roja (2011 citado em Curso Virtual, 2016), em seu Informe Mundial sobre Desastres, aponta que entre 2001 e 2010, foram registrados em média mais de 700 emergências em todo mundo, e afetaram aproximadamente 270 milhões de pessoas e causaram mais de 130.000 mortes anualmente. Vinte e cinco por cento dessas emergências e 44 por cento destas mortes ocorreram em países menos desenvolvidos com capacidades limitadas para prepararem e responder eficientemente a estas situações. Essas estatísticas não incluem os altos níveis de mortalidade e morbidade associadas às emergências resultantes de conflitos.

As discussões acerca dos desastres vêm ganhando destaque nos noticiários de todo o mundo, em virtude do aumento de sua ocorrência nos últimos anos. Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) afirmam que, só no ano de 2011, 206 milhões de pessoas foram afetadas por desastres no mundo, e 29.782 pessoas morreram (ONUBR, 2012).

Segundo Noal, Oliveira, Alpino e Rocha (2016), os dados da Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil (SEDEC) e do Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPED/UFSC) de 1991 a 2012 registraram no Brasil 38.996 desastres, que afetaram a vida de mais de 126 milhões de pessoas.

As consequências dos desastres não são sentidas igualmente por todos, em geral pobres, minorias, mulheres, crianças e idosos são frequentemente os mais afetados em desastres naturais em todo o planeta. Alguns estudos sobre impactos dos desastres naturais na saúde humana destacam que estes afetam as comunidades de forma desigual e de maneiras diferentes, direta e indiretamente, com efeitos que variam de

curto a longo prazo, a depender da característica do evento e da vulnerabilidade socioeconômica e ambiental do território, (OPAS/OMS citado em Alderman, Turner y Tong, 2014).

Castro (1997) destaca que a intensidade dos desastres depende muito mais do grau de vulnerabilidade das comunidades do que da magnitude dos eventos adversos. Acsegrad (2006) refere-se à vulnerabilidade não como um estado, mas como um processo de vulnerabilização, isto é, à relação sociopolítica de violência que esgarça o direito do outro e, no bojo da qual, o projeto de bem-estar de parte (pequena) da nação nutre-se do mal-estar provocado à parte (maior) restante. Segundo os dados publicados pela Estratégia Internacional para La Reducción de Desastres (EIRD), a vulnerabilidade é determinada por fatores ou processos físicos, sociais, econômicos e ambientais que aumentam a suscetibilidade e exposição de uma comunidade ao impacto de ameaças (EIRD, 2004).

Em síntese, a vulnerabilidade socioambiental, resultado de estruturas socioeconômicas que produzem, simultaneamente, condições de vida precárias e ambientes deteriorados, também é responsável por uma menor capacidade de gestão do risco de desastres e pela baixa resiliência local a esses eventos (Narváez, Lavell y Pérez Ortega, 2009).

No Brasil, durante muitos anos, em conformidade com a antiga Política Nacional de Defesa Civil, as ações de redução dos desastres abrangiam quatro fases ou aspectos globais, a saber: a prevenção de desastres, a preparação para emergências e desastres, a resposta aos desastres e a reconstrução. Atualmente, esses conceitos foram atualizados pela Estratégia Internacional para a Redução de Desastres e também sofreram alteração no Brasil, a partir da edição da nova Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), aprovada pela Lei n. 12.608, de 10 de abril de 2012. (BRASIL, 2012).

Bruck (2007) define emergência como episódios inesperados que fazem parte da história humana, assim como da sociedade mundial, e acabam atingindo a todos, em maior ou menor grau, variando a maneira de como as pessoas reagem e quais os efeitos perante estes eventos. Assim, hoje se entende emergência como uma situação crítica, acontecimento perigoso ou fortuito, incidente, casos de urgência, atendimento rápido a uma ocorrência, ou seja, como uma situação que exige providências imediatas e inadiáveis.

O Ministério da Integração Nacional (2012) descreve emergência como uma “situação anormal, decretada em razão de desastre, que embora não excedendo a capacidade inicial de resposta do município ou do estado atingido, requer auxílio complementar do estado ou da União para as ações de socorro e de recuperação”.

A Estratégia Internacional para a Redução de Desastres define catástrofe como uma perturbação grave do funcionamento de uma comunidade ou sociedade que cause danos generaliza-

dos à vida humana, propriedade, economia ou meio ambiente para o qual a comunidade ou a sociedade afetada é incapaz de lidar sozinha. Um desastre é uma função do processo de risco. Resultam da combinação de perigos, condições de vulnerabilidade e capacidades ou medidas insuficientes para reduzir as consequências potencialmente danosas dos riscos (EIRD, 2007).

Os riscos são entendidos como “uma função de ameaça, vulnerabilidade e capacidade. Algumas disciplinas também incluem o conceito de exposição ou avaliação dos objetos expostos para se referir principalmente aos aspectos físicos da vulnerabilidade” (EIRD, 2004). A gestão do risco de desastres é um conjunto de decisões administrativas, organização e conhecimentos operacionais desenvolvidos por sociedades e comunidades para programar políticas, estratégias e fortalecer suas capacidades a fim de reduzir os impactos de ameaças naturais e de desastres ambientais e tecnológicos consequentes. Isso envolve todo tipo de atividades, incluindo medidas estruturais e não estruturais para evitar (prevenção) ou limitar (mitigação e preparação) os efeitos adversos dos desastres (EIRD, 2005).

Os desastres produzem na vida, das comunidades e habitantes uma situação de crise que é resultado de uma mudança repentina e de repente, o que causa um impacto inesperado e importante em sua vida podendo causar sofrimento (Scaffè, Gerardi, Herzberg y McColl, 2006). No México para lidar com as situações de sofrimento decorrente dos desastres foram criados albergues, onde trabalham todos os profissionais, inclusive Terapeutas Ocupacionais. Os terapeutas ocupacionais deveriam conhecer as necessidades recreativas da população, do refúgio a fim de adaptar a recreação aos interesses da comunidade. E assim definir as atividades dentro e fora do abrigo que devem ser iniciadas o quanto antes. As atividades sociais eram utilizadas para lidar com as pessoas que sofreram por conta de desastres, pois acredita-se que ajudam a tornar o tempo mais rápido, melhorar o humor e reduzir a ansiedade (Cotarelo Pérez, 2016).

A Federação Mundial de Terapia Ocupacional WFOT (2016) tem se preocupado com a temática que envolve os desastres ocorrentes no mundo contemporâneo. Na Trigesima Segunda Reunião do Conselho da Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais tal assunto veio à tona, quando mostrou apoio aos países membros e outras pessoas afetadas por desastres, bem como na colaboração com outras organizações e organismos de compreensão internacional e promoção da redução do risco de desastres. A WFOT desenvolveu um curso modular on-line que fornecerá aos terapeutas ocupacionais uma oportunidade para aprender sobre seus papéis em gerenciamento de desastres e redução de riscos.

No Brasil, os Terapeutas Ocupacionais têm apresentado experiências consistentes com desastres e catástrofes nas cidades

de Mariana (MG), Santa Maria (RS) e Rio de Janeiro (RJ), assim como em outros países, México, Argentina e Chile. Entretanto, ainda são poucos os estudos sobre o papel da Terapia Ocupacional em situação de desastres no Brasil. Este trabalho propõe analisar o conteúdo das discussões acerca da atuação do profissional de Terapia Ocupacional em situações de emergências, riscos e desastres.

Percurso metodológico

Trata-se de estudo de natureza básica de abordagem qualitativa de cunho exploratório, aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília sob número do parecer: 1.773.075/2016. Foram entrevistados quatro terapeutas ocupacionais (das cidades de Santa Fé – Argentina, Chile, Mariana – MG e Santa Maria – RS). Como instrumento de coleta de dados utilizou-se à entrevista semi-estruturada, foram realizadas 4 entrevistas. Os áudios das entrevistas foram transcritos e analisados, explorando os discursos dos Terapeutas Ocupacionais. O método de análise aconteceu por meio das teorias e referenciais teóricos propostos por Bardin (2006), para que fosse feita uma ação exploratória interpretativa. Organizada em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise quando foi organizado o material para torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais por meio da leitura flutuante; Demarcação do que será analisado; formulação das hipóteses e dos objetivos e determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (Bardin, 2006).

A exploração do material constitui a segunda fase, que é a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequência) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro) (Bardin, 2006). A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2006). Os resultados foram categorizados e discutidos em temáticas.

Resultados

Desastres: ruptura da rotina, do fazer e negligência do Estado

Os cenários de desastres tem característica básica do inesperado e rompimento cotidiano da pessoa e das redes de seus territórios. Os desastres socioambientais têm como uma de suas principais e mais dramáticas expressões, o comprometo-

timento da moradia e de vinculação com o Lugar de populações significativas que na sua maioria encontram-se em vulnerabilidade (Vargas, 2016), são espaços que podemos utilizar o conceito de desterritorialização de grupos vulneráveis alocando-os em espaços excluídos da sociedade. O Brasil, em pleno século XXI, ainda condena as pessoas a residirem em lugares, segundo Valêncio (2011, p. 6), marcado por desigualdades sociais, relações assimétricas e que vivenciam uma crescente desterritorialização, calcada numa ordem desigual, sendo o desastre um acontecimento em potencial, devido muitas vezes a um território condenado. Cenário identificado na narrativa da Terapeuta Ocupacional de Mariana:

Ocorreu o rompimento da barragem de rejeitos de mineração, e esse rejeito se escoou em direção ao Rio Doce, aí antes dele chegar ao rio, ele destruiu toda a comunidade de Bento Rodrigues (uma população com aproximadamente 600 habitantes), depois ele foi descendo, em direção ao Rio Doce, e foi afetando todas as comunidades ribeirinhas, que tinha ligação direta com o Rio Doce até chegar ao Estado do Espírito Santo. (Terapeuta Ocupacional de Mariana, sobre o rompimento da barragem da SAMARCO)

O depoimento acima fala de um desastre ambiental grave, corroborando com a ONUBR (2015) que, no relatório do Escritório das Nações Unidas para a Redução de Desastres (UNISDR) e o Centro de Pesquisas de Epidemiologia em Desastres (CRED) (2015), afirma que o Brasil é único país das Américas que está na lista dos 10 países com maior número de pessoas afetadas por desastres de 1995 a 2015.

Todo distrito de Mariana foi destruído, outro desastre relacionado com a falha do Estado brasileiro foi o incêndio da Boate Kiss, onde o alvará de funcionamento estava liberado, sem condições, com perigo evidente para população que a frequentava:

Uma aluna da Faculdade de Santa Maria havia me ligado e disse que Boate havia pegado fogo, que ela viu as primeiras chamas, e que o amigo dela conseguiu puxar ela, mais que tinha várias pessoas desaparecidas, e que tinha alguma coisa complexa acontecendo... Bom, é aquele dia foi bastante complicado o dia todo, porque daí foi na medida do dia foi, a gente foi tomando a dimensão do que era aquela situação, a boate foi cercada né, então não pode mais é, se aproximar, e os corpos então foram encaminhados até um centro, um ginásio de esporte da cidade. (Terapeuta Ocupacional de Santa Maria, sobre o incêndio da Boate Kiss)

Valêncio (2010), afirma que os desastres, designam acontecimentos trágicos e podem ser descritos como fenômenos adversos que geram processos de ruptura da rotina, de lugares, fazeres e práticas e marcado pela ausência do Estado.

Estratégia de Cuidado

O cuidado da equipe na condução da situação do desastre implica que a mesma tenha uma logística para garantir o seu manejo de forma eficiente e eficaz. No relato da Terapeuta Ocupacional de Santa Maria, o desastre na boate Kiss foi emblemático, pois o grupo de cuidado não tinha elementos importantes para redução de risco de morte entre as vítimas. Ressalta a entrevistada abaixo:

Com toxicidade da fumaça eles receberam uma dose alta de vitamina B, que tivemos que importar dos Estados Unidos, e essa dosagem de vitamina B acabou salvando vários deles, porque protegeu o sistema nervoso periférico, só que, no Brasil não produz vitamina B nessa quantidade... a gente continua não produzindo a vitamina B, muito menos está no kit de salvação do corpo de bombeiros. (Terapeuta Ocupacional de Santa Maria, incêndio da Boate Kiss)

Para Araújo (2012, p. 60): “É importante a articulação política e o chamamento à consciência dos setores políticos para com o problema, com isto busca-se obter apoio para o desenvolvimento de projetos de ordem preventiva”. O Estado precisa rever a dinâmica das políticas públicas. Podemos indagar ainda, outras questões importantes, que é a do Estado prestar assistência aos desamparados posteriormente ao evento catastrófico, observarem se há violações de seus direitos. Não bastasse o trauma, ainda há queixas quanto à assistência e os direitos dos afetados.

Essa é uma reclamação que os pais fazem todo dia 27 do mês, eles fazem uma passeata, fazem uma reivindicação para que haja justiça e etc. Mais do que justiça né, que eu não sei se há possibilidade de se fazer justiça, mais do que a justiça é a reformulação de algumas coisas que eu acho que o Estado brasileiro não aprendeu, e acho que de uma forma geral foi tratada meio superficialmente. (Terapeuta Ocupacional de Santa Maria, sobre o incêndio da Boate Kiss)

Reichert (2011, p. 57) “completa, argumentando que nossos governantes têm a obrigação de considerar o sofrimento social, esta dimensão do sofrimento deve dar lugar, neste país, à esperança de moradias seguras, de participação popular, de sistemas de prevenção, salvamento e reconstrução, todos esses de mãos dadas”.

Atuações da Terapia Ocupacional

É fundamental que as pessoas que passaram por desastres sejam assistidas e que os profissionais desenvolvam estratégias e ferramentas para a integração, assim como no cuidado realizado. Segundo a Associação Brasileira de Terapia Ocupacional - ABRATO (2011) a Terapia Ocupacional intervém junto a pessoas, grupos e comunidades atingidas tendo como fer-

ramentas o cenário local dos desastres, articulando as ações e políticas relacionadas, os sistemas de resposta às emergências (organizações nacionais e internacionais, civis e militares) de forma a integrar a intervenção humanitária desenvolvendo ações alicerçadas na proteção integral ao cidadão afetado, considerando o sujeito humano, em todo a sua necessidade com foco no cuidado longitudinal, que é visível nas falas:

A gente atende nas duas modalidades individuais e em grupo. Aí as abordagens variam de acordo com as demandas, no caso do atendimento individual muitas das vezes eu uso abordagens mais psicossociais. Depois um cuidado mais longitudinal, feita pela nossa equipe, que é uma equipe mais direcionada para os atendimentos em pós-desastres mesmo. (Terapeuta Ocupacional de Mariana, rompimento da barragem SAMARCO). E aí a gente fazia todas as orientações de AVD, fazia avaliação, a gente fez avaliação de sensibilidade, mesmo para aqueles que não se queimaram, mais que inalaram o gás tóxico para saber se tinha comprometimento nos nervos periféricos. (Terapeuta Ocupacional de Santa Maria, incêndio da Boate Kiss)

Boffelli et. al (2011) apontam que durante a emergência, se produz um desequilíbrio ocupacional importante. Não pode seguir fazendo o que se fazia. A rotina ocupacional se reorganiza como resposta adaptativa do sistema humano para a contingência. Surgem novos papéis que assumem de maneira temporária em relação ao cenário de participação social onde se está (inundações, centros de evacuação, casa familiar). Aparecem novas formas de ocupação, assim como a necessidade de orquestrar as ocupações e uma forte carga ocupacional derivada de novas responsabilidades que assumem os afetados pelos desastres. O critério central da intervenção nesta fase deve ser a preservação e / ou recuperação do poder de decisão ocupacional das pessoas afetadas.

O apoio às vítimas é fundamental, especialmente logo após o ocorrido, nomeando e explicando as reações que uma pessoa pode ter depois da situação ocorrida, e identificando padrões de vida proveitosa para que possa colaborar com a própria recuperação das pessoas em situação de desastre. Apoio importante para saúde mental que coaduna com a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/2001, cujas ações são organizadas em redes de cuidados territoriais e com atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento do vínculo e acolhimento. Tal estratégia pode ser observada nas falas:

A ideia foi fazer os grupos em espaços territoriais, mas em locais públicos do que nas instituições né, no CAPS, PSF, instituição mais formalizadas, nas associações de moradores, numa lógica mais focal mesmo (grupo focal), mais haver com a população que a gente atende. No caso do grupo, a abordagem psicossocial está presente, é muito

comum a gente utilizarmos um pouco da teoria das redes pessoais comunicativas do Habermas... (Terapeuta Ocupacional de Mariana, rompimento da barragem da SAMARCO). Depois posteriormente a gente teve um problema que eram as sequelas, as queimaduras dos que sobreviveram, e aí foi montado no Hospital Universitário uma unidade do Centro Integrado de Cuidados a Vítimas de Acidentes (CIAVA), aí a gente participou então na terapia ocupacional, todos os profissionais estavam juntos e esse a gente organizou o acolhimento. (Terapeuta Ocupacional de Santa Maria, incêndio da Boate Kiss)

Baseado nos relatos, Lopes e Leão (2002) ressalta que como estratégia de atuação, a Terapia Ocupacional tem priorizado atendimentos grupais e, mais especificamente, as oficinas terapêuticas, pela similaridade com a proposta da profissão e priorização da atividade como uma oportunidade para a promoção de autonomia e temos também o relato sobre Habermas que, segundo Rodrigues (2011, p. 69) é o legado do pensamento habermasiano aponta para um empreendimento teórico sofisticado e interdisciplinar, capaz de aglutinar elementos teóricos da sociologia, da epistemologia, da teoria da comunicação, da filosofia política, da filosofia jurídica ou da filosofia moderna, tendo como objetivo primordial perfilar caminhos que ofereçam, simultaneamente, saídas satisfatórias para os impasses encontrados no desenvolvimento da sociedade. Conforme é descrito na fala:

Ele usa os mapas de redes, e a gente acabou se identificando muito com a metodologia de desenvolvimento local participativo (MDLP), tem muito a ver com o trabalho que a gente faz, que a gente trás as pessoas pra tomar decisões, para decidir o quê que eles querem, participando mesmo da construção do cuidado. Esta metodologia da MDLP também a gente usa muito aqui, então é a psicossocial, as redes pessoais de iniciativas. (Terapeuta Ocupacional de Mariana, rompimento da barragem de SAMARCO)

A atuação proposta acima está relacionada com a argumentação de Boffelli et. al (2011), que afirma que a promoção e a reorganização das rotinas concederá a possibilidade de reorganização da vida social e comunitária. Utilizar uma metodologia participativa permite modificar uma característica que tradicionalmente identifica as pessoas afetadas e os contribuintes, criando a oportunidade para o desempenho como sujeitos capazes de gerir ativamente as questões relativas à sua vida e bem-estar ocupacional. A sensação de controle sobre a própria vida é o que é abruptamente perdida no momento em que ocorre o desastre e permanecem diferentes períodos de tempo. A recuperação do poder de decisão ocupacional é um indicador de mudanças.

