

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Una apuesta al sentido de las narrativas desde la atención de terapia ocupacional domiciliaria en comunidades de alta vulnerabilidad.

Metz, Miriam Isabel.

Cita:

Metz, Miriam Isabel (2014). *Una apuesta al sentido de las narrativas desde la atención de terapia ocupacional domiciliaria en comunidades de alta vulnerabilidad. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/791>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/BPp>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

UNA APUESTA AL SENTIDO DE LAS NARRATIVAS DESDE LA ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA EN COMUNIDADES DE ALTA VULNERABILIDAD

Metz, Miriam Isabel
Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

En el presente trabajo abordaremos algunos lineamientos provenientes de una experiencia realizada en la “Villa Fraga” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de la cátedra Práctica Profesional I de la carrera de Terapia Ocupacional (Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires), y la Práctica Clínica V de la Carrera de Terapia Ocupacional (Universidad del Salvador). Esta intervención está centrada en los principios de la APS, que focaliza en las narrativas y su sentido en la transformación participativa de la comunidad. La fortaleza del contacto inicial se sustenta en la visita domiciliaria en busca de formas más genuinas de bienestar en la resolución de diferentes problemáticas de salud a las que las personas están expuestas. Saliendo del ámbito institucional centralista, se promueve que las personas con alto grado de vulnerabilidad identifiquen recursos y capacidades para la modificación de sus propias vidas.

Palabras clave

Participación, Narrativas, Comunidad, Vulnerabilidad

ABSTRACT

A COMMITMENT TO THE MEANING OF THE NARRATIVES FROM THE OCCUPATIONAL THERAPY FOR HOME CARE COMMUNITIES IN HIGH VULNERABILITY

In this work we address some aspects from an intervention in the “Villa Fraga” (Buenos Aires City), through the Professional Practice in the Career of Occupational Therapy (School of Psychology, University of Buenos Aires) and the Clinical Practice of Occupational Therapy (El Salvador University). This intervention focuses on the principles of APS, which also focuses on the narrative and meaning in participatory community transformation. The strength of the initial contact is based on home visits, searching genuine welfare in solving various problems of health of the people that are exposed. Leaving the centralist institutional level, it encourages people to identify highly vulnerable resources and capacities for change their own lives.

Key words

Participation, Narratives, Community, Vulnerability

Introducción

En esta primera parte del trabajo describiremos las características contextuales y culturales del lugar en el cual intervenimos.

El lugar elegido es la “Villa Fraga” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, emplazada en la calle Fraga al 900, en los terrenos del ferrocarril Urquiza. Este asentamiento, surgido en la década de 1990, tuvo un crecimiento notable en cuanto a la construcción de viviendas, no así en cuanto a sus condiciones habitacionales, infraestructura y condiciones de subsistencia. No existen títulos de propiedad. El asentamiento está organizado por sectores según nacionalidad y provincias, y la composición poblacional es de 50% peruanos, 30% paraguayos, y el resto proveniente del Norte Argentino.

El primer acercamiento se realizó en el año 2012. Se estableció contacto con un sacerdote misionero de la zona, quien informó que no había tenido buenas experiencias hasta el momento con la participación de partidos políticos. Él se ha convertido en un referente fuerte en los últimos años, y el ingreso a la comunidad fue posible sólo a través de su presencia, que demostraba la confianza ganada en su recorrido en la comunidad en el tiempo que venía trabajando. La primera invitación coincidió con un día de fiesta de la comunidad: “la procesión”. Los niños tomaban la comunión, se respiraba un clima de alegría y participación. La peregrinación implicó caminar todos juntos hasta llegar al asentamiento. Ese día el grupo de estudiantes y profesionales que proponíamos la intervención, pudo recorrer hasta los espacios más recónditos de este asentamiento. El asombro y la perplejidad en cada imagen de máxima pobreza y las condiciones infrahumanas con las cuales teníamos contacto, fueron registros impactantes, a punto tal que una parte del grupo inicial de profesionales y estudiantes no continuó en este proyecto comunitario.

Iniciamos nuestra intervención en el barrio a partir de las consultas que el sacerdote había realizado, específicamente respondiendo a la demanda de una asistencia domiciliaria que atendiera las problemáticas de los padres con hijos discapacitados, o que involucrara alguna situación de vulnerabilidad socio-sanitaria. ¿Cómo articular esta demanda con nuestros lineamientos de la Terapia Ocupacional Comunitaria? ¿Cómo no quedar atrapados en una intervención domiciliaria de tipo asistencial?

