

Memorias de una profesión feminizada

Terapia ocupacional y salud mental
en Argentina 1957-1976



Universidad Nacional de Lanús

Rectora

Dra. Ana Jaramillo.

Vicerrector

Mtro. Daniel Rodríguez Bozzani

Comité Editorial

Dr. Aritz Recalde

Lic. Maria Elena Boschi

Dr. Francisco Pestanha

Lic. Mariana Ugarte



REUN

Red de Editoriales de
Universidades Nacionales



EDUNLA
COOPERATIVA

29 de Septiembre 3901

1826 Remedios de Escalada, Lanús,

Provincia de Buenos Aires, Argentina

Tel (54 11) 5533 5600 int. 5727

publicaciones@unla.edu.ar

www.unla.edu.ar/public

La fotocopia mata al libro y es un delito.

Memorias de una profesión feminizada

Terapia ocupacional y salud mental en Argentina 1957-1976

Mariela Nabergoi



Universidad Nacional de Lanús
Ediciones de la UNLa

Nabergoi, Mariela

Memorias de una profesión feminizada / Mariela Nabergoi. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2022.

200 p. ; 22 x 15 cm.

ISBN 978-987-8926-17-9

1. Salud Mental. 2. Políticas Públicas. 3. Estrategias de Aprendizaje.

I. Título.

CDD 362.2042

Memorias de una profesión feminizada
Terapia ocupacional y salud mental en Argentina 1957-1976
Mariela Nabergoi

Diagramación y puesta en página: Rubén Fernández
Corrección de estilo: Silvina Guevara

ISBN 978-987-8926-17-9

Impreso en Argentina

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Prohibida la reproducción sin la expresa autorización por escrito.

© Mariela Nabergoi

© Ediciones de la UNLa

29 de Septiembre 3901

1826 Remedios de Escalada, Lanús,

Provincia de Buenos Aires, Argentina

Tel (54 11) 5533 5600 int. 5727

publicaciones@unla.edu.ar

www.unla.edu.ar/public

Colección Salud Mental Comunitaria

Esta nueva colección condensa el trabajo académico de investigadoras e investigadores de diversas disciplinas que han desarrollado sus tesis en el marco del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Se propone reunir y transmitir los aportes de un trabajo arduo, comprometido y consistente realizado por profesionales que, desde un posicionamiento ético, una disposición reflexiva y productiva, y fieles a la misión de nuestra Universidad, esperan contribuir a la producción y difusión de conocimientos que mejoren los niveles de comprensión de las problemáticas de salud mental en nuestro país y en la región. Así, ayudar a mejorar la calidad de vida, a fortalecer los valores democráticos en el conjunto de la sociedad articulando el conocimiento universal con los saberes producidos por la comunidad, y a promover la defensa de los derechos humanos.

Cada libro de la colección será una invitación a reflexionar, en el marco de los vertiginosos cambios y la complejidad de problemas en nuestro país y América Latina, acerca del campo de la salud mental comunitaria, de su configuración histórica, de los procesos de reformas en curso, de las tensiones e interfaces entre las normativas vigentes, las políticas públicas y las prácticas institucionales. Asimismo, propondrá abrir nuevos interrogantes que interpelen sobre las manifestaciones del sufrimiento, las estructuras que dan sustento a las dinámicas de las desigualdades, las exclusiones, los estigmas y las discriminaciones, al mismo tiempo que configurar alternativas de transformación que sean pertinentes y consecuentes con los procesos socio históricos, políticos y culturales de cada territorio.