Consoante Lira e Escudero (2012) argumentam que é preciso identificar o potencial de recursos com que se conta e, por ou-

tro lado, quais são as necessidades que se requer em satisfazer: pessoais, de comunidades, das coletividades, dos municípios, em seu conjunto. Lopes e Leão (2002) ressalta que como estratégia de atuação, a Terapia Ocupacional tem priorizado a promoção de autonomia e participação social e trabalham horizontalmente de maneira rápida para acessar os recursos disponíveis do próprio território para construir uma rede de saúde e de cuidado aos afetados, conforme depoimento abaixo:

A gente passou a integrar mesmo a rede de saúde, a rede de assistência social, com os profissionais dos serviços privados de atenção psicossocial, a gente acabou implementando um CAPS e um CAPSi... E parcerias com os defensores, que muitas vezes eles desconhecem, que são os que prestam serviços ao afetados frente a empresa responsável, e a gente faz muita articulação com a assistência social também, muitas vezes a gente faz trabalhos de promoção de saúde mesmo, trabalho coletivo, grupo de orientação em saúde. (Terapeuta Ocupacional de Mariana, rompimento da barragem da SAMARCO)

Os pacientes continuam sendo, é uma referência, eles vêm para o ambulatório e são acompanhados, o setor de fisioterapia abriu o espaço noturno para atendimento, a terapia ocupacional foi atender lá junto com a fisioterapia... e o que a gente dava conta a gente atendia, o que não tinha condições a gente encaminhava para Porto Alegre no serviço de queimados. (Terapeuta Ocupacional de Santa Maria, incêndio da Boate Kiss)

As redes de atenção aparecem como estratégia de organização da rede de cuidados, considerando que a realização de parcerias entre serviços de saúde e serviços com a comunidade é vital para operar os cuidados, já que nenhum serviço poderia resolver isoladamente todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território (Delfini, Satoll, Antonelili y Guimarães, 2009).

Corroborando com o depoimento, é fácil entender que uma rede de cuidados representa os atores que realizam ações nesse sentido, o que inclui os locais no território, como a escola, o domicílio, a igreja, o clube, o cinema, etc., podendo ou não estar incluídas as instituições de saúde. As ligações efetivas dos usuários com essa rede favorece a resolução de problemas e contribui com o processo de tratamento (Ministério da Saúde, 2005).

Cuidados Iniciais do Evento Crítico

O evento crítico do incêndio da Boate Kiss e rompimento da barragem de Mariana evidenciaram um dos maiores desastres nas últimas décadas no Brasil, e causaram uma grande protrusão na vida e existência das pessoas, direta e indiretamente, aspecto que demandou iniciativas de vários profissionais como da Terapia Ocupacional e outros setores para articular

os recursos materiais e humanos do território, objetivando o cuidado iniciais. Conforme depoimentos abaixo:

Uma das estudantes me deu o nome de vários alunos e eu fui até a Universidade para tentar fazer um levantamento do cadastro destes alunos, para poder identificar se tinha um endereço dos pais, e para minha surpresa o nosso cadastro, como os alunos são adultos, a gente só tem o cadastro do aluno. Então eu levantei todos os telefones dos alunos que estavam desaparecidos, e também continuei, ficava ligando, que o telefone chamava né, e ninguém respondia. (Terapeuta Ocupacional de Santa Maria, incêndio da Boate Kiss)

Feito os primeiros socorros, os cuidados emergenciais, foi feito pela defesa civil, bombeiros, os primeiros cuidados em saúde mental, foram feitos pelas equipes de saúde aqui de Mariana mesmo, até então a gente não tinha uma equipe para lidar com os cuidados em caso de desastres, a equipe ela veio chegar em janeiro de 2016, aí foi feita uma parceria entre a secretaria de saúde aqui de Mariana junto com o Ministério da Defesa Civil e da empresa, para que fizesse uma contratação de novos profissionais de saúde na área de saúde mental que começariam a fazer os atendimentos da população atingida. (Terapeuta Ocupacional de Mariana, rompimento da barragem SAMARCO)

Molina (2011, p. 92), “ressalta que a abordagem do fenômeno da emergência é multidisciplinar. Na realidade, todos os esforços que forem feitos em prol da preparação e do combate de emergências implicam interação contínua entre diversas pessoas e instituições que as agrupam”.

Dimensão do Sofrimento

O sofrimento consiste numa dor física ou mental prolongada, estado mental experimentado pelo indivíduo, do ponto de vista psicossocial, o sofrimento se situa “no *carrefour* da subjetividade e da realidade exterior, do individual e do social” (Barus-Michel, 2001, p. 122). Ele consiste na expressão de diferentes formas de experiência de mal-estar, tais como: injustiça, humilhação, rejeição, solidão, ansiedade, depressão. O conceito de sofrimento permite evidenciar que as aflições vividas por determinados grupos sociais não são resultantes exclusivamente de contingências, infortúnios e casos, mas consistem em experiências ativamente produzidas e distribuídas no interior da ordem social (Silva, 2010).

Sufrimento que pode ser identificado nas falas da Terapeuta Ocupacional de Santa Maria da boate Kiss, onde nota-se a ampliação do sofrimento causado pelo desespero de não encontrarem seus filhos, a exaustão e cansaço ficam marcados pela peregrinação pelos hospitais do município e do rompimento da barragem da Samarco de Mariana Minas Gerais que ocasionou ansiedade e estresse pós-traumático:

Então os pais e os familiares ficavam peregrinando nesses hospitais até, e paravam lá no ginásio, porque os corpos tinham ido para lá, e os sobreviventes estavam nos hospitais, mais ninguém sabia o nome dos meninos sobreviventes, então não deixavam entrar porque não tinha condições, era muita gente... Mas um ginásio lotado de jovens mortos, deitados, e o pai acompanhavam um assessor do exército mais um enfermeiro para reconhecer o filho no meio daquele tantos outros. E aí tinha que sair e já assinava alguns papéis e se encaminhava então para o velório, porque aí também tinha uma fila da organização dos caixões. (Terapeuta Ocupacional de Santa Maria, incêndio da Boate Kiss)

É uma população que não tem patologias cardíacas ou doenças crônicas, mas no caso de saúde mental, surgiram muitas questões relacionadas à ansiedade, estresse pós-traumático, alguns casos de álcool e drogas, depois que vieram para Mariana. (Terapeuta Ocupacional de Mariana, rompimento da barragem da SAMARCO).

O terapeuta ocupacional não deve ser apenas um instrumento de intervenção para controle e eliminação do mal-estar psíquico, ele deve contribuir para que a vida coletiva e as existências individuais sejam mais interessantes, abertas e criativas, e os terapeutas ocupacionais como facilitadores desse processo de transformação, devem ser incansáveis criadores de possibilidades. Assumindo assim, extrema importância, proporcionando ao indivíduo que dele necessita, condições de readaptação por meio das atividades, e atua como agente facilitador, minimizando o sofrimento psíquico e ampliando o elo de ligação do indivíduo com a realidade externa (Torrezan, Prado, Issa y Antonelli, 2009).

Molina (2011, p. 91) “aponta que atualmente, as emergências e os desastres, teoricamente, estão sendo concebidos como fenômenos eminentemente sociais. Isto é, o sofrimento humano é diretamente proporcional ao desastre ocorrido”.

Discussão

Quando argumentamos sobre os desastres e as várias facetas que podem provocar na rotina, na desconstrução da identidade do ser enquanto pertencentes a um determinado local nos levam a entender o desastre como um evento que é inesperado, que provoca prejuízo humano, com influências muitas das vezes da negligência do Estado, Narváez et al. (2009) relatam que para um evento se constituir em um desastre, é necessário que combine ameaças (naturais e/ou tecnológicas), exposição, condições de vulnerabilidade, insuficiente capacidade ou medidas para reduzir as consequências negativas e potenciais do risco e fala da necessidade de política de prevenção aos desastres.

Nunes (2013) mostra em seu estudo uma falha na logística de funcionamento do Estado em direcionar os recursos para o programa de prevenção de desastres. Como exemplo temos a experiência dos desastres das cidades de Mariana – MG e Santa Maria – RS.

Estas situações demandam a necessidade de reformulação do Estado brasileiro quanto ao entendimento do desastre enquanto ruptura da vida cotidiana, estabelecer estratégias de cuidado, olhar de frente sobre sofrimento psíquico das pessoas atingidas e programar estratégias de intervenção com os diversos profissionais com destaque para o terapeuta ocupacional.

Os moradores de Bento Rodrigues, assim como os afetados pelo o incêndio da Boate Kiss, tiveram que se adaptar a uma nova realidade, um cotidiano de abandono, descaso, revolta e cheio de promessas, que não se concretizam, que ampliam o sofrimento, que causam ansiedade, depressão e que alteram os padrões de comportamento dos afetados. Como relata Sánchez e Amor (2005), em uma situação de desastre, por conta da imprevisibilidade, da ameaça, do dano ou da perda, são produzidas emoções muito intensas, tanto para a vítima quanto para os seus familiares e pessoas próximas, inclusive para a equipe que lhe presta atendimento.

Um dos aspectos que chamou atenção na pesquisa é que apesar das fragilidades na composição da rede do município de Mariana (Minas Gerais) e de Santa Maria (Rio Grande do Sul), não impediram que os terapeutas ocupacionais se implicassem no processo de construção de uma estratégia de oferta de cuidado psicossocial para os afetados pelos desastres. Essas estratégias foram voltadas para um trabalho participativo em rede, onde os terapeutas ocupacionais adotaram a perspectiva psicossocial comunitária, considerando a comunidade atingida a partir dos contextos: sócio-histórico, geográfico, político, econômico, cultural e ambiental. Contribuindo, assim, com o planejamento e a gestão de respostas às necessidades e demandas verificadas junto à população atingida, definindo prioridades e de intervenção no seu âmbito profissional.

Reafirmando as propostas de Chagas, Barros, Almeida e Costa (2015), que argumentam que os terapeutas ocupacionais intervmem junto a pessoas, grupos e comunidades atingidas tendo como ferramentas o cenário local dos desastres, articulando as ações e políticas relacionadas, os sistemas de resposta às emergências (organizações nacionais e internacionais, civis e militares) de forma a integrar a intervenção humanitária; e desenvolvendo atividades junto à população atingida de forma a estimular e favorecer o protagonismo pessoal e social na defesa de seus direitos e na elaboração e proposição de soluções para seus problemas.

Cotarelo Pérez (2016) ressalta que os terapeutas ocupacionais podem e devem participar na preparação, respostas e recuperação. No trabalho com indivíduos, famílias e comunidades afetadas pelos desastres. Trabalhando em conjunto com o usuário, os profissionais de terapia ocupacional podem planificar e implementar intervenções que permitem que as pessoas restabeleça o equilíbrio e a participação em outras áreas de ocupação (por exemplo, atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, na educação, no trabalho e na participação social).

Considerações finais

As perdas decorrentes dos desastres e catástrofes são impossíveis de mensurar, mas com a colaboração solidária e técnica dos terapeutas ocupacionais foi possível compreender a importância do profissional junto às vítimas na perspectiva de melhoria da qualidade de vida. São poucos os profissionais de terapia ocupacional que atuam no campo do desastre e catástrofes no Brasil, ressalta-se necessidade de novas pesquisas voltadas à atuação terapêutica ocupacional junto à temática abordada, e muito mais que isso, a necessidade desses profissionais socializarem sobre suas experiências frente às emergências, riscos e desastres no Brasil, e a discussão do papel do Estado e seu compromisso em ampliar e programar políticas públicas que possam contribuir para a prevenção, redução e mitigação dos desastres.

Agradecimentos

A Terapeuta Ocupacional Especialista em Saúde Mental Maíra Nicolodi Ioris pela avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso em Terapia Ocupacional; ao Doutor em Ciências Sociais Francisco Norberto Moreira da Silva pela revisão gramatical do artigo; e ao graduando do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília Jeremias Bruno Silva de Oliveira pela contribuição na tradução textual. ■

[Recibido: 28/06/17 - Aprobado: 14/11/18]

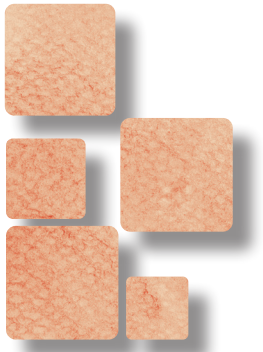
Referências bibliográficas

- Achselrad, H. (2006). Vulnerabilidade ambiental, processos e relações. In *Anais do II Encontro Nacional de Produtores e Usuários de Informações Sociais, Econômicas e Territoriais*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <http://www.fase.org.br/projetos/clientes/noar/noar/UserFiles/17/File/VulnerabilidadeAmbProcRelAchselrad.pdf>
- Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais - ABRATO (2011). *Terapia Ocupacional na Assistência Social*. Projeto METUIA USP/UFSCar (Núcleos da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal de São Carlos do Grupo Interinstitucional de Estudos, Formação e Ações pela Cidadania de Crianças, Adolescentes, Jovens e Adultos em Processo de Ruptura das Redes Sociais de Suporte). São Paulo. Disponível em: https://craspsicologia.files.wordpress.com/2015/09/doc-to-e-assist-social-brato_metuia.pdf
- Alderman, K., Turner, L. R. y Tong S. (2012). *Desastres naturais e saúde no Brasil*. Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde, 2. Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde.
- Araújo, M. C. A. (2012). *Políticas públicas para a juventude de Belo Horizonte: Um estudo sobre os programas e o enfrentamento da violência em áreas definidas pela territorialidade e sua vulnerabilidade*. (Tese de Doutorado em Educação). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego y A. Pinheiro, Tradutores). Lisboa: Edições 70.
- Barus-Michel, J. (2001). Souffrance, trajets, recours: Dimensions psychosociales de la souffrance humaine. *Bulletin de Psychologie*, 54(2), pp.117-127.
- Brasil (2012). *Lei n. 12.608, de 10 de abril de 2012*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12608.htm.
- Bruck, N. R. V. (2007). *A Psicologia das Emergências: Um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma*. Porto Alegre. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Boffelli, M. et. al. (2011). *Terapia Ocupacional en las Inundaciones de Santa Fe (Argentina, 2003-2007)*. *WFOT BULLETIN*. Vol. 64
- Castro, A. L. C. (1997). *segurança global da população*. Brasília: Ministério da Integração Nacional, Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC). Recuperado de <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/por/doc10456/doc10456-a.pdf>
- Chagas, J. N. M., Barros, D. D., Almeida, M. C., y Costa, S. L. (2015). *Terapia Ocupacional na Assistência Social (vol. 2)*. Rio de Janeiro: CREFITO.
- Cotarelo Pérez, A. K. (2016). *Servicio de terapia ocupacional en albergues temporales después de un desastre*. *TOG (A Coruña)*, 13(24). Recuperado de <http://www.revistatog.com/num24/pdfs/original7.pdf>
- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters – CRED (2011). *SAPIR, D. G. 2010. Disasters In Numbers*. Geneva, 2011. Disponível em: <http://www.cred.be/publication/disaster-numbers-presentation-2010>
- Curso Virtual (2016). *Apoyo Psicosocial como estrategia para la preparación y la respuesta ante emergencias y desastres 1*. Material de Lectura – Módulo I “Las emergencias y desastres desde la perspectiva de la salud mental: impacto psicosocial en las poblaciones afectadas”. Elaborado para el Curso por Bentolila, S. y equipo Red PROSAMIC (Red Provincial de Salud Mental en Incidente Crítico) Dirección de Manejo de Emergencias Sanitarias y Catástrofes Ministerio de Salud – Provincia de Buenos Aires. Retrieved from https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/169932/mod_folder/content/0/unidad%201%20Bentolila.pdf?forcedownload=1
- Delfini, P. S. S., Satoll, M. T., Antonelill, P. P., y Guimarães P. O. S. (2009). *Parceria entre CAPS e PSF: O desafio da construção de um novo saber*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(supl.1): 1483-1492. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800021>
- Estratégia Internacional para Redução de Desastres – EIRD. (2004). *Vivir con el riesgo: Informe mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres*. Geneva/Suíça: EIRD/ONU. Recuperado de <http://www.eird.org/vivir-con-elriesgo/index2.htm>
- Estratégia Internacional para Redução de Desastres – EIRD (2005). Disponível em: <http://www.eird.org/esp/terminologia-esp.htm>
- Estratégia Internacional para Redução de Desastres - EIRD (2007). *Palavras em Ação: um guia para a implementação do Marco de Ação de Hyogo*, ONU / Estratégia Internacional de Ação e Prevenção