Nos preguntábamos de qué manera el resultado de pequeñas acciones que podíamos implementar promoverían mejores condiciones de salud, cuidado y participación social en las personas, en un contexto de inequidad que genera diferencias innecesarias e injustas. Para organizar las líneas de trabajo, empezamos a pensar en identificar en sus narrativas aquellas prioridades posibles de responder.

La Terapia Ocupacional desde una perspectiva holística

La perspectiva holística de la Terapia Ocupacional involucra una mi-

rada integral desde “el hacer” de la persona, con una comprensión dinámica entre el sujeto, su ambiente y las actividades cotidianas que, realizadas con sentido y significado para la persona, tienen una connotación de salud.

El hábitat de la persona es un recurso potencial para identificar las condiciones de vida de las personas, los recursos con que cuentan, sus vínculos, sus narrativas y las alternativas de cambio en un contexto de cotidianeidad. El Terapeuta trabaja implementando estrategias preventivas y de promoción para la reducción de los estresantes sociales del ambiente y las destrezas de conocimiento para el cuidado de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la Atención Primaria de la Salud (APS) debe prestar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, incluyendo la educación acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos.

La Carta de Ottawa (1986, p.4) señala que “*la Promoción de la Salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y la puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos*”.

Esto requiere el desarrollo del fortalecimiento de los procesos participativos y el fortalecimiento de las redes sociales que puedan ir surgiendo con el fin de intercambiar experiencias y convertir la información recibida en un aprendizaje, el impulso y apoyo de diversas iniciativas que surjan acordes a las necesidades de las comunidades.

Para Bartón (2008), el enfoque comunitario desde la perspectiva de discapacidad implica trabajar con la comunidad, líderes y redes sociales que emergen de las necesidades cotidianas y de las necesidades de inclusión que viven las personas con discapacidad. No hay otra forma de construcción de ciudadanía que no sea a través de la acción, y esta no debe ser individual sino colectiva.

La promoción de la salud privilegia la educación sanitaria y la modificación de actitudes indispensables para vivir de forma saludable, ya que la información brinda herramientas para ejercer control sobre su propia salud y sobre el ambiente.

Es importante tener en cuenta que el proceso de promoción y prevención de la salud requiere del conocimiento previo de la comunidad. García, Giuliani y Wiesenfeld (2002) señalan dos grupos de características que se deben tener en cuenta previamente al ejercicio profesional en la comunidad. Por un lado, las *estructurales*, conformadas por el ambiente físico y los individuos asociados entre sí, con características propias y diversas al mismo tiempo. Por el otro, las *funcionales*, que se refieren a la interacción entre los individuos y su medio ambiente, lo cual constituye el escenario.

Es necesario entonces hacer el espacio para la *planificación* de una posible *intervención*. En el caso de Villa Fraga, la primera demanda realizada por muchas de las familias que visitamos fue la necesidad de una vivienda, por distintas razones: “*una vivienda que esté fuera de este lugar*” ya que ningún profesional de las prestaciones sanitarias o los servicios domiciliarios que están autorizados por las obras sociales, llega al lugar; por otra parte, “*la necesidad de una casa de cemento*”, ya que muchos viven en construcciones de chapa que los deja a merced de las altas o las bajas temperaturas. Algunos manifestaron que en el asentamiento vive mucha gente que trabaja y envía a sus hijos a la escuela, pero también hay “*lugares de refugio*”, para los que cometen robos y arrebatos y las llamadas “*cuevas*”, es decir, espacios para los que consumen drogas.

Estas circunstancias, que resultan de la máxima pobreza, generan una gran desconfianza y una fragmentación entre los que habitan el mismo territorio, e impiden en muchos casos generar lazos que podrían fortalecer el tejido social.

En su obra *Política Sanitaria* (1970), Johan Peter Frank describe una serie de determinantes que producirían la conservación o la pérdida de la salud. Posteriormente, al afirmar que “*la miseria del pueblo es la causa de la enfermedad*” destaca el papel de la pobreza como causa principal de enfermedad. Esta afirmación también ha sido sostenida por la propia Asamblea de la OMS de 1969, cuando señaló que “*la incultura y la pobreza son las principales causas de enfermedad*”, como también por Horwitz (1993) en la descripción del círculo pobreza-enfermedad. Según Lalonde (1974) el nivel de salud de una comunidad estaría influido por factores que integran los determinantes de la salud, biológicos, ambientales, estilos de vida y conductas de salud, los sistemas de asistencia sanitaria, todos ellos se consideran en la actualidad modificables.