Es así como se origina el esfuerzo académico expresado en la producción de esta colección en el marco de una apuesta ética política compuesta por aportes de investigadores e investigadoras responsables y activos en el cuidado de la comunidad, sensibles a la escucha y a abordar y responder a los problemas y demandas que se presentan en nuestro pueblo. Asumen el desafío de producir creativamente comprensiones y conocimientos situados, territorializa-

dos, colectivos, para garantizar los derechos y configurar vínculos sociales alternativos que lleven a un buen vivir. Y lejos de reproducir modelos homogeneizantes de construcción de conocimientos, aportan a la desnaturalización de las matrices capitalista, colonial y patriarcal de las narrativas dominantes en salud mental, a partir de la revalorización de las voces de las y los protagonistas de los diversos colectivos que habitan hoy el suelo latinoamericano

El primer título de la colección se propone visibilizar la relevancia de la interdisciplinariedad en el campo de la salud mental, dado que Mariela Nabergoi es terapeuta ocupacional. El texto se centra en la recuperación de la memoria colectiva, que cobra relevancia en el marco de la importante imbricación que tiene el campo de la salud mental con los derechos humanos.

Esperamos que la lectura estimule iniciativas de investigación que abran nuevos horizontes, impacten en las agendas de las políticas públicas y aporten a generar realidades menos injustas, menos violentas y más democráticas para nuestro continente.

Dra. Alejandra Barcala
Directora del Doctorado en Salud Mental Comunitaria

A Fran, Clara y Anita

A la memoria de quienes partieron
y nos siguen acompañando en las
luchas del presente.

ÍNDICE

PRÓLOGO

por Graciela Zaldúa y María Marcela Bottinelli / 15

INTRODUCCIÓN / 19

Un recorrido / 23

EL MOMENTO FUNDANTE: DE LA POLIO A LA SALUD MENTAL / 27

LA FORMACIÓN EN SALUD MENTAL ¿UN REQUISITO EXTERNO O LA DEMANDA DE UN CAMPO EN CONSTRUCCIÓN? / 28

La propuesta del equipo de Dorset House / 31

EL PRIMER PLAN DE ESTUDIOS / 33

Materias básicas, docentes y cursadas / 35

Materias de Terapia Ocupacional en salud mental / 37

Prácticas clínicas en salud mental / 42

MARCAS DE LA PRIMERA ETAPA / 43

El mandato / 44

Mujeres, educación y cuidados / 48

En salud mental la consigna era sobrevivir / 49

COMIENZOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN SALUD MENTAL (1959-1966) / 51