- de Desastres. Disponível: <http://www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Words-into-action/Words-Into-Action.pdf>
- Federação Mundial de Terapia Ocupacional - WFTO (2016). *32 Reunión del Consejo de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales*. Medellín, Colômbia. Disponível em: https://www.apeto.com/assets/informe_de_la_reunión_de_wfot_colombia.pdf
- Lei nº 10.216/2001. Diário Oficial da União de 9 de abril de 2001. Brasília, Brasil, 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- Lira, I. S., y Escudero, C. S. (2012). Metodologia para elaboração de estratégias de desenvolvimento local. CEPAL – *Serie Manuales*, 76. Santiago: Instituto Latino-Americano e do Caribe de Planejamento Econômico e Social (ILPES); Área de Gestão de Desenvolvimento Local e Regional Santiago de Chile.
- Lopes, D. C., Barros, F. A. C., Barros Filho, M. A. B. y Silva, M. V. O. (2009). *Construindo comunidades mais seguras: Preparando para a ação cidadã em defesa civil*. Florianópolis: UFSC/CEPED; Brasília: Secretaria Nacional de Defesa Civil.
- Lopes, R. E. y Leão, A. (2002). Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativa: Novas ações de saúde. *Revista de Terapia Ocupacional*, 13(2): 56-63.
- Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (2ª ed.). Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Ministério da Integração Nacional (2012). *Reconhecimento de Situação de Emergência e Estado de Calamidade Pública*. Defesa Civil
- Molina, R. (2011). A psicologia das emergências e desastres e compromisso social: A experiência latino-americana. In: *Psicologia de emergências e desastres na América Latina: Promoção de direitos e construção de estratégias de atuação*. pp. 87-94. Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP).
- Narváez, L., Lavell, A. y Pérez Ortega, G. (2009). *La gestión del riesgo de desastres: Un enfoque basado en procesos*. San Isidro: Secretaría General de la Comunidad Andina.
- Noal, D. S., Oliveira, S. S., Alpino, T. M. A. y Rocha, V. (2016). Curso livre de gestão local de desastres naturais para a atenção básica, oferecido pela UMA-SUS/UNIFESP no endereço: <http://moodle.unasus.unifesp.br>. Edição: São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Pró-Reitoria de Extensão, São Paulo, 2016.
- Nunes, D. F. (2013). *Defesa Civil: Ações estruturantes frente a desastres*. Rio de Janeiro: ESG.
- ONUBR – Nações Unidas no Brasil. (2012). *Quase 30 mil pessoas morreram devido a desastres naturais em 2011, alerta ONU*. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/quase-30-mil-pessoas-morrem-devido-a-desastres-naturais-em-2011-alerta-onu/>
- ONUBR – Nações Unidas no Brasil. (2015). *ONU: Brasil está entre os 10 países com maior número de afetados por desastres nos últimos 20 anos*. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/onu-brasil-esta-entre-os-10-paises-com-maior-numero-de-afetados-por-desastres-nos-ultimos-20-anos/>
- Reichert, T. R. (2011). Associação dos desabrigados e atingidos da região de Baús, Santa Catarina. In: *Psicologia de emergências e desastres na América Latina: Promoção de direitos e construção de estratégias de atuação*. pp. 57-58. Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP).
- Rodrigues, L. R. S. (2011). A metodologia da pesquisa no direito e Jürgen Habermas. *Seara Jurídica*, 2(6), 67-96.
- Sánchez, J. I. R., y Amor, J. L. M. (2005). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Scaffa, M. E., Gerardi, S., Herzberg, G. y McColl, M. A. (2006). The role of occupational therapy in disaster preparedness, response, and recovery. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(6):642-649.
- Silva, T. C. (2010). Eventos críticos: Sobreviventes, narrativas, testemunhos e silêncios. In *Anais da 27ª Reunião de Brasileira de Antropologia*. Belém: UFPA.
- Torrezan, C. B., Prado, C. V., Issa, D. C. y Antonelli, R. T. (2009). *A Terapia Ocupacional e o Caps I de Lins: Um dispositivo extra-hospitalar na reabilitação psicossocial*. Lins – SP. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO36315059813.pdf>
- Valêncio, N. F. L. S. (2010). Da Morte da Quimera à Procura de Pégaso: A importância da interpretação sociológica na análise do fenômeno denominado desastre. In: N. Valêncio, M. Siena, V. Marchezini, & J. C. Gonçalves (Org.). *Sociologia dos desastres: Construção, interfaces e perspectivas no Brasil* (pp. 3-18). São Carlos: RiMa Editora.
- Valêncio, N. F. L. S. (2011). A sociologia dos desastres: Perspectivas para uma sociedade de direitos. In: Conselho Federal de Psicologia. *Psicologia de emergências e desastres na América Latina: Promoção de direitos e construção de estratégias de atuação* (pp. 11- 30). Brasília: Conselho Federal de Psicologia (CFP).
- Vargas, M. A. R. (2016). Moradia e pertencimento: a defesa do lugar de viver e morar por grupos sociais em processo de vulnerabilização. *Cadernos Metrópole*, 18(36): 535-557. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3611>.

Cómo citar este artículo:

Durães, U.R. y Santos J. E. (2018). Emergências, riscos e desastres no Brasil: desafios de experiências de terapeutas ocupacionais. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2) 43-52.



Los Efectos Psicosociales del Deporte y Actividades Adaptadas en Niños con Síndrome de Down: Una Revisión Sistemática

Psychosocial effects of sports and adapted activities in children with Down syndrome: a systematic review

Gustavo Reinoso | Inez Lomeli

Gustavo Reinoso

Ph.D, OTR/L. Profesor y Director de Tecnología. Departamento de Terapia Ocupacional, Nova Southeastern University (NSU)-Tampa.

greinoso@nova.edu

Inez Lomeli

OTD-S. Programa de Doctorado en Terapia Ocupacional. Departamento de Terapia Ocupacional, Nova Southeastern University (NSU)-Tampa.

il165@nova.edu

Resumen

Los efectos psico-sociales del deporte y las actividades adaptadas en los niños con síndrome de Down fueron analizados a través de una revisión sistemática. El objetivo de la revisión fue reportar asociaciones entre auto-percepción, participación, amistad y satisfacción general con la vida al participar en deportes y actividades adaptadas. Los resultados demuestran que los deportes y las actividades adaptadas tienen un impacto positivo en diferentes variables psico-sociales de los niños con síndrome de Down, además de un impacto positivo general en la dinámica familiar.

Palabras clave: discapacidad intelectual, Síndrome de Down, deportes adaptados, efectos psicosociales.

Abstract

Psychosocial effects of adaptive sports and activities in children with Down syndrome were analyzed through a systematic review process. The goal of the review was to find associations between self-perception, participation, friendships, and overall life satisfaction when participating in adaptive sports and activities. These findings demonstrated that adaptive sports and activities have a positive impact in psychosocial variables of children with Down syndrome, in addition to the overall positive impact in the family dynamic.

Key words: intellectual disabilities, Down syndrome, adaptive sports, psychosocial effects.

Introducción

Las variables psico-sociales tienen un rol importante en el disfrute de los niños y la intensidad para participar en diferentes actividades de la vida (King, Law, Petrenchik y Hurley, 2013). Los niños con discapacidades, sin embargo, pueden experimentar un menor disfrute e intensidad en la participación debido a diferentes factores como la comparación social, bajos niveles de apoyo y sentimientos negativos acerca de sí mismos (King et al., 2013). Muchos niños con y sin discapacidad participan en actividades atléticas. Los deportes, de este modo, ofrecen un contexto importante para la interacción y el intercambio social con otras personas (Zabriskie, Lundberg y Groff, 2005). Groff y Kleiber (2001) reportan que los deportes pueden aumentar las habilidades y competencias, ofrecer canales para expresar emociones, interacciones sociales y brindar oportunidades para encontrarse con otras personas con discapacidades, disminuyendo la sensibilización acerca de la discapacidad (como se cita en Zabriskie et al., 2005). Los deportes adaptados basados en la comunidad y los programas de recreación pueden propiciar los caminos necesarios para un desarrollo saludable de la identidad y la calidad de vida (Zabriskie et al., 2005). Por lo tanto, un desarrollo psico-social saludable es uno de los componentes esenciales en la vida de los niños con Síndrome de Down para poder participar en diferentes ocupaciones.

Las dificultades en nuestro desarrollo psico-social pueden tener resultados críticos en la salud general y en diferentes aspectos sociales (Vroman, 2015). Ser aceptado socialmente es muy valioso e importante para el desarrollo de la identidad. Por ejemplo, los adolescentes con discapacidades deben integrar auto-conceptos saludables de manera que se vuelvan parte de su identidad (Vroman, 2015). A través de la aplicación de deportes adaptados los terapeutas ocupacionales crean intervenciones para focalizar y aumentar los efectos psico-sociales en niños con Síndrome de Down. En este artículo, revisamos la información disponible en relación al impacto de los deportes y las actividades adaptadas en diferentes variables psico-sociales con el fin de responder a la pregunta, ¿Cuáles son los efectos psico-sociales del deporte y actividades adaptadas en los niños con Síndrome de Down? En este artículo se proporcionará una revisión sistemática de las evidencias que apoyan la utilización de deportes y actividades adaptadas como una intervención para incrementar los efectos psico-sociales en niños con Síndrome de Down.

Metodología

Los criterios para considerar estudios para la presente revisión sistemática y sus variables de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

- a) Los criterios de inclusión consistieron en literatura acerca de deportes y actividades adaptadas así como también los efectos psico-sociales de los deportes y actividades adaptadas en niños con Síndrome de Down

- b) Se consideraron estudios publicados entre Enero del 2001 y Diciembre del 2016, y que incluyeran individuos con Síndrome de Down
- c) Los criterios de exclusión consistieron en artículos que se enfocaron en individuos con discapacidad física o adultos con Síndrome de Down.

Estrategias de búsqueda

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda de estudios fueron CINAHL, PsychINFO y SPORTDiscus. La variación de los términos claves utilizados fueron niños, adolescentes, Síndrome de Down, deportes, actividades adaptadas, compromiso social y psico-social. La clasificación de los niveles de evidencia de los estudios fueron adaptados de Sackett et al., (1996) citado en los requerimientos de los Estudios Valorados Críticamente (CAPs) así como también de investigaciones Basadas en Evidencia (EBP) reportados por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA).

Resultados

Un total de 179 artículos fueron identificados inicialmente, luego de revisar los resúmenes y eliminando duplicados, ocho artículos se incluyeron en la revisión sistemática. La Figura 1 explica en detalle el proceso de selección siguiendo los criterios del grupo PRISMA para revisiones sistemáticas en la literatura científica. Los criterios del grupo PRISMA identifican un consenso internacional en relación a cómo deben reportarse las revisiones sistemáticas y los estudios de meta-análisis. PRISMA significa el “modo preferido para el reporte de ítems en revisiones sistemáticas y meta-análisis” (por sus siglas en Inglés). De este modo, los estándares PRISMA son una lista de ítems que deben incluirse en la publicación de revisiones sistemáticas. La idea central de PRISMA es que investigadores en diferentes regiones sigan procedimientos similares para la identificación, selección y revisión crítica de investigaciones así como también criterios unificados para el análisis de datos que se incluyen en diferentes revisiones. Las revisiones sistemáticas han crecido significativamente en ciencias de la salud y sociales. Los profesionales las leen para mantenerse al día en sus respectivas especialidades y se las utiliza como punto de partida para el desarrollo de estándares de práctica clínica y profesionales. Varios estudios se han abocado a la tarea de revisar la calidad de diferentes revisiones sistemáticas en diferentes profesiones. En general, los hallazgos indican dificultades que se relacionan principalmente a la calidad de cómo se reportan los hallazgos. Para solucionar este problema en 1999 un grupo internacional de profesionales crea QUORUM o “calidad de los reportes de meta-análisis” (por sus siglas en Inglés). En el año 2009, una revisión de QUORUM lo convierte en PRISMA para actualizar varias prácticas en el reporte

de revisiones sistemáticas. Entre sus ingredientes centrales PRISMA propone a) una búsqueda integral con palabras claves en bases de datos relevantes a la pregunta a responderse por medio de la revisión sistemática, b) la especificación de los límites de búsqueda (e.j. período de tiempo, idioma, etc.), c) la utilización de un diagrama que orienta a otros investigadores en revisiones similares que pueden duplicarse, y d) la utilización de una lista específica de los contenidos claves que deben incluirse en diferentes secciones de una revisión sistemática. (e.j. introducción, resultados, metodología, etc). Los criterios PRISMA garantizan la adherencia a un proceso uniforme cuando se utiliza la metodología de revisión sistemática y meta-análisis en investigación.

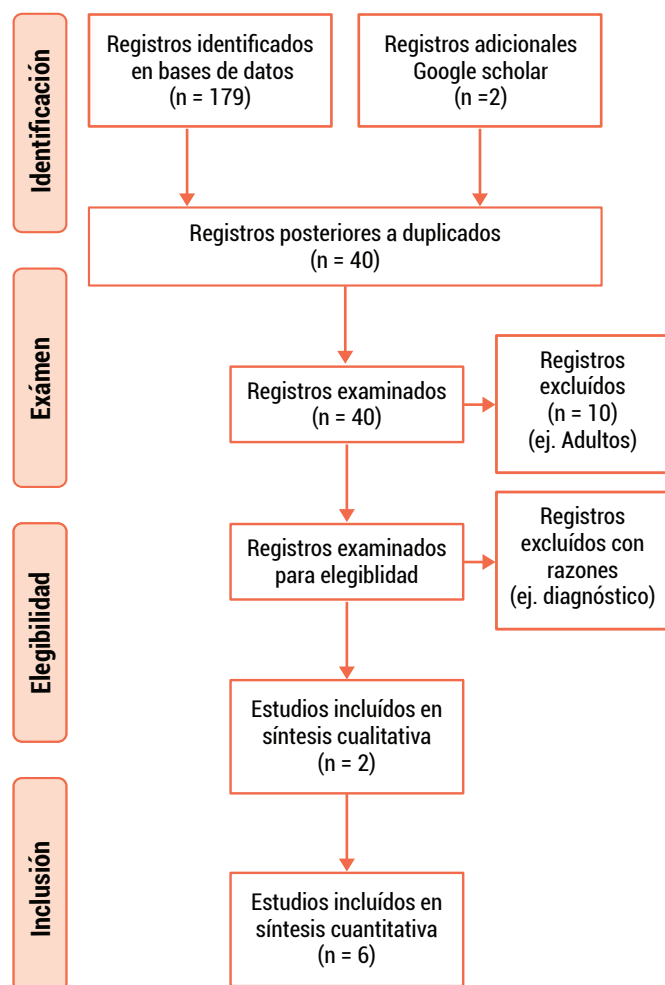


Figura 1: Diagrama PRISMA. Selección de estudios basados en su relevancia en relación a los efectos psico-sociales de deportes y actividades adaptadas en niños con Síndrome de Down. Adaptado de D. Moher, A. Liberati, Tetzlaff J., D. G. Altman, 2009. Derechos reservados por PRISMA.

Resultados de los estudios

Cahill, Clon, Wilson y Moroni (2015) realizaron un estudio de seis semanas que midió el grado de interés y valores de los niños con Síndrome de Down con el fin de promover la actividad física en las rutinas diarias. En este estudio se enfatizó la inte-

racción social entre los participantes. Los participantes completaron el cuestionario ocupacional (CO) dos veces por semana para medir como utilizaron su tiempo fuera de la escuela. Además, tres de los padres de los niños que acudieron al programa “Los amigos, la diversión y el ejercicio físico” participaron en un proceso de grupo para proporcionar retroalimentación acerca de áreas que podrían mejorarse. Cahill et al., (2015) encontró que los niños que participaron en el programa consideraron el ejercicio como “cool” y “divertido” y tomaron más iniciativa en sus responsabilidades en tareas del hogar.

Buckley (2007) identificó dos formas de disfrutar socialmente al participar en actividades físicas, ya sea individualmente o dentro de un equipo. El estudio de Buckley consistió en cuatro pequeños grupos de discusión donde los padres de niños con Síndrome de Down discutieron los niveles presentes de actividad física de sus hijos y su participación en juegos, deportes o danza. Los resultados de Buckley identificaron la actividad social como algo agradable y beneficioso para la salud en los grupos investigados.

Barr y Shields (2011) examinaron las ventajas y desventajas de la actividad física para los niños con Síndrome de Down. Se realizaron entrevistas a 20 padres de niños entre las edades de 2 a 17 años. Barr y Shields reportaron que los padres afirman que las percepciones de sus hijos en las actividades son más significativas y placenteras cuando sus compañeros participan al mismo tiempo.

Zabriskie et al. (2005) examinó los resultados relacionados a la calidad de vida de 129 participantes con discapacidad que estuvieron involucrados en programas de “esquí alpino” y “montando a caballo” ofrecidos por el Centro Nacional de Habilidad (CNH), una agencia de deportes adaptados y recreación terapéutica. Mediante un cuestionario de 28 preguntas, las percepciones de los programas indican una clara relación al nivel de calidad de vida y la identidad atlética de estos niños. Esto fue reportado considerando los resultados que los participantes indicaron en el último día de cada programa realizado dentro de CNH. Zabriskie et al., indicaron que la participación influye positivamente la calidad de vida general, familiar, social y la salud de los participantes.

Li Liu, Lok y Lee (2006) examinaron las experiencias exitosas de las personas con Síndrome de Down con el fin de proporcionar información sobre las capacidades de las personas con discapacidad intelectual. Diez personas que recibieron el “Premio Stevie a las Personas con Síndrome de Down Excepcionales”, sus padres y seres queridos participaron en dos o tres entrevistas personales. Las entrevistas utilizaron un enfoque de investigación etnográfico y las preguntas, cerradas y abiertas, se centraron en los logros de los participantes y la superación de diferentes barreras. La información recibida se comparó y agrupó según cuatro temas similares. Li y sus colaboradores,

reportaron que el apoyo familiar, la colaboración continúa entre familias, escuelas y comunidad son fundamentales para las personas con discapacidad intelectual en su lucha para adquirir la capacidad de vivir vidas plenas y satisfactorias.

Murphy y Carbone (2008) presentaron un informe clínico y discutieron aspectos importantes de la actividad física, la recreación y la participación en deportes para niños con discapacidades. Su reporte ofrece sugerencias útiles que los pediatras pueden utilizar en la práctica clínica para promover la participación en actividades físicas. Murphy y Carbone indicaron que participar en deportes y Olimpiadas especiales mejoran el bienestar físico, emocional y social.