Existe sin embargo una subvaloración del tema: Calviño (1996) expresa que hay poco interés y una desprofesionalización en las acciones de la prevención con estilos de acción inapropiados a los fines reales y esenciales de la prevención. Las intervenciones se apoyan en un modelo “médico centralista” autocrático que no promueve la participación de la comunidad.

Zurro y Solá (2011) señalan que debe haber un auto concientización sobre el cuidado de la propia salud. Se ha observado que muchas veces los profesionales que no tienen relación con la medicina suelen ser más efectivos y eficientes que los médicos para la atención de problemas agudos, crónicos, sin disminución de la calidad asistencial.

Esto refleja que muchas veces los agentes sanitarios no médicos que trabajan en la comunidad tienen mayor llegada a los individuos para abordar problemáticas de salud más complejas. La Terapia Ocupacional Comunitaria se asienta en esta cuestión, ya que aborda problemáticas complejas en salud desde un rol diferente al de la medicina clásica. Ahora bien, ¿cómo se realizan estas intervenciones en asentamientos ocupacionales precarios? Detallaremos a continuación este interrogante.

La visita domiciliaria, una vía de entrada

Elina Dabas (1995) destaca, para las experiencias en asentamientos, la importancia crucial de la *visita domiciliaria* para hacer visibles recursos terapéuticos que no se aprecian quedándose en los consultorios institucionales. El enfoque epidemiológico participativo de los problemas sociales para micro-poblaciones (Bertucelli 1970), como el descubrimiento en la casa de los pobladores de formas más genuinas de bienestar, posibilitaron asimismo nuevas estrategias.

La experiencia que relatamos en este artículo constituye el inicio de un plan de acción en curso, en el cual perseguimos, desde el trabajo con cada familia, la búsqueda de bienestar y la resolución de diferentes problemáticas a la que están expuestos.

La acción comunitaria se sostiene con relaciones de confianza que perduran en el tiempo. A modo de lo que propone Dabas (1993), buscamos trasladar nuestra acción a la casa de cualquier familia o institución del área de respuesta, auto-convocándonos y permitiéndonos ser convocados de acuerdo a la necesidad y el movimiento de la población. Se trata de estar cada vez más disponible cotidianamente en redes de libre participación en órdenes complejos y no jerárquicos.

En este plan de acción sobre la perspectiva a resolver se incluye el estudio de la situación social que la contiene. Se articula en un

proceso de cambio a los condicionantes y posibilidades sociales ubicando abordajes integrales con la perspectiva de la gente, en relaciones de confianza perdurables en el tiempo.

La intervención en la comunidad no se realiza con una posición de *poder jerárquico* dada por el conocimiento específico, sino *de igual a igual*, es decir, en *horizontalidad*, respetando la diversidad cultural y las distintas costumbres. Esto requiere de un paso previo que es fundante del proceso: entender dónde se va a actuar y adecuarse a esto, a fines de no reproducir el trabajo del consultorio en ambientes comunitarios, generando desde la asimetría de roles una intervención dirigida más allá de las demandas y los procesos comunitarios.

Por otra parte, debemos estar atentos a no generar falsas expectativas: las necesidades son tantas y de diferente orden, que se depositan masivamente a la/s persona/s que se acerca/n, de quienes a veces se esperan soluciones “mesiánicas”. Se hace preciso entonces reflexionar sobre las prioridades y la urgencia para focalizar junto con la familia qué lo más importante en ese momento y a largo plazo.

La mayoría de las familias con las que trabajamos son inmigrantes provenientes de países limítrofes, que vinieron a Buenos Aires en busca de mejores condiciones de vida o intentando una asistencia sanitaria accesible para algún miembro de la familia con problemas de salud. Una de las familias entrevistadas, de origen paraguayo, manifestaba que la cobertura de los tratamientos es privada e inalcanzable para sus posibilidades. La casa en la que viven es de material y está en un primer piso, lo que obstaculiza la autonomía de su hijo discapacitado. Por otra parte, la asistencia domiciliaria autorizada no llega hasta este lugar. Esto exige una reestructuración de los roles familiares, ya que si bien en Paraguay podían trabajar los dos, aquí no es fácil encontrar “*personas confiables*” para el cuidado de su hijo. El padre ocupa el rol de proveedor de la familia, trabajando en changas, y la madre se queda en casa al cuidado del hijo. Los recursos personales que tienen van quedando progresivamente invisibilizados ya que se encuentran inmersos en un continuo estado de necesidad que genera una dificultad generalizada de poder hacer frente a pequeños desafíos. Una de las demandas que mencionan a las Terapistas Ocupacionales son las dificultades para gestionar trámites, lo que impide su proceso de desarrollo. Sostenemos que esta dificultad de verbalización, imprecisión en el vocabulario, etc., obstaculiza el acceso a la satisfacción de necesidades de distinto orden. Sabemos que “lo que no puede expresarse no existe”: ¿cómo reconocer entonces una necesidad cuando esta no puede expresarse?