King y sus colaboradores (2013) examinaron factores psico-sociales durante la participación en las actividades extra-curriculares de 427 niños con discapacidades físicas y 354 niños sin discapacidades entre las edades de 6 y 14 años. Todos los niños completaron cuestionarios que fueron enviados por correo a sus hogares; los niños con discapacidad recibieron el cuestionario de fortalezas y dificultades (CFD), la sección de comunicación de las escalas Vineland del Comportamiento Adaptativo

(VCA, realizada por medio de una entrevista telefónica), la evaluación de la participación y disfrute (EPD), la escala de actividades para niños (EAÑ), el perfil de auto-percepción y la escala de apoyo social proporcionado por otros niños. Los niños que no podían completar los cuestionarios recibieron ayuda de sus padres. Niños sin discapacidades recibieron un cuestionario demográfico, CD, versión de la medida del CABO y auto-percepción. King y sus colaboradores, encontraron que los factores psico-sociales juegan un papel importante en el disfrute y la intensidad de participar en actividades de esparcimiento.

Por último, Borntreger (2006) resumió el Simposio Nacional de investigación del 2006 en los juegos nacionales de Olimpiadas especiales. Una amplia gama de líderes de diferentes regiones participó de este evento incluyendo atletas, médicos, académicos expertos en salud pública, educadores, empleadores y líderes del programa de Olimpiadas especiales. Borntreger (2006) concluyó que las Olimpiadas especiales evolucionan en la premisa de empoderar a las personas con discapacidades intelectuales para poder realizar su verdadero potencial y actúan disipando ideas erróneas al compartir información en común con personas que no tienen discapacidad intelectual.

AUTOR(ES)	DISEÑO	SUJETOS	RESULTADOS
Barr & Shields, 2011	Nivel 5 Informe de caso	N=18	Entrevistas a 18 padres de niños con síndrome de Down revelaron cuatro temas comunes que facilitan y dificultan la actividad física. Impacto de la participación familiar en actividad física.
Borntreger, 2006	Nivel 5, informe de caso	Ninguno	Hay necesidad de defender los derechos de las personas con discapacidad intelectual. Programas como las Olimpiadas especiales permiten a los atletas a reconocer sus potencialidades.
Buckley, 2007	Nivel 5 informe de caso	N=4	Cuatro grupos de padres con niños con síndrome de Down revelaron la necesidad de un estilo de vida saludable en los años pre-escolares, reconociendo el valor de las prestaciones relacionadas al esparcimiento y las oportunidades sociales en la vida adolescente y adulta.
Cahill et al., 2015	Nivel 4, informe de caso	5 niños, 11-17 años de edad	Tres de cinco padres participaron en una grupo focalizado. Identificaron que los amigos, la diversión y un programa de acondicionamiento físico permite a sus hijos con síndrome de Down ver los ejercicios como "cool" y "diversión." Sus hijos tomaron la iniciativa para ejercer nuevas responsabilidades y decisiones sobre hábitos y rutinas.
King et al., 2013	Nivel 2, estudio de casos y control	N=427 niños con discapacidades físicas y N=354 niños sin discapacidades. Edades 6-14 para los dos grupos	La participación en actividades extra escolares para niños con y sin discapacidades físicas afectan los aspectos psico-sociales del disfrute e intensidad en las actividades de esparcimiento infantil
Li et al., 2006	Nivel 5. Informe de caso	N=10 niños.	La perspectivas de los adolescentes con síndrome de Down revelaron que el apoyo familiar; colaboración entre familias, escuelas y agencias comunitarias son fundamentales para ayudar a las personas con discapacidad intelectual a desarrollar su potencial de calidad de vida.
Murphy & Carbone, 2008	Nivel 5. Informe de caso	Ninguno: Informe clínico	Se recomienda que los pediatras promuevan la participación de los niños con discapacidad en actividades físicas y deportes competitivos y recreativos. La participación en el deporte promueve beneficios físicos, emocionales y sociales.
Zabriskie et al., 2005	Nivel 4. Estudio de casos	N=129 adolescentes	Participación en programas de esquí alpino y paseos a caballo promueve un impacto positivo en la participación para la calidad de vida, salud general, calidad de vida familiar y vida social para personas con discapacidad

Discusión

Los ocho artículos presentados en esta revisión sistemática reconocen la importancia de los deportes y actividades recreativas adaptadas en las vidas de los niños y adolescentes con discapacidades. Los deportes y las actividades recreativas tienen la capacidad para promover y mejorar la actividad física, emocional y el bienestar social. Las Olimpiadas especiales son el mayor programa recreativo para personas con discapacidad intelectual, y sirven como un ejemplo de los esfuerzos internacionales realizados para promover el bienestar social y emocional a través de la participación en deportes adaptados (Murphy y Carbone, 2008). Un reporte de Zabriskie y colaboradores (2005) demuestra que los deportes adaptados y la recreación terapéutica comunitaria simbolizan el compromiso de ayudar a los niños y sus familias a obtener una vida sana y plena. Este compromiso puede ser un enlace entre los diferentes servicios de tratamiento en centros de salud, actividades de esparcimiento, los recursos comunitarios y las relaciones sociales para facilitar estilos de vida de calidad con familiares y amigos en la comunidad (Zabriskie et al., 2005). De este modo, después de la revisión de los estudios incluidos en esta revisión sistemática se identificaron temáticas similares que fueron clasificadas como:

- a) Destrezas sociales
- b) Auto-percepción
- c) Vida familiar

Estas tres temáticas reflejan los efectos psico-sociales positivos que los deportes y actividades adaptadas tienen en las vidas de los niños con Síndrome de Down y sus familias.

Destrezas sociales

Las actividades al aire libre, como el esquí alpino, paseos a caballo y el servicio voluntario tienen un potencial para influenciar positivamente el desarrollo vital de los niños con Síndrome de Down. Este tipo de actividades pueden mejorar la manera en que los niños con Síndrome de Down se adaptan a sus contextos y aspiran a tomar nuevas responsabilidades, se comunican con otras personas y construyen relaciones significativas con sus compañeros y familias. Zabriskie et al., (2005) encontraron que participando en esquí alpino o programas a caballo, como los proporcionados por el CNH, aumentan las destrezas y competencias de los adolescentes con discapacidad, ofreciendo oportunidades para la expresión emocional, interacción social y conexión con otras personas.

Covey, Feltz, Danish y sus colaboradores encontraron que los deportes se perciben como un medio para desarrollar una mayor conciencia de sí mismo, mejorar la auto-expresión y fortalecer los niveles de dominio y habilidades de adap-

tación (como se cita en Zabriskie et al., 2005). En relación con los resultados de Zabriskie y sus colaboradores; Barr y Shields (2005) reportan que el impacto positivo y la habilidad para comunicarse verbalmente entre niños con Síndrome de Down modera el mayor disfrute de la interacción social de los deportes. Similares hallazgos fueron reportados por Barr & Shields y King y sus colaboradores (2013) al presentar las determinantes psico-sociales de los niños con y sin discapacidad en la participación extra-curricular al establecer una correlación entre la habilidad para comunicarse y la intensidad del disfrute en las actividades de los niños con discapacidad. Un efecto indirecto que debería explorarse en otros estudios de investigación es el reportado por Cahill y sus colaboradores (2015). Sus afirmaciones indican un efecto de intervención en la toma de nuevas responsabilidades luego de participar en un programa con énfasis en la amistad, la diversión y el condicionamiento físico. Algunas de estas responsabilidades incluyeron el preparar los elementos necesarios para participar en el programa e intencionalmente la toma de decisiones en relación a hábitos y rutinas específicas en el hogar (Cahill et al., 2015).

La utilización de procesos grupales también se reporta con resultados positivos. Por ejemplo, Zabriskie y sus colaboradores (2005) reportaron que los adolescentes que participaron en deportes los identificaron como un medio para interactuar con sus “mejores amigos”, promoviendo las relaciones positivas. Del mismo modo, Barr y Shields (2011) reportan un índice de correlación entre pares y su influencia en la actividad física general. Buckley (2007) informa que los padres de niños con síndrome de Down identifican claramente como la motivación de sus hijos aumenta significativamente, cuando interactúan socialmente con amigos y hermanos en contextos sociales y deportivos. Además de los beneficios de los deportes y actividades adaptadas, Li y sus colaboradores (2006) encontraron que la participación en servicios voluntarios, ayudó a los 10 destinatarios del Premio Stevie para personas con Síndrome de Down a abogar por los demás, mejorar las redes sociales y ayudar a la mejor comprensión de las personas con Síndrome de Down y otras discapacidades.

Auto-percepción

Los niños construyen sus identidades a través de las interacciones de cada día. Sus capacidades para participar en actividades y deportes influyen en sus percepciones y define el mundo que los rodea. Blinde y McClung identificaron la influencia positiva de los deportes recreativos para la auto-imagen de las personas con discapacidades, incluyendo la percepción física, sentimientos de normalidad y confianza (como se cita en Zabriskie et al., 2005). Cahill y sus colaboradores (2015) reportaron resultados similares a los hallados por Blinde y

McClung. Un efecto curioso se relaciona al resultado de participar en el programa amigos, diversión y condicionamiento físico y la percepción de los niños con síndrome de Down. Todos los integrantes de este estudio se percibieron del mismo modo que sus pares con desarrollo típico en los deportes y otras actividades similares. Similarmente a los dos estudios mencionados anteriormente, Borntrager (2006) reconoce que participar en las Olimpiadas especiales tiene una influencia positiva en las personas con discapacidades intelectuales. Las Olimpiadas especiales empoderan a los atletas, como Edward Barbanell que nació con Síndrome de Down, a reconocer sus potencialidades, la importancia de la autopercepción y como el participar ayuda a obtener confianza en sí mismo (Borntrager, 2006).

Similar a los resultados de Borntrager (2006); King y sus colaboradores (2013) asociaron niveles más altos de competencia atlética con un mayor disfrute y participación en actividades físicas para niños con y sin discapacidad. En la misma línea de investigación, Li y sus colaboradores (2006) identificaron a 10 destinatarios del Premio Stevie para personas con Síndrome de Down excepcionales como potentes motivadores para lograr nuevos conocimientos mediante la participación en servicio comunitario, deportes y otras actividades. Este tipo de participación influye en el aumento de la confianza, autoestima y otros factores como la perseverancia en la aspiración de volverse una mejor persona.

Vida Familiar

Participar en los deportes como parte de la vida familiar, proporcionar apoyo incondicional y ofrecer oportunidades para niños con discapacidad promueven una mayor satisfacción y la cohesión entre miembros de la familia. Las familias experimentan mayor unidad después de participar en recreaciones al aire libre, comunitarias e inclusivas (Zabriskie et al., 2005). Como resultado de participar en actividades de esparcimiento y recreación conjunta, las familias parecen desarrollar habilidades para la vida, destrezas sociales, solución de problemas como el compromiso y la negociación (citado en Zabriskie et al., 2005). Del mismo modo, Barr y Shields presentan en sus estudios las percepciones de las familias de niños con Síndrome de Down. Estas familias reconocen el impacto positivo que los padres tienen sobre la participación de sus hijos cuando conjuntamente participan en diferentes deportes (Barr & Shields, 2011). Además de los beneficios mencionados anteriormente, Murphy y Carbone (2008) identificaron como el nivel de actividades físicas, en diferentes familias, influyen en el nivel de participación de un niño. Por otra parte, la participación parece tener mayor influencia en los ambientes del hogar, familiar y en las preferencias del niño (Murphy y Carbone, 2008). Li y sus colaboradores (2006) reportaron que las familias de todos los

destinatarios del Premio Stevie promueven un apoyo incondicional pero además brindan oportunidades en las cuales los niños desean participar en diversas actividades y programas para mejorar su desarrollo e independencia.

Recomendaciones para futuros programas

Después de completar la revisión de los ocho artículos seleccionados, se encontraron recomendaciones similares proporcionadas por los padres y autores. Las recomendaciones incluyen aquellos aspectos que pueden beneficiar a individuos con Síndrome de Down, familias y comunidades. La primera recomendación más frecuente fue la disponibilidad de programas de apoyo de pares y la disponibilidad de recursos para los padres y las familias. Esta recomendación parece lograr una mejor comprensión acerca de cómo apoyar el desarrollo y brindar oportunidades a niños con Síndrome de Down. La segunda recomendación es proporcionar mayor número de programas comunitarios que integren la utilización de técnicas de adaptación y equipos profesionales para facilitar la inclusión, las necesidades individuales, disfrute y la seguridad general de los niños con discapacidad intelectual. La tercera recomendación se relaciona a proporcionar estrategias de apoyo para entrenadores, profesores y ayudar a mejorar las necesidades de los niños con discapacidad intelectual promoviendo la participación en actividades físicas. La última recomendación se relaciona a como las familias y educadores deben ofrecer opciones de estilos de vida saludables a una edad temprana. Esto parece permitir a los niños con Síndrome de Down continuar participando en actividades físicas durante toda su vida.

Recomendaciones para terapia ocupacional

Los terapeutas ocupacionales pueden educar y promover la participación en deportes y actividades adaptadas por medio de la evaluación de las rutinas diarias de los niños con Síndrome de Down y sus familias. Es importante que los Terapeutas Ocupacionales evalúen y reporten los beneficios físicos de los programas que incluyen deportes y actividades adaptadas. Sin embargo, es necesario que se examinen, al mismo tiempo, diferentes variables psico-sociales que parecen modificarse como resultado de la participación en estos deportes y actividades adaptadas. La utilización de cuestionarios, tests de desempeño y observaciones clínicas deben centrarse en aspectos que incluyan y describan a) aspectos sociales, b) de auto-percepción y c) impacto en la vida familiar. Por ejemplo, la medición sistemática de cómo los niños con Síndrome de Down toman nuevas responsabilidades, incrementan sus destrezas de comunicación y contactos sociales generales parece ser un resultado esperable luego de la participación en programas de deporte y actividades adaptadas. Su impacto general y específico debe medirse y

reportarse en Terapia Ocupacional. Las mediciones de auto-estima, competencia o destrezas de adaptación podrían utilizarse para identificar el grado e impacto de los deportes y las actividades adaptadas en constructos relacionados a la auto-percepción. Los resultados de Cahil y sus colaboradores (2015) deberían replicarse en el contexto Argentino. Particularmente porque una combinación de condicionamiento físico en un enfoque de amistad y diversión podría alterar positivamente variables relacionadas a la auto-percepción de manera similar a la experimentada por individuos sin discapacidad. Sin embargo, los terapeutas ocupacionales deben general y reportar evidencia local en sus comunidades. La evidencia parece indicar que aspectos de intensidad, competición, disfrute, voluntariado/servicio, y apoyo familiar podrían ser parte de los ingredientes claves en los programas que favorecen los cambios en la auto-percepción de los niños con Síndrome de Down.

Variables relacionadas a la vida familiar parecen influenciar a los niños con Síndrome de Down directamente. Los Terapeutas Ocupacionales tienen un rol central en la educación parental relacionada al equilibrio de diferentes ocupaciones y su relación a la salud general. Diferentes estudios establecen claramente el impacto positivo del nivel de actividad física familiar en el niño con Síndrome de Down. Esta relación debe explorarse en diferentes constituciones y dinámicas familiares y reportarse empíricamente.

En conclusión reportamos beneficios y la correlación positiva entre aspectos psico-sociales de los niños con Síndrome de Down y la participación en deportes y a actividades adaptadas. La promoción y proporción de recursos para las familias que tienen como objetivo mejoran el nivel físico podrían generar hábitos saludables a largo plazo en niños con Síndrome de Down. Los aspectos psico-sociales son, sin duda, esenciales para el éxito y la mejor adaptación de los niños con Síndrome de Down. Los terapeutas ocupacionales deben continuar trabajando colectivamente para concientizar acerca de la relación entre los deportes, las actividades adaptadas y las variables psico-sociales de los niños con Síndrome de Down y sus familias. ●

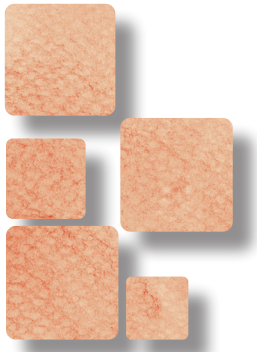
[Recibido: 3/12/17 - Aprobado: 15/10/18]

Referencias bibliográficas

- Barr, M., y Shields, N. (2011). Identifying the barriers and facilitators to participation in physical activity for children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(2), 1020-1033. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01425.x>
- Borntrager, R. (2006). Compete, empower, unite: A battle cry for inclusion. *Exceptional Parent*, 36(10), 50-53.
- Buckley, S. (2007). Increasing opportunities for physical activity. *Down Syndrome Research and Practice* 12(1), 18-19. Recuperado de: www.down-syndrome.org/updates
- Cahill, S. M., Clone, J., Wilson, M., y Moroni, A. (2015). Friends, fun, and fitness: A 6-week program for adolescents with Down syndrome. *American Journal of Occupational Therapy Association- Special Interest* 38(2), 1-4. Recuperado de: <http://www.aota.org/Publications-News/SISQuarterly/Developmental-Disabilities.aspx>
- King, G., Law, M., Petrenchik, T., y Hurley, P. (2013). Psychosocial determinants of out of school activity participation for children with and without physical disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 33(4), 384-404. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3109/01942638.2013.791915>
- Li, E. P.-Y., Liu, Y.-M., Lok, N. C.-Y., Lee, V. W.-K. (2006). Successful experience of people with down syndrome. *Journal of Intellectual disabilities*, 10(2), 143-154.
- Murphy, A. N., & Carbone, S. P. (2008). Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation, and physical activities. *American Academy of Pediatrics* 121(5), 1057-1061. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-0566>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Plos Med*, 21; 6(7). doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Vroman, K. (2015). Adolescent development: Transitioning from child to adult. In J. Case Smith & J. C. O'Brien (Eds.), *Occupational therapy for children and* (pp. 102-128). St. Louis, MO: Elsevier.
- Zabriskie, R. B., Lundberg, N. R., y Groff, D. G. (2005). Quality of life and identity: The benefits of a community-based therapeutic recreation and adaptive sports program. *Therapeutic Recreation Journal*, 39(3), 176-191. Recuperado de: <http://js.sagamorepub.com/trj>

Cómo citar este artículo:

Reinoso, G. y Lomeli, I. (2018). Los Efectos Psicosociales del Deporte y Actividades Adaptadas en Niños con Síndrome de Down: Una Revisión Sistemática. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2) 53-59.



Feminismo(s) y Terapia Ocupacional. Preguntas y reflexiones¹

Feminism(s) and Occupational Therapy. Questions and reflections

Rodolfo Morrison | Lilian Araya

Rodolfo Morrison

Terapeuta Ocupacional, Licenciado en Ciencias de la Ocupación. Dr. en Lógica y Filosofía de la Ciencia. Académico del Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación de la Universidad de Chile. Integrante de la Sociedad Chilena de Ciencia de la Ocupación; del Comité de Estudios en Ciencia de la Ocupación; de la Red de Estudios Críticos de la Diversidad; y del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio de las Sexualidades.

rodolfomorrison@med.uchile.cl

Lilian Araya

Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana y Terapeuta Ocupacional por la Universidad de Chile.

lilianarayao@gmail.com

Resumen

El feminismo resulta, desde siempre, un aporte crucial a nuestras formas de entender nuestra posición en el mundo. Nos permite reflexionar y desnaturalizar prácticas sistemáticas de injusticias y arbitrariedades que producen sujetos vulnerados, pero también resistencias. En este escrito se revisa el feminismo y sus diversas corrientes, el desarrollo de las epistemologías feministas como forma de entender la realidad social y ocupacional. Se proponen reflexiones para pensar al feminismo dentro de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la formación, práctica e investigación.

Palabras clave: epistemología, feminismo, ocupación, Terapia Ocupacional.

Abstract

Feminism has always been a crucial contribution to our ways of understanding our position in the world. It allows us to reflect and denaturalize systematic practices of injustice and arbitrariness that generate vulnerable subjects, but also resistance. In this paper, feminism is revised and its various currents, the development of feminists epistemologies as a way of understanding social and occupational reality. Some reflections are proposed to think about feminism within Occupational Therapy, in the fields of education, research and intervention.

Key words: epistemology, feminism, occupation, Occupational Therapy.

¹ El presente escrito es parte de una conferencia realizada en la Universidad Nacional de Quilmes, el 10 de septiembre de 2018, en el marco de la celebración del Día del/a Terapeuta Ocupacional en Argentina. Fue dictada por Rodolfo Morrison. El texto fue transcrito, editado y corregido por Lilian Araya.

Introducción

Uno de los aportes más grandes del feminismo es que nos permite movilizarnos desde nuestras prácticas naturalizadas y cuestionarlas, plantearnos preguntas que problematizan las prácticas tradicionales de la profesión, esta característica es enormemente importante para todas las disciplinas y de forma particular para la terapia ocupacional que, debido a sus objetivos, tiene una responsabilidad mayor con la formación e integración de estas reflexiones en el pregrado.

El feminismo siempre considera el contexto en el cual las personas estamos, eso es un elemento esencial, reiteradamente nuestros contextos de trabajo son burocráticos y tecnificados, aspectos que muchas veces nos impiden tener espacios de reflexión. La idea es generar diálogos y debates que permitan tejer nuevas formas de plantearnos como disciplina y reformar las maneras en las cuales estamos haciendo terapia ocupacional.

Este documento se llama Feminismo(s) y Terapia Ocupacional el cual se desarrolla en cuatro puntos generales. Primero se presenta una descripción general del feminismo y de los feminismos que, por un lado, nos ayuda a comprender las diversidades y las razones por las cuales hay compañeras feministas y compañeros feministas que no coinciden en algunos aspectos y por otro, nos permite buscar un punto de encuentro en nuestras prácticas como terapeutas ocupacionales. En un segundo punto se abordan las epistemologías feministas y se analiza cómo la epistemología feminista es coherente y pertinente para las prácticas e investigaciones en Terapia Ocupacional (en adelante TO). El tercer punto problematiza la categoría de género y su relación con la ocupación y el último punto se analiza e integran los feminismos, sus implicancias en los procesos de reflexión crítica de investigación e intervención de la TO y se describen experiencias de investigación concretas.

La feminista bell hooks inicia su libro “El feminismo es para todo el mundo”, donde hace una distinción o una aclaración respecto a qué es el feminismo:

Explicado de forma sencilla, el feminismo es un movimiento para acabar con el sexismo, la explotación sexista y la opresión. Esta definición del feminismo la incluí en mi libro *Feminist Theory: From Margin to Center* hace más de diez años. En ese momento esperaba que se convirtiera en una definición común que utilizara todo el mundo; me gustaba porque no implicaba que los hombres fueran el enemigo. Al especificar que el problema era el sexismo, iba directamente al corazón de la cuestión. A efectos prácticos, es una definición que implica que el problema es el conjunto del pensamiento y la acción sexista, independientemente de que lo perpetúen mujeres u hombres, niños o adultos.

Es lo suficientemente amplia como para comprender el sexismo sistémico institucionalizado; y es una definición abierta. Para entender el feminismo es necesario entender el sexismo (2017, p. 21).

Me gusta esta aclaración, porque en algunos encuentros feministas que he participado hay corrientes del feminismo, como por ejemplo el radical o separatistas, que apelan a la construcción de la corporalidad, a hablar desde mi propia construcción para referirme a ciertos temas y en ese camino muchas veces se interpela que el feminismo no es una lucha en la que participamos los hombres.

Coincido con lo que plantea hooks, ya que ella desplaza la cuestión identitaria de la definición yo soy feminista a una definición que entiende al feminismo como una lucha y un movimiento, que busca destituir el sexismo y las prácticas constantes de opresión. Es interesante porque invita a que todas las personas podamos ser parte del movimiento y no desconoce que las mujeres han sufrido y siguen sufriendo una opresión constante debido a la institucionalidad sexista. Yo me posiciono desde esa idea para acompañar la lucha de las compañeras feministas, considerando o intentando hacer el ejercicio de análisis de mi situación de privilegio por haberme construido socialmente como hombre. En la medida que reconocemos nuestros privilegios, al momento de participar y apoyar el feminismo aumentamos las posibilidades de acción. Por supuesto que esto es polémico ya que no todas las feministas están de acuerdo con estas propuestas.

Feminismos

Existe una cantidad de temas polémicos dentro del feminismo, en donde se intenta tener una voz única respecto a ciertos temas, lo cual no siempre es así. Por ejemplo, en España últimamente se ha discutido muchísimo con respecto a la gestación subrogada o gestación por sustitución. Una de las cosas que ocurrió en una feria de gestación subrogada fue algo impensado, llegaron feministas radicales, protestando con los pechos desnudos, contra la utilización del cuerpo de las mujeres; y en la vereda de enfrente, también protestando, estaban mujeres del Opus Dei. Se unieron dos perspectivas radicalmente distintas en contra de una práctica, es atractivo ver esa imagen y preguntarnos si efectivamente existe un feminismo, si todas las luchas feministas apuntan específicamente hacia lo mismo o si existe diversidad (ver figura 1), esa imagen nos invita a pensar sobre estas cuestiones².

² Aquí la noticia de *El Diario* (06/05/2017): https://www.eldiario.es/sociedad/Protesta-feminista-Madrid-gestacion-subrogada_0_640785939.html; y algunas opiniones del Opus Dei aquí: http://www.opusdeialdia.es/opus_dei/viewtopic.php?t=15635



Figura 1: Representación de algunos feminismos (elaboración propia).

Existe una historia más oficial del feminismo (criticada por otros feminismos) que establece una mirada tradicional del feminismo, originada desde las primeras olas feministas en la época de la ilustración, momento en el cual las mujeres comienzan a estudiar. Esta mirada estuvo relacionada con la búsqueda de la igualdad entre hombres y mujeres, de allí la denominación del *feminismo de la igualdad*, esta corriente se posiciona claramente a principios de 1900 (Pinto, 2003). A mediados de 1900 se empieza a establecer al género como una construcción social, no como algo naturalizado que viene dado. Encontramos un texto muy emblemático de Simone de Beauvoir (1949/1981) con su frase "no se nace mujer, una llega a hacerlo", que genera un paradigma con respecto a todos los elementos de la construcción de género.

Después del surgimiento del *feminismo de la igualdad* apareció un movimiento en oposición que va a reconocer las diferencias entre hombres y mujeres estableciendo que existen diferencias naturales desde una perspectiva binaria hombre-mujer, se propone como el *feminismo de la diferencia* que defiende las características propias de las mujeres y establece que existen experiencias diferentes que las mujeres van a vivir y que esas diferencias tienen que integrarse en el paradigma de la equidad. Es decir, reconocernos con nuestras diferencias, pero intentar generar políticas, que aboguen, defiendan o suplan las carencias históricas (Castro, 1990).

Hay perspectivas más radicales del feminismo en donde se ha criticado el rol de la sexualidad vinculada directamente a la reproducción, herencia religiosa que durante muchos siglos estuvo ligada al Estado, han problematizado estos contextos y el rol de la mujer en ellos. También aparecen otros movimientos, como *lesbofeministas* que van a criticar este sistema heteropatriarcal o heterosexista y al feminismo que no se hizo cargo de estas "otras" mujeres (Aguise, 2010). Ahí tenemos por ejemplo a Monique Wittig, que es una gran feminista que va a problematizar a la sujeta-mujer y esta situación, en tanto que ocurre con las mujeres lesbianas, por qué han estado excluidas e invisibilizadas de los movimientos feministas a pesar de su lucha, por qué estas perspectivas más hegemónicas feministas han representado a unas mujeres más que otras (Wittig, 1992/2006).

En el caso del *feminismo radical* (que también presenta controversias en su denominación) busca "retomar el control sexual y reproductivo de las mujeres y aumentar su poder económico, social y cultural; destruir las jerarquías y la supremacía de la ciencia; crear organizaciones no jerárquicas, solidarias y horizontales" y también "(...) rechazan la organización, la racionalidad y el discurso masculino", va a generar acciones políticas más radicales que otros feminismos. En la actualidad, las feministas radicales van a ser reconocidas, sobre todo por su activismo. Hay dos puntos que me parecen

paradigmas interesantes de debate dentro del feminismo más radical, estas son las críticas a la pornografía y la prostitución, por establecer que estas prácticas cosifican a la mujer (Osborne, 1988; Ranea Triviño, 2012; Scolari, 2016). Aquí se critican los mecanismos que oprimen a las mujeres, pero cabe preguntarse si todas las mujeres son impactadas de la misma manera por este sistema patriarcal o si tienen poder de agencia, resistencia y autonomía. Como lo propuesto por activistas feministas trabajadoras sexuales (Daich, 2012; Lamas, 2014).

En otro camino, el *feminismo liberal*, que ha tomado mucho protagonismo, en especial por sectores políticos de derecha que se han posicionado con fuerza en Latinoamérica. Estos movimientos conservadores han tomado “algunas” luchas del feminismo sin reconocerse como feministas. Por ejemplo, reclaman la desigualdad de la situación laboral de mujeres y hombres, en relación a la ausencia de las mujeres en puestos de trabajo de mayor jerarquía, pero sus argumentos se constituyen naturalizando construcciones culturales del género, señalando que las mujeres son más necesarias en las empresas por ser más “comunicativas” o más “amables” y que son un “complemento” al rol de los hombres (Fundación para el progreso, 2018). Es una perspectiva que suena contradictoria ya que no problematiza el rol social impuesto. Muchas de estas luchas del feminismo liberal se vincularon al sufragismo junto al feminismo de la igualdad inicialmente.

Otras perspectivas como el *feminismo socialista*, que históricamente no solo ha problematizado la cuestión del género, sino además la cuestión de la clase (sin el ánimo de jerarquizar qué es peor, ser pobre o ser mujer) establecen que la categoría clase es una categoría esencial para analizar las condiciones de vida involucradas en la opresión hacia las mujeres, plantea que no podemos obviar esa situación (Young, 1992) y hace una crítica que muchas perspectivas feministas no lo consideran.

Otra mirada es el *feminismo filosófico* que ha pensado el rol de las mujeres en la filosofía, ha hecho una crítica a la reconstrucción histórica por la ausencia de mujeres en los relatos oficiales. Esto es fácil de analizar, por ejemplo, si pensamos en la escuela y recordamos cuantas mujeres están presentes en los relatos históricos, ¿sobre cuántas mujeres importantes nos cuentan historias?, ¿nos hablan de mujeres importantes que han generado cambios y transformaciones sociales?, este feminismo critica esta situación y también critica a la epistemología tradicional (hablaremos de eso más adelante) (González García y Pérez Sedeño, 2002).

Podemos encontrar otras líneas como el *ciberfeminismo* que ha propuesto el activismo desde una perspectiva más tecnológica estableciendo relaciones con el desarrollo de la cibernética (Braidotti, 2002).

Hay perspectivas vinculadas al feminismo más radical, como el *feminismo separatista* que propone la separación directa entre hombre y mujeres porque establece que el solo hecho

de generarse instancias en donde haya hombres y mujeres, inmediatamente el sistema patriarcal opera jerarquizando y planteando superioridades vinculadas al género (Solanas, 1977/2011). Y sobre esto, hay estudios súper interesantes, por ejemplo, sobre observaciones en aulas de clases, donde se observa como profesoras y profesores tratan a niños y niñas desde una mirada sexista, es decir, un niño se saca una buena nota en matemáticas y es felicitado por su inteligencia y en cambio una niña se saca una buena nota y la felicitan por tener suerte, por haber acertado a las respuesta (Moreno Sánchez, Vélez González y Padilla Carmona, 2000). Se encuentran varias investigaciones en esa línea, desde el punto de vista etnográfico y cualitativo.

Esta perspectiva del feminismo radical da cuenta de cómo el sistema patriarcal opera en las relaciones de poder desigual y manifiesta que, para evitar esas situaciones, tenemos que tener instancias separatistas que generen espacios de formación, de lucha y de resistencia que originen reflexiones críticas que evidencien las opresiones que viven las mujeres y desnaturalicen también, la caricatura de los hombres como enemigo, que es un cuestionamiento que tensiona la individualidad y al sistema patriarcal.

Otras miradas como el *ecofeminismo* han establecido otra variable; el medioambiente, estableciendo que es una práctica patriarcal la forma en que las personas nos hemos relacionado con el medio ambiente, a raíz de eso hay una serie de propuestas feministas que van desde el uso de la ropa, la alimentación, entre otras, todas vinculadas (Puleo, 2008). Existe también un *eco-feminismo socialista* en donde se critica mucho esta perspectiva capitalista y se incluye la variable clase y la opresión que se ejerce con el medioambiente (Puleo, 2000). También encontramos el *eco-feminismo liberal* que igualmente critica el modelo capitalista y considera que, aunque hombres y mujeres sean diferentes biológicamente, no deben tener actitudes distintas respecto a la naturaleza, y señala que las mujeres, al igual que los hombres, insertas en el orden patriarcal, han desarrollado actitudes y estrategias que a menudo irrespetuosas con el medio ambiente (Zuluaga y Sevilla, 2011).

Desde una perspectiva más histórica los *eco-feminismo veganos* establecen que la opresión que viven las mujeres históricamente es la misma o similar a la opresión que sufren los animales desde la perspectiva del especismo, la cual manifiesta que hay especies superiores a otras y que, por lo tanto, se abusa de las especies inferiores (Avila Gaitán, 2011; Faria, 2016). Existen feministas veganas que directamente van a criticar el consumo de carne, el uso de la piel de los animales para vestir, consideran que comer carne es una forma de opresión y una práctica que tiene un origen patriarcal, puesto que busca oprimir y establecer ciertas posiciones de superioridad dentro de las perspectivas de las especies (Leyton, 2015; Rodríguez Carreño, 2016).

Dentro del mapa de feminismos y perspectivas feministas se incluyen los *feminismos negros* (Hill-Collins, 1990; Jabardo, 2012), *transfeminismos* (Preciado, 2009), *feminismos chicanos* (Anzaldúa, 1987), etc. que son perspectivas que critican las miradas más oficiales del feminismo y la existencia de grupos reconocidos como importantes y compuestos por mujeres blancas de clase media, profesionales han sido criticados por invisibilizar las luchas de otras mujeres. ¿Qué sucede con las luchas históricas de las mujeres que se resistieron a la colonización en América o las mujeres negras que se resistieron a la esclavitud?, es decir hay muchos otros discursos y prácticas de mujeres feministas que fueron poco visualizadas frente a estas categorías de clase, de raza o de etnia. Desde aquí, hay muchas otras perspectivas, como la *queer*, que van a deconstruir el sujeto o la sujeta mujer (Romero Bachiller, García Dauder y Bargueiras Martínez, 2005) y otras miradas como los *estudios feministas de la ciencia* que van hacer una crítica a la representaciones científicas (Harding, 1996).

En síntesis, propongo comprender al feminismo y sus luchas desde una diversidad amplia. En primer lugar entenderlo como una ideología que es política, por qué político, porque cuando hablamos de lo político hablamos de la organización de la sociedad y el feminismo al criticar la opresión de las mujeres, y de otros grupos marginados, lo que hace es proponer una perspectiva política de la sociedad, por eso se establece como una ideología, e incluso como una teoría. En segundo lugar, reconocerlo como un producto de la problematización de la situación de desigualdad de las mujeres, se han desarrollado una serie de reflexiones, teorías, cambios culturales, políticas de acción, derechos y transformaciones en la justicia hacia las mujeres, hacia los hombres y hacia las personas, entonces podemos consensuar que todos los feminismos apuntan hacia la crítica de esa opresión histórica.

Por lo tanto, de forma mas específica, mis líneas de acción y de investigación se han centrado desde el *feminismo filosófico* y en lo que se llama los *estudios feministas sobre la ciencia* donde básicamente se han establecido dos objetivos importantes; uno que tiene que ver con el rescate de las mujeres olvidadas por el androcentrismo (González García y Pérez Sedeño, 2002), por ejemplo, el rescate de las primeras terapeuta ocupacionales en Estados Unidos que fueron silenciadas, que no tuvieron un reconocimiento a la par de los varones (Morrison, 2011, 2016). Y por otro lado, el objetivo de los estudios feministas relacionado a la inclusión o la discusión sobre la epistemología feminista, que es lo que quiero que conversemos en un momento (Fricker, 2001; Langton, 2001).