El nivel bajo de instrucción obstaculiza la comunicación social y puede contribuir a la insatisfacción de necesidades. De manera indirecta, este hecho se constituye en una amenaza al no poder comprender las medidas de prevención y control de la salud y sus circuitos para tramitarla.

Veamos otro caso. Bibiana tiene 5 años de edad, vino con su madre desde Paraguay porque su estado era grave. Tiene leucemia, ha recuperado su peso a partir de su tratamiento en los centros hospitalarios del país, debe recibir tratamiento de quimioterapia día por medio por un periodo de 6 a 8 meses. Cuando se le pregunta qué otro tratamiento recibe, la madre señala que una señora la cura con oraciones y que también asiste a la Iglesia. Cuando se indaga sobre cuáles son sus juguetes, a qué juega, la madre contesta: “*a las cosquillas*”.

La madre manifiesta respuestas casi monosilábicas, que expresan la privación verbal. También notamos la falta de posibilidad exploratoria a la que está expuesta la niña. En momentos en que se trabajaba con juegos que incluían también a la madre, se las observaba participando con las mismas ganas y ansias de exploración. Vimos allí a una

madre-niña, que no estaba en conocimiento de las problemáticas del diagnóstico de su hija, aunque igual podía darle, desde sus recursos, condiciones de apego necesario para su subsistencia.

Esta falta de conciencia de la gravedad de la enfermedad de la niña, de su pronóstico, y la dificultad para comprender las medidas para prevenir el riesgo, agravaban la situación y hacían indispensable una orientación acerca de los riesgos de fumar delante de la niña, de la necesidad de los hábitos de higiene en el ambiente y en relación al uso de los utensilios, más allá de la visible realidad de las condiciones de la vivienda, y la cuestión de la ubicación del espacio de encuentro familiar en un pasillo donde circula gente del barrio, ignorando las indicaciones médicas de que la niña no debía estar expuesta a contacto con gente, por sus bajas defensas.

También nos encontramos con situaciones que dan cuenta de factores resilientes, protectores. Pablo presenta una paraplejía y quiere ser un estudiante universitario. La visita a la casa de este adolescente implicó responder a las necesidades que fue planteando, por ejemplo recibir apoyo escolar, para lo que se contactó a un estudiante avanzado que pudo ocuparse de identificar los temas en los que presentaba dificultades. En poco tiempo pudo superarlos. Asimismo, la madre habilita para Pablo el mejor espacio de la casa, proveyendo un ambiente más confortable para su rol de estudiante. En otra de las intervenciones realizadas, se articuló un apoyo jurídico legal para un reclamo al hospital zonal. Virginia, de 19 años, madre de un niño de un año, fue atendida por guardia y luego ingresó a terapia intensiva. En el trayecto se perdió su historia clínica, que guardaba el dato del código de la válvula de corazón, para realizar su recambio. Esto impidió avanzar con la intervención quirúrgica porque no se podía gestionar el tipo de válvula que se debía colocar. Su estado fue agravándose, cursó una neumonía, tuvo luego un ACV. En una de las visitas que hicimos en su casa, hablamos con su tía, quien necesitaba orientación en el tema. Las practicantes realizaron visitas al hospital y se contactaron a los médicos que la atendían, quienes se quejaron: “¿ustedes se ocupan de los extranjeros?” La discriminación, xenofobia y desprecio de algunos profesionales vuelven expulsivo al sistema de salud, que recibe a regañadientes a los grupos vulnerables, esperando una actitud pasiva y de sumisión. La familia recibió orientación y pudieron tramitar el pedido de la válvula con una abogada.

La accesibilidad cultural al sistema de salud está determinada por valores, normas, conocimientos y actitudes propios de la población en relación con la salud y la enfermedad, que pueden facilitar u obstaculizar el acceso al sistema de atención y, por ende, condicionar los resultados de sus acciones.