Epistemologías Feministas

Las epistemologías feministas se han definido como una perspectiva, una forma de mirar, entender y problematizar la

cuestión del conocimiento científico, pero no solo el conocimiento científico en tanto “ciencia”, desde este paradigma hegemónico de la ciencia, sino también el conocimiento desde los saberes. La epistemología feminista nos invita a cuestionar nuestras creencias, nuestras posiciones y formas de pensar en el mundo, y desde esa lógica se parte primero con una crítica a la epistemología más tradicional.

Si revisamos textos de epistemología básicos, por ejemplo, en Chile esta el “Búho de Minerva”, que es un texto clásico de epistemología, que hace toda una construcción desde la perspectiva de Galileo hacia adelante, el método científico, pasando por el materialismo histórico (Echeverría, 1998), finalmente origina una forma tradicional de entender la epistemología, ignorando a la persona que conoce, proponiendo que el conocimiento es ajeno a la realidad de las personas y que es generado desde la mente, estableciendo una dicotomía mente-cuerpo. Además, entiende que la construcción de conocimiento depende de la investigación, de la aplicación del método científico y de la reflexión, pero que no depende de quién hace ese proceso reflexivo. Así, la epistemología tradicional tiende a generar esta distinción entre el sujeto por un lado y el sujeto pensante por otro.

En el caso de la epistemología feminista esta recoge esa situación y la plantea como un problema, establece que, si aislamos al sujeto que genera el conocimiento, silenciamos y dejamos afuera de la historia valiosas propuestas teóricas y reflexiones. Otra de las críticas es que, quienes producen el conocimiento y son validadas o validados tienen ciertas posiciones de poder que generan que otros saberes no sean considerados por el paradigma más hegemónico. Hay varias autoras, como Ostrovsky (2009) o Harding (1987) entre otras, han trabajado desde la lógica de las epistemologías feministas y han establecido que el proceso de construcción del cuerpo y de diferenciación social respecto al género y al sexo, generan opresiones que van a restringir nuestras formas de comprensión y de acceso al conocimiento. Por lo tanto, desde esta perspectiva se critica a la epistemología tradicional y se dice que es de todo menos objetiva, debido a que excluye todo conocimiento que no han generado hombres, blancos, heterosexuales de clase media, en palabras de Haraway (1995). Todo ese conocimiento queda alejado, invisibilizado o en un segundo plano, y la epistemología feminista lo que hace es intentar proponer una alternativa.

Hay otra autora, Langton (2001) que establece cuales son los mecanismos por los cuales las mujeres han sido excluidas y perjudicadas en el ámbito de la ciencia. Ella los centra en tres de forma mas general; el primero es no conocer a las mujeres, la ausencia de las mujeres en la historia, práctica generalizada en el mundo. Si revisamos, por ejemplo, textos de historia, vamos viendo la ausencia de mujeres, incluso en disciplinas como el arte o la música, que podemos decir entre comillas que están más feminizadas, existe una ausencia de mujeres.

Lo mismo ocurre en ámbito de la salud, de enfermería, de terapia ocupacional, donde efectivamente hay una cantidad de mujeres tremendamente importantes, pero las historias oficiales de esas disciplinas no destacan la acción de esas mujeres y se centran en el rol que tuvieron muchos médicos para potenciar las disciplinas. Según Langton, ese es un factor que produce que las mujeres sigan siendo excluidas, básicamente porque no hay un referente. Se envía un mensaje cuando se está excluyendo a las mujeres en la historia, estamos diciendo que no les corresponde a ellas construir la historia, se reproduce la opresión en la medida que vamos excluyendo o invisibilizando los aportes que mujeres han realizado.

Por otro lado, desde una perspectiva más histórica, Langton también propone que las mujeres han sido *construidas* principalmente desde la lógica del misterio y de la extrañeza, existe una explicación patriarcal simplista respecto al rol de las mujeres en la historia y respecto a su construcción. Tenemos estos típicos chistes de mal gusto que tenemos incorporados, de que las mujeres son más complejas y difíciles de comprender, eso representa la lógica que intenta separar a las mujeres del ámbito del conocimiento, por ejemplo, Simone de Beauvoir (1949/1981) propone que lo que tiene que ver con el conocimiento de las mujeres está afuera, que no pertenece a ellas mismas.

Una tercera forma que Langton (2001) desarrolla se relaciona con el ámbito educativo, específicamente con los roles de las mujeres en la escuela. Desde una perspectiva más histórica, las mujeres han sido excluidas de ciertos espacios del conocimiento y tratadas de forma distinta a los hombres en las salas de clases. La epistemología feminista enfatiza en la construcción del cuerpo y cuestiona la dicotomía con la mente, esto lo hace reflexionando acerca del cómo las personas somos construidas en nuestra corporalidad y cómo esta construcción afecta directamente nuestras lógicas de pensar, de actuar y posibilidades de hacer/ser en el mundo. Por eso es tan importante generar una crítica al sistema, volviendo a bell hooks, y no solamente a individualizar las luchas feministas, ya que la crítica al sistema nos permite generar posibilidades de transformación.

Desde los anterior surge el concepto de *conocimiento situado* o conocimiento localizado que propone Haraway (1995) donde describe que el conocimiento que se genera siempre es contextual y critica la objetividad absoluta. Manifiesta que el conocimiento siempre es contextualizado/situado, considera que lo que se investiga y hace puede ser válido en un contexto, pero eso no significa que puedo descubrir un conocimiento universal o una práctica completa que pueda ser aplicada para todos los ámbitos de acción.

Pensemos en la TO: la práctica o el resultado exitoso de una intervención no asegura que si se replica la intervención exac-

tamente igual en otro ámbito va a tener el mismo efecto. El conocimiento situado nos permite comprender el contexto en el cual vamos a aplicar una técnica o una metodología. Esto es relevante en su relación con las personas con las cuales se trabaja o quienes están construyendo conocimiento científico. Las prácticas siempre son situadas, vinculadas a la construcción de las personas y a sus condiciones de vida, eso nos ayuda a enfrentar la epistemología tradicional que aboga por la objetividad y por la justificación de las teorías universales.

De forma general quisiera mencionar cinco epistemologías feministas que podrían ser muy interesantes para la práctica o investigación de la TO o Ciencia de la Ocupación (CO).

Una de ellas es el *empirismo feminista* que considera como los sesgos sexistas están presentes en la práctica de la ciencia lo que Sandra Harding (Harding, 1987) ha denominado como la "mala ciencia", es decir como fruto de nuestra formación sexista vamos replicando la misma formación en nuestras formas de hacer conocimiento. Hemos trabajado en una investigación acerca de cómo las prácticas de la terapia ocupacional replican o no sexismos, es súper interesante ver como, por ejemplo estudiantes que están haciendo sus prácticas profesionales, muchas veces replican estas formas sexistas para poder hacer una intervención (Moreno, Morrison, Peña y Reyes, 2018), por ejemplo, durante una observación de una práctica con niñas y niños que tenían autismo la propuesta de juegos variaba respecto a la construcción de género que tenía la o el estudiante, traducándose en que, si es niña jugábamos a la cocinita o a la organización de los útiles de aseo y que si es niño jugamos a la construcción, es decir, independiente de la categoría "diagnóstico" se va a replicar una forma de sexismo que está muy interiorizada.

Sandra Harding (1996) se refiere a cómo nuestras formas de construcción respecto al género y respecto al sexo aparecen en un proceso de intervención y de investigación, por lo tanto, se va proponer desde el *empirismo feminista* que es muy importante tener experiencias feministas como lo son; las reflexiones críticas sobre nuestro ejercicio profesional, la facilitación de instancias de reflexión feministas en la práctica profesional que permita desnaturalizar los roles de género.

Otras de las perspectivas es el *enfoque psicodinámico*, que propone que existe un proceso de construcción social del género que repercute en nuestros procesos de investigación. Esta perspectiva parte del reconocimiento de que hay construcciones establecidas entre hombres y mujeres que tenemos que integrarlas, asume que esa construcción ya existe y somos parte de ella, por lo tanto, propone que debemos comenzar procesos de diálogos. Evelyn Fox Keller (1991) hace una descripción sobre cómo estas perspectivas más patriarcales, por ejemplo las que estudian la naturaleza, se han centrado más bien en la dominación o en los intentos de dominación de los

fenómenos de la naturaleza, mantener un control, una predictibilidad, versus la experiencia de perspectivas más feministas, que lo que han hecho es centrarse en aspectos cualitativos o descriptivos, en la integración y comprensión del conocimiento más que en la dominación. Propone que esas miradas son interesantes de integrar, por ejemplo, en la diversidad de grupos de trabajo y en la creación de reflexiones colectivas.

Otra teoría que viene desde una perspectiva marxista, es la *teoría del punto de vista* (Hartsock, 1983), esta lógica plantea que hay grupos de personas que han sido excluidas y marginadas históricamente, grupos a los que la ciencia tradicional no ha permitido tener voz, por lo tanto, es importante que en los procesos de investigación o de intervención se consideren las voces de las personas excluidas de los discursos dominantes. La *teoría del punto de vista* expresa que estas personas tienen un “privilegio” para observar la realidad de forma que investigadores e investigadoras no puede acceder a ella, por eso es importante generar un proceso de construcción colectiva del conocimiento que permita tener una intervención más eficiente y coherente con el contexto con el cual estamos actuando.

En esa misma línea Helen Longino (1990) propone un *empirismo feminista contextual* donde critica la forma de hacer investigación; patriarcal, individual, basado en la dominación y búsqueda de universales como teorías. Desde aquí, Longino propone que los grupos de investigación e intervención deben ser diversos y deben valorar la diversidad, porque en esa diversidad de acción las posibilidades de construir son más altas que en los grupos homogéneos. Esta perspectiva sugiere que la ciencia debe ser diversa y que la producción de conocimiento científico debe ser centrado en procesos democráticos. Así, la democratización de la ciencia debe ser el eje por el cual se efectúe la práctica científica, es decir, que la investigación científica y sus propuestas estén vinculadas a las problemáticas y demandas reales de las personas y la sociedad.

Por último, desde una *epistemología feminista postmoderna* (Haraway, 1991), se propone que debemos desmitificar este rol de la ciencia como algo “súper poderoso”, como algo omnipresente y ubicuo. Manifiesta que debemos entender que la ciencia es una manera más de contar una historia o dar cuenta de una situación, y por lo tanto debemos validar otro tipo de saberes, y comprender que, desde un paradigma más científicista, van a existir elementos que no van a tener una validez. Se cuestiona las categorías más tradicionales; la sujeta o el sujeto mujer, la identidad de género, elementos como la etnia, clase, entre otras. Desde allí han derivado muchas de las perspectivas *interseccionales*, forma de epistemologías feministas que son muy permitentes para la TO, ya que realiza un “cruce de categorías”.

Existe una investigación muy interesante de unas colegas, que trabajan en base a esta línea de intersecciones tomando la categoría discapacidad, categoría género y categoría sexual-

idad, realizaron análisis de entrevistas y empezaron a investigar cuáles son las construcciones corporales de las mujeres en situación de discapacidad (Jones, Duarte, Astorga, Pardo y Sepúlveda, 2015). Otro estudio evaluó las demandas de mujeres feministas en situación de discapacidad que, frente a otro tipo de demandas absorbidas por un feminismo más tradicional, son invisibilizadas. Expone que hay perspectivas que no estamos considerando en nuestros procesos y formas de intervención (Pérez de la Merced, 2017).

Género

A propósito de lo anterior y como tercera parte de esta revisión, uno de los elementos que se ha cuestionado muchísimo es la categoría “género”, y aquí sin ánimo de llegar a ninguna definición, simplemente desarrollare propuestas para pensar la categoría y repensar cómo esta puede o no hacernos sentido en las prácticas de terapia ocupacional.

Primero hay que entender que este constructo de género es un concepto desarrollado con más fuerza durante los años 60', este propone, en base a la diferenciación por sexo biológico y genitalidad, construcciones culturales respecto a los espacios, roles, acciones, formas de socialización de mujeres y hombres. Esto impacta de forma directa a las personas y que en general van a ocasionar una opresión y subordinación hacia las mujeres (Femenías, 2000). Encontramos también propuestas como las de Joan Acker (2006) que problematiza esta distinción de opresión y propone una diversidad de géneros, señala que, esto patrones persistentes, omnipresentes que van en un juego dicotómico de, ventajas y desventajas, trabajo y recompensa, las personas vamos a vivir un género y dependiendo de ese género (que podemos autopercebir) hay una serie de recompensas o sanciones sociales que reconocemos y nos retroalimentan nuestras formas de vivir el género. Dependiendo de cómo nos vamos percibiendo externamente (pero también internamente en este diálogo de la construcción de género) aparecen las actividades.

Desde la terapia ocupacional podemos entender cómo nos ocupamos y reproducimos una construcción de género de forma constante y permanente. Uno de los puntos de acuerdo es que siempre va a existir una desigualdad desde los ámbitos de género, pero también tenemos que integrar otras categorías del ámbito social y económico, que son elementos que permiten realizar una distinción. Acker (2006) menciona, por ejemplo, no es lo mismo la opresión que va a sufrir una mujer blanca, ejecutiva de un alto cargo, que una mujer indígena, que trabaja como obrera en una empresa, es decir, hay distinciones que debemos considerar a la hora de pensar la construcción de género.

Otra de las propuestas son de Judith Butler (2007) que buscan deconstruir todas estas categorías naturalizadas del género, propone que no existe un género o un sexo previo al discurso,

es decir, el sexo y el género es discursivo, se crea por medio de ciertas prácticas. Butler habla del *doing*, es decir, se hace y actúa constantemente el género en nuestras prácticas, no existe algo previamente construido como género a nivel discursivo, sino que ocurre en nuestra acción concreta, en el momento, en el aquí y ahora. Por lo tanto, no es que tengamos ni seamos un género, sino que hacemos el género y en ese hacer hay una réplica de estas prácticas. Propone que este hacer esta dentro de la matriz que ella denomina *matriz heterosexual* (denominada también como patriarcal y heteronormativa) la cual nos entrega una pauta para poder replicar las perspectivas de género.

Cuando nos referimos a lo heteronormativo apuntamos al régimen político, compulsivo e institucionalizado que promueve relaciones desiguales entre géneros. Podemos trascender la dicotomía de género masculino-femenino, hablar de diversidades de expresiones y posibilidades de género, pero finalmente todas van a estar vinculadas con la perspectiva heteronormada, que decreta cómo debemos actuar o hacer (Warner, 1993). Para romper con esta naturaleza de los sexos, Judith Butler dice que el sexo también obedece a una práctica discursiva y actuada, la interpretación de la genitalidad tiene que ver con estas formas actuadas del género. Butler (2007) critica este sistema binario, jerarquizado y establece a la heterosexualidad como un régimen político de estructura social, no presente en otras especies (Rich, 1996).

Cuando hablamos de lo patriarcal nos referimos al estatus superior de los hombres vinculado a la perspectiva capitalista. Desde las propuestas que cuestionan el género se critica y problematiza la construcción de los hombres como violentos y se enfatiza en la necesidad de atención a los privilegios de los hombres. Tomando lo que dice bell hooks, es imprescindible criticar el sistema patriarcal tomando conciencia de los elementos de la estructura política, entendiendo que el patriarcalo y la perspectiva heteronormada están incorporados en el mismo sistema que reproduce los elementos machistas.

Relaciones ente el feminismo y la terapia ocupacional

En esta última parte quisiera plantear algunas preguntas y mostrar algunas experiencias de investigación que han tomado elementos feministas y que pueden ser pertinentes para la práctica de la terapia ocupacional o para cuestionar o reflexionar sobre nuestras propias prácticas. Entonces, lo primero es preguntarse si desde la terapia ocupacional y desde la ciencia de la ocupación estos temas han sido relevantes, preguntarnos si efectivamente desde la disciplina el feminismo puede ser útil. Pensar por ejemplo, ¿qué aportes nos podría brindar estas lógicas y movimientos feministas en nuestras prácticas disciplinares?. A propósito de la valorización, construcción y rescate de la memoria en la disciplina, ¿es importante considerar qué se ha hecho?, probablemente existen trabajos e investigaciones que se han centrado en estas perspectivas.

En relación con los objetivos de la CO, se hace interesante indagar en cómo se han estudiado las formas en que las personas nos ocupamos, observar si dentro del campo de producción de conocimiento ha estado presente la cuestión feminista o la crítica el género. Al analizar desde lo ocupacional las perspectivas de Butler sobre el “hacer” el género, podemos interpretar que cuando nos referimos al género y a su construcción incorporamos la forma la cual las personas nos ocupamos, entendemos que por medio de las ocupaciones estamos haciendo el género, muchas veces replicando modelos sexistas y patriarcales. Hacer este ejercicio de reflexión profesional nos permite acceder a espacios de las luchas feministas.

Actualmente están surgiendo diversas críticas al estudio individual de la ocupación humana, esto nos convoca a evaluar hasta qué punto la mirada individual del hacer es congruente con nuestras reflexiones. Existen conceptos que se han masificado, como por ejemplo, las *ocupaciones colectivas* (Ramugondo y Kronenberg, 2015) que permiten problematizar la cuestión de la individualidad liberal y desplegar ideas colectivas coherentes con el paradigma actual de la profesión, el paradigma más social (Morrison, Olivares y Vidal, 2011).

Podemos discutir cómo las epistemologías feministas nos permiten ampliar nuestro abanico de acción, las formas de entender la profesión y la investigación y preguntarnos qué es necesario para que eso suceda, es decir, ¿cómo podemos hacer que estos elementos del feminismo sean parte de la disciplina, tanto en lo teórico como en lo práctico?, ¿está consciente la terapia ocupacional de los elementos y herramientas que emplea?, ¿nuestras prácticas están libres de sexismo?, ¿tomamos consciencia del problema que genera el sexismo (que muchas veces replicamos)?, ¿estamos haciendo investigaciones sobre las formas de intervención desde una enfoque crítico al sexismo?.

Muchas veces vemos inocentemente la forma como estructuramos, por ejemplo, el juego en una intervención; jugar a las armas con los niños y jugar a las muñecas con las niñas *despolitiza* la herramienta, pensar “estos son niños, qué tiene de malo jugar a las armas o enseñarles a los niños a disparar y a las niñas a cuidar a las muñecas” reproduce pautas sexistas que se establecen como una base para nuestra formación. Por lo tanto, es importante facilitar este debate y reconocer cómo la disciplina tiene un rol en estos procesos de reflexión.

Para continuar con las preguntas; ¿somos personas conscientes de los elementos sexistas en nuestras prácticas diarias?, ¿tenemos la responsabilidad de intentar eliminar estas prácticas sexistas, cuando estamos diciendo que la terapia ocupacional es una disciplina política porque busca formas de transformación social?, ¿es importante en la práctica problematizar el sexismo, es coherente con nuestra disciplina?, ¿es algo de lo cual tenemos que hacernos cargo o es responsabi-

lidad de otros campos de acción?, ¿qué implicancias tienen estas reflexiones en la práctica de la terapia ocupacional? ¿es importante que la disciplina reflexione en cuestiones de género?, ¿es relevante que incluyamos en nuestras aulas la problematización de la categoría de género?

Hay una autora y un autor chileno, Rolando Ramírez y Marjorie Schliebener (2014) que escribieron un artículo donde se hacen preguntas en torno al rol de la TO a propósito de procesos de inclusión social, se preguntan si la TO tiene la función de reproducir un rol social o tiene la función de transformar la sociedad. Esto es interesante en los procesos de intervención cotidianos, en los cuales muchas veces tenemos que trabajar desde la adaptación a un puesto de trabajo y es interesante hacerse esa pregunta ¿vamos a replicar una misma forma de estructura social?, ¿eso es parte de la profesión?, y por otro lado, ¿tenemos la responsabilidad de generar una transformación? Por supuesto que esto no es tan polarizado, probablemente podemos establecer puntos intermedios, pero hacerse esa pregunta es primordial a propósito de las miradas feministas que ponen en tensión algunos temas sobre otros. Preguntarse si la TO ¿es una disciplina feminista, debería serlo, no debería serlo?, durante la formación y las prácticas profesionales ¿las y los estudiantes tiene también la responsabilidad de proponer estos temas (en discusiones y casos clínicos)? Problematizar el rol de las y los estudiantes en su formación apunta a romper la jerarquía impuesta entre el colectivo académico y el estudiantil, el feminismo también nos convoca a salir de esas estructuras.

Hay una investigación muy interesante de una terapeuta ocupacional sudafricana que se llama Roshan Galvaan (Galvaan, 2012) que en su tesis doctoral habla sobre las *elecciones ocupacionales*, lo que hizo fue trabajar durante 4 años en un lugar de Ciudad del Cabo que se llama Lambert Hill en Sudáfrica. Trabajó con poblaciones vulnerables que geográficamente correspondían al espacio del apartheid, personas negras vulneradas en sus derechos, donde existen una serie de ocupaciones vinculadas con la deserción escolar, el consumo problemático, adictivo y abusivo de sustancias, con conductas delictivas, etc. Galvaan se pregunta respecto al concepto de *elecciones ocupacionales* desde la mirada tradicional de la CO, que define que la elección ocupacional obedece a un impulso innato de selección de ocupaciones relacionado con la expresión de gustos e intereses (Kielhofner, 2004) y la problematiza. Durante su trabajo de campo se cuestiona concretamente hasta qué punto éstas y estos jóvenes están tomando decisiones sobre sus ocupaciones, problematiza el concepto de elección ocupacional y establece que en contextos de gran vulneración estas elecciones prácticamente están predestinadas.

El trabajo de Galvaan nos invita a entender el concepto de *elección ocupacional* como un concepto situado, que considera los contextos presentes en las elecciones ocupacionales

como un factor determinante. Es interesante preguntarse en esa línea, cómo el sistema heteronormado, patriarcal y sexista nos impacta en nuestras elecciones ocupacionales cotidianas y hasta qué punto somos conscientes del origen de nuestras elecciones (son realmente propias, obedecen a una estructura social), nuestras creencias personales sobre el género y las ocupaciones están involucradas en el desarrollo de la intervención (ocupaciones para hombres/mujeres) y cómo podemos romper desde la perspectiva ocupacional la dicotomía hombre-mujer, por ejemplo, pensando en las personas tras.

Existen propuestas que no necesariamente han trabajado desde perspectivas feministas, pero si nos permiten incorporar el feminismo en el análisis. Tenemos, por ejemplo; el concepto de *ocupaciones eco-sociales* (Simó y Townsend, 2015), que ha trabajado la relación entre ocupación y medio ambiente, donde desde los eco-feminismos sería interesante abordar esas categorías, el concepto de *apartheid ocupacional*, que aparece en el texto *Terapia Ocupacional sin Fronteras* (Kronenberg, Simó y Pollard, 2006), que describe cómo los sistemas mediatos y las políticas públicas restringen y/o limitan el desempeño ocupacional de forma sistemática. En el caso de las elecciones ocupacionales los sistemas externos de recompensa-castigo están influenciando la participación o no participación en ocupaciones significativas, de este análisis surge el concepto de *injusticia ocupacional* (Wilcock y Hockins, 2015) y las propuestas de *hegemonía cultural* (Iwama, 2006), que establecen un cuestionamiento a las ocupaciones hegemónicas que se imponen sobre otras ocupaciones locales y las invisibilizan, el concepto de *ocupaciones colectivas* (Ramugondo y Kronenberg, 2015), que rompe con la dicotomía individual-colectivo y todas las propuestas de terapia ocupacional y exclusión social que nos aproximan a una comprensión integral, crítica y situada de la realidad ocupacional (Navarrete, Cantero, Guajardo, Sepúlveda y Moruno, 2015).

Otras investigaciones, en las que he participado, han dado cuenta de cómo ciertos roles o estructuras de género, se replican en la práctica de la terapia ocupacional. Durante la investigación (que comente anteriormente) se hicieron diversas entrevistas en las cuales las y los estudiantes realizaban análisis muy críticos que reconocían el sistema patriarcal y los estereotipos de género, pero paradójicamente durante la práctica los replicaban, nos preguntábamos qué ocurre, probablemente existen dificultades para aterrizar conceptos que son súper complejos al espacio cotidiano y por consiguiente tenemos la responsabilidad de pensar cómo lo podemos hacer, cómo podemos trabajar colectivamente para generar una mayor coherencia entre las prácticas que se reconocen como problemáticas en nuestros focos de acción (Moreno et al., 2018). Por supuesto, hay otros grupos que no problematizaban esta situación, que reconocían diferencias naturalizadas entre hombres y mujeres, es decir, que los hombres son

mejores para matemáticas y las mujeres son más buenas para hablar, por lo que, es interesante pensar en por qué ocurre esa naturalización.

Otro de los elementos que recogimos de la investigación (que fueron con estudiantes de distintas universidades) es que transversalmente no aparece una problematización del género en la formación profesional, no se incorpora en la malla curricular y solo esta presente en escasos cursos por iniciativa de docentes, no es un aspecto considerado en el perfil de egreso (por lo menos en Chile).

Se pueden encontrar otras investigación que integran lógicas feministas en temas como la *homoparentalidad y ocupación*, donde las perspectivas feministas, nos invitan a criticar los elementos heteronormados que generan restricciones ocupacionales a parejas del mismo sexo que desean ejercer la parentalidad conjunta (Araya, Del Valle, Vidal, Silva y Morrison, 2016). En Chile actualmente existe gran controversia en torno a la diversidad sexual y a sus derechos no garantizados. Es interesante estudiar cómo estas experiencias de restricción ocupacional afectan la salud de las personas, su situación vida y sensación de bienestar. En la misma línea, hay una segunda investigación que trabajamos con respecto al *transformismo y ocupación*, la cual vinculada a las prácticas de construcción del género permiten visibilizar cómo se entiende el género y cómo se proponen estas ocupaciones en un contexto desde la dimensión más política y pública (Aguar et al., 2017), estas perspectivas toman mas fuerza a raíz de ciertos eventos.

El Oscar de la película “Una Mujer Fantástica”, que en Chile genera toda una revolución y adelanta la discusión sobre la Ley de Identidad de Género, que se aprobó hace una semana, y se visibilizan más las prácticas del travestismo y del transformismo. Es súper interesante observar como a raíz de ciertos sucesos, grupos excluidos y marginados históricamente, comienzan a tomar mayor protagonismo, evaluar cómo la variable del capitalismo releva la importancia de la imagen país liberal e intentan posicionar de forma estratégica la garantía de derechos.

Otros estudios desde miradas feministas son centrados, por ejemplo, en la migración y el vínculo con la ocupación, esta es una investigación que buscó describir cómo las ocupaciones que realizaban mujeres migradas en sus países de origen se replicaban en el contexto chileno, analiza el cruce de variables (estigma social, racismo, género, entre otras) involucrados en la historia ocupacional y en las restricciones de estas mujeres, es una investigación que permite pensar el contexto de la ocupación (Herrera, Llambias y Morrison, 2017).

También estuvimos trabajando sobre *infancia trans y ocupaciones* desde el enfoque de los derechos humanos, es lamentable que la ley aprobada recientemente deje fuera a menores de 14 años, debido a que los antecedentes de suicidios en la población LGTBI son alarmantes (Tomicic et al., 2016), espe-

cíficamente de población trans, en donde uno de los principales problemas es la invisibilización y no reconocimiento del nombre social en contextos educativos y de salud. Existen ciertas iniciativas descritas en el documento de trabajo que se desarrollaron en el gobierno anterior de Bachelet que buscaron desde el Ministerio de Educación y Ministerio de Salud el reconocimiento del nombre social mediante circulares y la creación de políticas de inclusión. Esta investigación se orienta a conocer cómo todos estos factores repercuten en las ocupaciones cotidianas de las niñas y niños trans y sus familias y profundizar la importancia de la legislación pública (lo macro) en nuestras ocupaciones específicas (lo micro). Estos son cuestionamientos que nos permite y aporta el feminismo, pensar las políticas públicas y el impacto en la ocupación.

Otra investigación que hicimos con colegas de España es sobre el tema de la mutilación genital femenina, que producto de la migración, muchas personas de África que practicaban la mutilación genital femenina comienzan a practicarla en España. Así, se encienden todas las alertas del Ministerio de Salud, se empiezan hacer muchas acciones para evitar que eso suceda (Vega Titos, Morrison y Gil Ruiz, 2018). Es importante conocer la construcción o deconstrucción de género con personas que validan este tipo de prácticas desde la complejidad de la diversidad cultural. Esto problematiza hasta que punto existe “respeto” por la diversidad cultural o hasta donde como profesionales podemos apoyar la transformación cultural, nos invita a preguntarnos sobre ideas que están a la base de la disciplina, (interculturalidad, derechos humanos) y cómo estas bases producen dilemas éticos en la profesión. Estas son las situaciones complejas que el feminismo incita a analizar dentro de nuestras prácticas contextualizadas, por eso es esencial generar estos debates.

Conclusiones

El feminismo nos puede servir para mejorar nuestras prácticas profesionales y nuestras formas de acción e intervención, no presento muchas respuestas ni ejemplos concretos porque creo que esos ejemplos surgen de las prácticas contextualizadas, pero considero que hay elementos teóricos que nos pueden servir en la formación profesional para debatir nuestras formas de pensar, estudiar y de hacer la terapia ocupacional, elementos que a la medida que se trabajan permiten mejorar nuestras acciones. En Chile hemos debatido mucho sobre como la TO y la CO tienen una responsabilidad con hacer investigaciones sobre temas emergentes que estamos viviendo como país y preguntarnos cómo podemos aumentar esas prácticas, por ejemplo, ampliar investigaciones sobre temas de discapacidad, género y migración que están directamente vinculado con la práctica de la disciplina, contextualizar quienes son nuestras sujetas y sujetos de intervención. Las transformaciones curriculares en las universidades esta vinculada

a los procesos previos de reflexión en torno a la construcción del género y al debate con sectores que cuestionan y ridiculizan las reflexiones con el concepto de “ideología de género”. Por esta razón es central que se generen propuestas de encuentro y diálogo dentro de las comunidades universitarias.

Para finalizar, quisiera destacar que lo que hace el feminismo al trabajar a favor de la educación y visibilización de las mujeres esta relacionado directamente con un derecho humano, en la línea de una valoración histórica que no ha existido. La necesidad de hablar sobre mujeres referentes es súper fundamental específicamente dentro de nuestra formación porque permite ampliar el horizonte de posibilidades de acción.

Recientemente estuve en una clase con estudiantes de primer año y pregunte sobre quienes se imaginan haciendo investigación o escribiendo y fueron muy pocas las estudiantes que se visibilizaban de esa forma eran más los hombres. Es importante preguntarnos desde primer año que esta sucediendo, por qué si tenemos mas de un 80% de mujeres en la formación profesional los referentes tienden a ser hombres, debemos cuestionarnos la formación para intentar romper esas situaciones jerárquicas de opresión.

La TO y la CO tienen un rol político claro y eso implica que nuestras intervenciones y nuestras investigaciones deben centrarse desde esa lógica, podemos hacer algo en nuestras prácticas, tomar conciencia de los procesos de reproducción sexista en nuestros modelos, prácticas y discursos y considerar cómo estas propuestas feministas pueden ser muy relevantes al momento de generar transformaciones locales, de deconstruir los elementos más naturalizados de la profesión y también pensar en la *construcción de una terapia ocupacional feminista*, contextualizada, latinoamericana, que sea coherente con las practicas actuales de la profesión. ■

[Recibido: 22/10/18 - Aprobado: 28/10/18]

Referencias

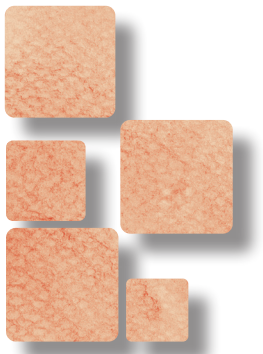
- Acker, J. (2006). Inequality regimes: Gender, class, and race in organizations. *Gender & society*, 20(4), 441-464.
- Aguiar, B., Encina, F., Iturriaga, C., Jiménez, C., Riquelme, E., y Morrison, R. (2017). *Aproximación al transformismo desde una perspectiva ocupacional y de género [Tesis de grado]*. Santiago de Chile: Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación. Universidad de Chile.
- Anzaldúa, G. (1987). *Borderlands: la frontera* (Vol. 3): Aunt Lute San Francisco.
- Aquise, N. M. (2010). Algunos aportes del lesbofeminismo al feminismo latinoamericano. In Y. Espinosa (Ed.), *Aproximaciones críticas a las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano* (Vol. 1, pp. 161-169). Buenos Aires: En la frontera.
- Araya, L., Del Valle, J., Vidal, V., Silva, K., y Morrison, R. (2016). *Apartheid ocupacional y derechos humanos: narrativas de parejas del mismo sexo en torno al ejercicio de la homoparentalidad en Chile [Tesis de grado]*. Santiago de Chile: Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación. Universidad de Chile.
- Avila Gaitán, I. D. (2011). Animales', 'Humanos', 'Mujeres' y Otras Ficciones. *Antroposmoderno*. doi:http://antroposmoderno.com/antro-version-imprimir.php?id_articulo=1336
- Braidotti, R. (2002). Un ciberfeminismo diferente. *Debats*(76), 100-117.
- Butler, J. (2007). *El Género en Disputa: El Feminismo y la Subversión de la Identidad*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Castro, A. M. R. (1990). El feminismo de la diferencia: los argumentos de una igualdad compleja. *Revista de estudios políticos*(70), 185-208.
- Daich, D. (2012). ¿Abolicionismo o reglamentarismo?: Aportes de la antropología feminista para el debate local sobre la prostitución. *Runa*, 33(1), 71-84.
- De Beauvoir, S. (1949/1981). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Echeverría, R. (1998). *El Búho de Minerva* (Tercera ed.). Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.
- El Diario.es. (06/05/2017). Protesta feminista en Madrid contra la feria de gestación subrogada. *El Diario*. Retrieved from https://www.eldiario.es/sociedad/Protesta-feminista-Madrid-gestacion-subrogada_0_640785939.html [website]
- Faria, C. (2016). Lo personal es político: feminismo y antiespecismo. *Revista Latinoamericana de Estudios Críticos Animales*, 2(3), 18-38.
- Femenías, M. L. (2000). *Sobre sujeto y género (Lecturas feministas de Beauvoir a Buttler)*. Buenos Aires: Catálogos.
- Fox Keller, E. (1991). *Reflexiones sobre género y ciencia [Reflections about gender and science]*. Valencia: Alfons el Magnànim Valencia.
- Fricker, M. (2001). El Feminismo en la Epistemología: Pluralismo sin postmodernismo. En Fricker, M. y Hornsby, J. (Eds.), *Feminismo y Epistemología. Un compendio* (pp. 161-180). Barcelona: Idea Books, S.A.
- Fundación para el progreso. (2018). *Decálogo del feminismo radical*. Santiago de Chile: Fundación para el progreso.
- Galvaan, R. (2012). Occupational choice: the significance of socio-economic and political factors. En Whiteford, G. & Hocking, C. (Eds.), *Occupational Science: Society, Inclusion, Participation* (pp. 152-161). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- González García, M. y Pérez Sedeño, E. (2002). Ciencia, tecnología y género. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 2.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza [Science, cyborgs and women. The reinvention of nature]*. Valencia: Ed. Càtedra, Universitat de València.
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos pagu*(5), 7-41.