El proceso dinámico de intervención desde la Terapia Ocupacional Comunitaria

El proceso de intervención de la Terapia Ocupacional Domiciliaria es dinámico, observa los impactos del ambiente, para facilitar la realización de ocupaciones diarias. En los grupos vulnerables, se hallan profundamente afectadas las actividades de la vida diaria de tipo instrumentales, es decir, aquellas que implican interacción con otros ambientes (gestiones, trámites, otros) y demandan de las personas destrezas cognitivas y habilidades comunicacionales más complejas.

En el nivel básico de actividad (actividades de higiene, vestido y alimentación) las restricciones dependen de la desventaja ambiental y de oportunidades más que de habilidades personales.

Ambos niveles de actividades están en una relación directa con la salud.

Cuando se interviene en atención domiciliaria, se consiguen gran-

des beneficios ya que se puede recabar más información acerca de la situación de salud de una familia en particular y se puede ver *in situ* cómo es el funcionamiento de esa familia.

Los casos que no pudieron sostener la actividad incluían problemáticas de adicciones, alcoholismo y consumo de cocaína, aunque en uno de estos casos se pudieron prevenir situaciones de violencia agravadas por el consumo de alcohol.

El rol del Terapeuta Ocupacional en estas circunstancias es un rol de escucha, donde no debería emitir juicios, ni reflexiones interpretativas que ahonde en los sufrimientos de la persona. Las raíces de tantos padecimientos son una responsabilidad social que van más allá de los problemas observados. Se requiere de formación multidisciplinaria para hacer los mejores aportes de cada disciplina. Las alternativas de solución implican un nivel que comprenda la situación ética, filosófica, espiritual de los padecimientos de los grupos expuestos a la injusticia social, económica y política. Y la intervención es desde el análisis que las personas presentan en su desempeño cotidiano y como aliviar el sufrimiento que les provoca ignorar sus propios recursos, identificar por sí mismos alternativas de solución, capacidades y orientarlos en los pasos que por su falta de involucramiento por las razones que se vienen exponiendo, experimentan cotidianamente.

Conclusiones

La intervención de la Terapia Ocupacional domiciliaria en contextos vulnerables intenta capturar el quehacer cotidiano de las personas que, por padecimiento psico-social, se encuentran excluidas de oportunidades. Requiere el compromiso de una mirada macro-social para saber el impacto que provocan ciertos mecanismos de dominación en las personas empobrecidas. Pero interviene a nivel micro-social, donde se tejen las realidades cotidianas de las personas en el intento de resolver sus urgencias cotidianas.

La Terapia Ocupacional, a través de la visita domiciliaria, permite comprender los diversos comportamientos que adopta la familia para el cuidado de la salud, la atención de la enfermedad y las posibilidades de inclusión en la discapacidad. Implica un plan de acción dinámico con la comunidad sobre la perspectiva a resolver. Incluye el estudio de la situación social que la contiene y articula en un proceso de cambio, condicionantes, posibilidades sociales y cotidianeidad utilizando un abordaje integral con la perspectiva de la población. Así pues, la tarea del Terapeuta Ocupacional requiere del fortalecimiento de la acción a través de formas innovadoras de intervención, que permitan educar sin ejercer presión, co-construir los espacios de acuerdo a las necesidades y criterios de la población afectada, expandiendo los límites de la acción domiciliaria en función de la actividad comunitaria.

BIBLIOGRAFIA

Bartón, L. (2008) Cuadernos de Discapacidad y Rehabilitación basada en la comunidad. Diálogos conceptuales. Posturas teóricas que explican el desarrollo humano. Bogotá: Dirección de Salud Pública.

Dabas, E.N. (1993) Red de Redes: La red como alternativa al desarrollo comunitario. Buenos Aires: Paidós.

Dabas, E.N. (1995) El lenguaje de los vínculos. Buenos Aires: Paidós

Ganzo (2012) - Fichas de la cátedra de Salud Pública de la Licenciatura Virtual de la Universidad de Quilmes.

Lalonde, M. (1974). Documento Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses

Melillo, A. & Suárez, N., Ojeda, E. (2001) Resiliencia. Buenos Aires: Paidós.

Muchnik, E. (1993) Las redes sociales de apoyo: ¿podemos reconstruir la comunidad? Revista Argentina de Clínica Psicológica, pp.174-182

OPS,OMS (2007). La Salud Pública en las Américas.

Carta de Ottawa: /www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf

Whitehead, M. (1992) The Concepts and principles of equity and Health. Int. J. Health Serv.; 22; 429-445.

Zurro M.A., Sola Jodar, G. (2011) Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Madrid: Elsevier