- Harding, S. (1987). Is there a Feminist Method? In S. Harding (Ed.), *Feminism and Methodology* (pp. 1-14). Bloomington: Indiana University Press.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- Hartsock, N. (1983). The Feminist Standpoint: developing the ground for a specifically feminist historical materialism. In S. Harding & M. Hintikka (Eds.), *Discovering Reality: Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology, and Philosophy of Science*. (pp. 283-310). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Herrera, A., Llambias, V., y Morrison, R. (2017). *Mujeres migradas en Chile: experiencias y ocupaciones cotidianas desde la interseccional feminista [Tesis de grado]*. Santiago de Chile: Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Universidad de Chile.
- Hill-Collins, P. (1990). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge.
- hooks, b. (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Iwama, M. K. (2006). *The Kawa model: Culturally relevant occupational therapy*. Atlanta: Elsevier.
- Jabardo, M. (Ed.) (2012). *Feminismos negros. Una antología*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Jones, S., Duarte, T., Astorga, N., Pardo, M., y Sepúlveda, R. (2015). Aproximación a la experiencia de cuerpo y sexualidad de un grupo de mujeres chilenas con discapacidad física congénita. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(1), 19-32. doi:10.5354/rto.v15i1.37127
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Kronenberg, F., Simó, S., y Pollard, N. (2006). *Terapia Ocupacional sin Fronteras: aprendiendo del espíritu de los supervivientes*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Lamas, M. (2014). ¿Prostitución, trata o trabajo? *Nexos*, 441.
- Langton, R. (2001). El Feminismo en la Epistemología: Exclusión y Objetualización. En Fricker, M. y Hornsby, J. (Eds.), *Feminismo y Epistemología. Un compendio* (pp. 141-159). Barcelona: Idea Books, S.A.
- Leyton, F. (2015). Literatura básica en torno al especismo y los derechos animales. *Revista de bioética y derecho, Extra*, 93-98.
- Longino, H. (1990). *Science as Social Knowledge*. Princeton: Princeton University Press.
- Moreno, B., Morrison, R., Peña, D. y Reyes, B. (2018). Percepción de la construcción de género en estudiantes de terapia ocupacional: una aproximación al género en la vida cotidiana. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(1).
- Moreno Sánchez, E., Vélez González, E. y Padilla Carmona, M. T. (2000). *Los registros anecdóticos para la observación del sexismo en los centros escolares*. Paper presented at the Las Organizaciones Educativas en la Sociedad Neoliberal. VI Congreso Interuni-
- versitario y V Jornadas Andaluzas de Organización de Instituciones Educativas (2000), 1367-1372.
- Morrison, R. (2011). (Re)conociendo a las fundadoras y “madres” de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 8(14), 21.
- Morrison, R. (2016). Los comienzos de la terapia ocupacional en Estados Unidos: una perspectiva feminista desde los estudios de Ciencia, Tecnología y Género (siglos XIX y XX). *Historia Crítica*, 62, 97-117. doi:10.7440/histcrit62.2016.05
- Morrison, R., Olivares, D., y Vidal, D. (2011). La filosofía de la Ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 102-119. doi:10.5354/0717-5346.2011.17785
- Navarrete, E., Cantero, P., Guajardo, A., Sepúlveda, R., y Moruno, P. (2015). *Terapia Ocupacional y Exclusión Social: Hacia una praxis basada en los derechos humanos [Occupational Therapy and Social Exclusion: Towards a praxis based on human rights]*. Chile: Segismundo.
- Osborne, R. (1988). Debates actuales en torno a la pornografía y a la prostitución. *Papers: revista de sociología*(30), 97-107.
- Ostrovsky, A. E. (2009). *Epistemologías feministas: pensando en aportes a la reflexión crítica de la disciplina*. Paper presented at the II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata. Objeto de conferencia retrieved from <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/17222>
- Pinto, W. (2003). Historia del feminismo. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 225, 30-45.
- Preciado, B. (2009). Transfeminismo y micropolíticas del género en la era farmacopornográfica. *artecontexto*, 21, 24-26.
- Puleo, A. (2000). Luces y sombras del ecofeminismo. *Asparkia: investigación feminista*(11), 37-45.
- Puleo, A. (2008). Libertad, igualdad, sostenibilidad. Por un ecofeminismo ilustrado. *Isegoría*, 38, 39-59. doi:<https://doi.org/10.3989/isegoria.2008.i38.402>
- Pérez de la Merced, H. (2017). Ciudadanas en la encrucijada: interseccionalidad y ciudadanía íntima de las mujeres con diversidad funcional *Investigaciones Feministas*, 8(1), 151-163. doi:<http://dx.doi.org/10.5209/INFE.54499>
- Ramugondo, E. L. y Kronenberg, F. (2015). Explaining collective occupations from a human relations perspective: bridging the individual-collective dichotomy. *Journal of Occupational Science*, 22(1), 3-16. doi:10.1080/14427591.2013.781920
- Ramírez, R. y Schliebener, M. (2014). Manifiesto latinoamericano de terapia ocupacional y ocupación. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 11(19), 18.

- Ranea Triviño, B. (2012). *La demanda en disputa. La construcción social de la masculinidad heterosexual y la prostitución femenina*. Paper presented at the Investigación y género, inseparables en el presente y en el futuro: IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género [libro de actas], 21 y 22 de junio de 2012, Facultad de Ciencias del Trabajo de la Universidad de Sevilla.
- Rich, A. (1996). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *DUODA: estudis de la diferència sexual* (10), 15-48.
- Rodríguez Carreño, J. (2016). Feminismo y dieta vegetariana: breve exposición de las principales posturas sobre el vínculo entre la subordinación de las mujeres y el consumo de carne. *Revista Latinoamericana de Estudios Críticos Animales*, 2(2), 120-139.
- Romero Bachiller, C., García Dauder, S., y Bargeiras Martínez, C. (Eds.). (2005). *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Scolari, A. (2016). *Disputas: miradas feministas sobre la prostitución en la ciudad de Rosario*. (Licenciatura en Trabajo Social), Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2133/5710>
- Simó, S. y Townsend, E. (2015). Eco-social occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 182-186.
- Solanas, V. (1977/2011). *SCUM: Manifiesto de la Organización para el Exterminio del Hombre*. Barcelona: Ed. de Feminismo.
- Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J. y Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723-733.
- Vega Titos, L., Morrison, R. y Gil Ruiz, M. T. (2018). Terapia Ocupacional ante la Mutilación Genital Femenina/Occupational Therapy against female genital mutilation. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO*, 2(3), 685-694.
- Warner, M. (1993). *Fear of a queer planet: Queer politics and social theory* (Vol. 6). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Wilcock, A., y Hockins, C. (2015). *An occupational perspective of health* (3ed edition ed.). Thorofare: Slack.
- Wittig, M. (1992/2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Editorial Egales.
- Young, I. (1992). Marxismo y feminismo: más allá del matrimonio infeliz (una crítica al sistema dual). *El cielo por asalto*, 2(4), 41-56.
- Zuluaga, G. P. y Sevilla, E. (2011). *Ecofeminismos y agroecología*. Paper presented at the Participación, empleo y género.

Cómo citar esta conferencia:

Morrison, R. y Araya, L. (2018). Feminismo(s) y Terapia Ocupacional. Preguntas y reflexiones. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2) 60-72.



Reseña: Del Alcanfor a la Vacuna de Sabin. La polio en la Argentina

Daniela Edelvis Testa. Buenos Aires, Editorial Biblos, 2018, 208 páginas.

Juan Andrés Pino Morán

Juan Andrés Pino Morán

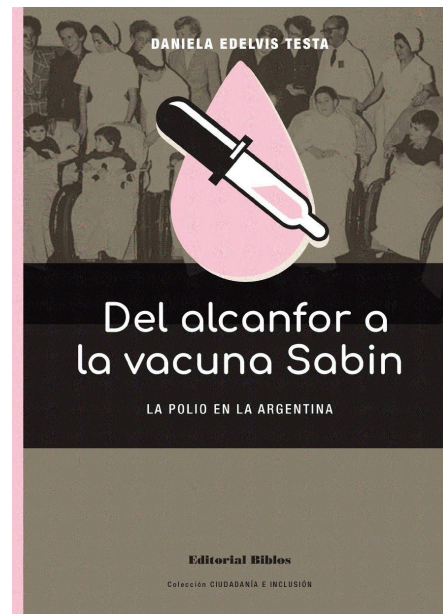
Terapeuta Ocupacional. Doctorando de Sociología. Universidad Autónoma de Barcelona

juanpino.to@gmail.com

Del alcanfor a la vacuna de Sabin: la polio en la Argentina, es el nombre de un reciente título de la colección Ciudadanía e Inclusión de la editorial Biblos -lanzado este julio del 2018- que, justamente, viene a presentar los itinerarios de esta compleja enfermedad y sus amplias dimensiones culturales. El texto, de autoría de la Terapeuta Ocupacional y Doctora en Ciencias Sociales Daniela Edelvis Testa, viene a exponer una síntesis de los resultados de una innovadora investigación doctoral sobre las narrativas, discursos y lenguajes en torno a la poliomiélitis y su vínculo sociopolítico con la historiografía crítica latinoamericana.

Pero no solo cuenta con la rigurosidad historiográfica sobre el devenir de esta temida enfermedad en Argentina y el mundo –que bien podría definir esta obra– sino su entramado analítico en las discusiones sobre las políticas sociales, los comunicación; por lo tanto, es resultado de una investigación transdisciplinar que viene a romper las fronteras de la investigación social para establecer una mejor óptica del fenómeno y su impacto comunitario.

El libro se organiza en cinco capítulos y respeta la trayectoria de la enfermedad-discapacidad-diferencia y sus heterogéneos abordajes durante la historia, principalmente de la segunda mitad del siglo XX. Para ello, en el primero capítulo, se describen los primeros enfoques, tipos de asistencia y el surgimiento de las prácticas de rehabilitación, el rol de las mujeres y las políticas de cuidado. En el segundo capítulo, se analiza el manejo



político de los medios de comunicación con la idea construir un relato sobre la epidemia, y que a su vez, favoreciera gestionar la población a través de una particular expresión de gubernamentalidad (Foucault, 1996). El tercer capítulo, refiere a la instalación del plan nacional de rehabilitación, con el auge de la cuarta epidemia de 1956, la más importante y extensa, cruzando los debates profesionales y científicos de la época. El cuarto capítulo discute sobre las campañas de inmunización en Argentina a partir de tres grandes operativos 1957-1963-1971, los problemas de la gestión pública, el rol de la vacuna Sabin, como se presenta en el título del libro. El capítulo cinco final, se centra en los debates actuales de los sobrevivientes y la emergencia del síndrome pospolio, visibilizando las condiciones y luchas que realizan los y las activistas, recuperando una memoria histórica y encarnada.

En este panorama se descubrirán las transiciones que, parafraseando a Butler (2006), permitan reflexionar ¿qué hace que ciertos cuerpos importen o se vuelvan legítimos? o ¿cómo los cuerpos pueden hacer de su vulnerabilidad una potencia para sus agencias personales y colectivas? Algunas respuestas se encontrarán en el desarrollo de esta obra que, de manera minuciosa, va desactivando las representaciones dominantes sobre lo que significa la enfermedad dentro de un orden social heteropatriarcal y capacitista. De ahí surgirán diferentes nomenclaturas enunciantes que van desde ‘inválidos’, ‘lisiados’, ‘rengos’, ‘paralíticos’, ‘discapacitados’ a ‘sobrevivientes’, cada una conformando un marco epistemológico, político y ético sobre el trato a la diferencia humana.

Por lo tanto, este libro será de cabecera para cualquier persona interesada en historias, trayectorias y narrativas de enfermedades, discapacidad y activismos, y que pretenda utilizar y conocer un conjunto heterogéneo de fuentes y metodologías. Así también como base para entender las relaciones de poder en la que se inscriben las disciplinas de las ciencias de la salud, sus profesionales y prácticas. No conforme al riguroso análisis, se plantean directrices sobre la función de género y los cuidados, abriendo todo un campo de reflexiones sobre el sistema sexo-género, discapacidad y salud.

Hay que destacar el esfuerzo de la autora para inscribir y escribir la historia de la enfermedad en las diputadas corporales actuales -por fuera de las comprensiones de una situación superada- con toda la complejidad que ello precisa y demanda, colocando el cuerpo y las subjetividades en el centro del debate actual. Así se dibujan nuevas cartografías para explorar las alianzas digitales y tecnológicas, tal como lo plantean los y las activistas, “¡todavía estamos aquí!”, “¡aun estamos vivos!”;

nos muestran el doble carácter de sus luchas: como movimiento corporal y movimiento político (Butler, 2017).

El texto desafía a varias preguntas e interrogantes para comprender las luchas que realizan los y las activistas y que permite pensar en trayectorias de otros colectivos subalternizados, por lo tanto, el trabajo ayuda a entrelazar o indagar con esas ‘otras’ historias y anima a buscar las estrategias para hacer resistencia de manera creativa y comprometida ante la vorágine salvaje del neoliberalismo planetario actual.

Para finalizar, el libro hay que leerlo como una invitación para problematizar nuestras prácticas y perspectivas como Terapeutas Ocupacionales, también, es una lectura recomendada para cualquier persona interesada en comprender cómo la historia de las enfermedades nos cuenta, relata y configura nuestras representaciones sociales sobre el mundo social, político y cultural. Es importante destacar que en el libro no solo se encontrarán innumerables fuentes, datos y estadísticas sobre la polio, sino que articulan relaciones y debates sobre la memoria, sensibilidades y luchas contemporáneas. ■

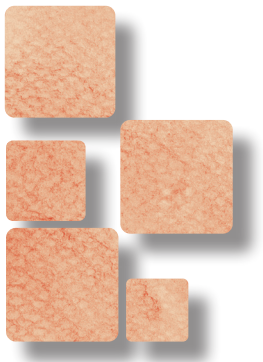
[Recibido: 25/10/18 - Aprobado: 15/11/18]

Referencias bibliográficas:

- Butler, J. (2006). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Madrid: Paidós.
- Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política: hacia una teoría performativa de la asamblea*. Madrid: Paidós.
- Foucault, M. (1996). *Defender la Sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Cómo citar esta reseña:

Pino Morán, J. A. (2018). Reseña: Del Alcanfor a la Vacuna de Sabin. La polio en la Argentina. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2), 73-74.



Reseña: A tu lado en la cornisa de la vida. Acompañamiento e Interdisciplina

Silvina Oudshoorn. Mar del Plata, Ed. Martín, 2016, 110 páginas.

Paola Cabuccio | María Sol Ruibal | Shanti Straittas

Paola Cabuccio

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires)

mijugua@gmail.com

María Sol Ruibal

Estudiante de la Licenciatura en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires)

mariasolruibal@hotmail.com

Shanti Straittas

Estudiante de la Licenciatura en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires)

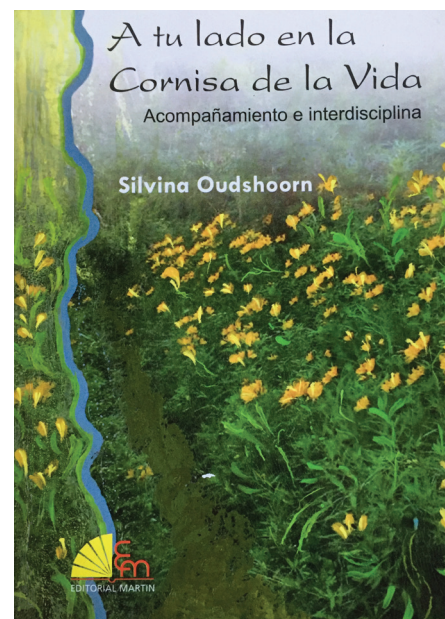
shan.straitas@gmail.com

A tu lado en la cornisa de la vida. Acompañamiento e Interdisciplina, impreso en Argentina, por la editorial Martín en el año 2016, es el segundo de una trilogía de libros escritos por Silvina Oudshoorn, Licenciada en Terapia Ocupacional y formada en psicooncología. En este encuentro, la autora propone un recorrido dinámico que invita a interactuar constantemente con las distintas líneas que se desarrollan en el escrito.

El libro trata sobre el acompañamiento a niños con padecimiento oncológico, plantea una analogía entre el camino a recorrer y la ruta 40, desde el diagnóstico, el alta y/o remisión de la enfermedad o la muerte; metáforas que permiten pensar tanto los obstáculos como los bellos paisajes que uno se puede encontrar a lo largo del camino, pensando al ser humano en relación con un todo.

El libro está estructurado en 9 capítulos. Además, cuenta con un Prólogo escrito por Andrea Grispo, Licenciada en Psicología quien se especializa en cuidados Paliativos y luego del mismo, una sección de agradecimientos sumamente emotivos.

La autora nos propone una forma activa de encarar el tratamiento, basado en la empatía, como también nombra diferentes cualidades que forman la singularidad de cada individuo. De este modo, habla metafóricamente de “el armado de la valija” (p.29), donde cada uno es el protagonista de ese armado, con sus fortalezas y debilidades, con los otros que lo acompañan, proponiendo contener, con el amor como bandera.



Desde el comienzo, este libro invita a pensar en la singularidad de cada persona para respetarlas y considerar las capacidades de afrontamiento, así como queda explícitamente planteada la propuesta de un modo de transitar la vida en su totalidad, desde las posibilidades individuales. Se entiende que la realidad se construye día a día y que nuestros actos son parte de esta construcción colectiva que tiñe nuestro hacer como terapeutas ocupacionales, en el acompañamiento de niños, niñas y de sus familias cuya ruta de la vida se encuentra con el cáncer. Teniendo siempre en cuenta, que nos permitieron ingresar a sus vidas, en ese momento de tanta angustia y miedos, y siendo conscientes de que nos regalan lo más valioso que tienen, su tiempo. Entender y aceptar que no hay una receta a seguir y que el camino del acompañamiento se construye con el otro en el andar, de a

dos. De ahí, la importancia de estar en el momento presente, receptivos ante ese instante único que constituye la realidad.

Para finalizar, nos parece importante dejar en claro la idea de un acompañamiento activo, invitando al otro a hacerse preguntas que le permitan resignificar su historia, darle un sentido en relación al todo. Y aceptar que con cada intervención también resignificamos nuestra propia historia.

Por todo lo mencionado anteriormente, recomendamos la lectura de este libro tanto para, estudiantes y los Licenciados en Terapia Ocupacional, profesionales de la salud interesados en el área y para el público en general que se sienta involucrado en estos temas. ■

[Recibido: 26/09/18 - Aprobado: 29/09/18]

Cómo citar esta reseña:

Cabuccio, P., Ruibal, M. S. y Straittas, S. (2018). Reseña: A tu lado en la cornisa de la vida. Acompañamiento e Interdisciplina. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2), 75-76.