EL PRIMER ESPACIO EN EL BORDA / 52

HOSPITAL MOYANO / 57

DEL AISLAMIENTO A LA INSERCIÓN EN EQUIPOS DE SALUD MENTAL / 63

De regreso al Borda / 63

En “el Lanús” / 68

Otras experiencias / 73

UNA ETAPA CON AVANCES / 74

La inconciencia como ideología defensiva / 75

La relación con los pacientes / 78

La transformación de los espacios / 81

Perspectivas de referentes del campo / 82

Las tardes / 85

DE LAS EXPERIENCIAS PIONERAS A LA POLÍTICA PÚBLICA: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL / 89

ALCANCES DEL PROGRAMA NACIONAL / 90

Respuestas al diagnóstico inicial / 92

La carrera en la Universidad de Mar del Plata / 94

Becas para estudiar en la ENTO / 97

Cargos de terapeutas ocupacionales / 98

Normas de funcionamiento de servicios de Terapia
Ocupacional / 100

CONTROVERSIAS EN TORNO A LA POLÍTICA NACIONAL EN SALUD MENTAL / 102

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS Y OTRAS POSIBILIDADES PARA LA ACTIVIDAD EN LA RECUPERACIÓN / 105

La experiencia Roballos / 106

Colonia Federal / 108

El Sauce / 111

Otras / 112

LÍMITES DEL PROGRAMA NACIONAL / 113

DE LAS EXPERIENCIAS PIONERAS A LA POLÍTICA PÚBLICA: EL PLAN GOLDENBERG / 115

ALCANCES DEL PLAN / 116

Equipos interdisciplinarios / 118

Los roles en el equipo de salud mental,
una construcción colectiva / 120

Rol y funciones de la Terapia Ocupacional / 122

LA PARTICIPACIÓN SE HACE LETRA DE LA POLÍTICA / 125

FUNCIÓN ASISTENCIAL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL / 126

ASISTENCIA Y FORMACIÓN / 128

En cada espacio... / 129

MARCAS DE LA ÉPOCA Y NUEVOS DESAFÍOS / 132

DIÁLOGOS ENTRE LAS PRÁCTICAS Y LA FORMACIÓN / 133

CAMBIOS EN EL PLAN DE ESTUDIOS / 133

LOS ESPACIOS ALTERNATIVOS Y LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS CONOCIMIENTOS / 138

HACIA 1976 Y MÁS: RELATOS DE PERSECUCIONES, CIERRES Y RENUNCIAS / 143

INSTITUCIONES DEPENDIENTES DE NACIÓN / 144

Hospital Borda / 144

Hospital Moyano / 146

Hospital Tobar García, Talleres Protegidos
y Centro de Salud Mental Ameghino / 148

Policlínico de Lanús / 148

Cierres de comunidades terapéuticas / 149

ESPACIOS DEPENDIENTES DEL PLAN GOLDENBERG / 151

Centro de Salud Mental N° 1 / 152

Centro de Salud Mental N° 2 / 153

Hospital Alvear / 154

Hospital Tornú / 154

**ESTRATEGIAS DE LEGITIMACIÓN E INDICADORES DE POSICIÓN
RELATIVA EN EL CAMPO / 157**

SALUD MENTAL EN EL MUNDO Y EN NUESTRO PAÍS / 157

EDUCACIÓN SUPERIOR, PÚBLICA Y GRATUITA / 158

Crear una carrera versus cursos y formación
en otros países / 160

MÁS QUE UNA CARRERA / 161

Señoritas, extranjeras y notables / 162

Terapia ocupacional versus laborterapia / 163

Profesión feminizada y paramédica / 164

Reconocimiento universitario / 165

El número de egresadas / 166

Límites y posibilidades / 167

EL “CABALLO DE TROYA” / 168

HACIA OTRAS FORMAS DE LEGITIMIDAD / 169

Búsqueda de la palabra propia / 169

El acercamiento al psicoanálisis / 171

Terapia sí, pero no verbal / 172

Procesos identitarios / 174

UN RECORRIDO QUE SIGUE: NUEVAS APERTURAS / 177

ANEXO: MARCO TEÓRICO / 181

Campo y núcleo en salud y salud mental / 181

Disciplina y profesión / 185

Formación profesional / 186

Identidades profesionales y dinámicas subjetivas
en el trabajo / 188

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS / 193

PRÓLOGO

Escribir el prólogo de un libro cuyas bases e ideas se construyeron antes de que ni siquiera fuera un proyecto, con una persona con la que se compartió más de 20 años, a la que se vio crecer desde estudiante hasta doctora, becaria de la UBA, investigadora, docente, pareja, madre, amiga, es para nosotras una alegría y un honor. Transmisión y legado imprescindible para historizar la complejidad del campo de la Salud Mental y en particular de la Terapia Ocupacional en el país.

Este libro plasma el trabajo entramado de recuperar la memoria colectivamente y reconstruirla con rigurosidad y amorosidad. Implica un compromiso teórico crítico y reflexivo como parte de una identidad compartida que nos constituye aún antes de existir y para que perdure como mapa referenciado de marcas constitutivas que recuperan hitos, voces y sentidos con respeto hacia el trabajo y la tenacidad de quienes fueron y son partícipes históricos, a la vez que como transmisión hacia las generaciones futuras. El libro no sólo recupera el trabajo realizado para la tesis doctoral, sino que además profundiza en su reescritura aportes, sentidos, y validaciones, incluyendo lecturas, miradas e interpretaciones de colegas que desde diferentes geografías y tiempos coadyuvieron a la tarea de reconstrucción y tejido de la memoria. Aporta de este modo no sólo revisando las trayectorias que entranan Terapia Ocupacional y Salud Mental en Argentina entre 1957 y 1976, sino además un marco conceptual y metodológico consistente respecto de conceptos como validación de pares, validación ecológica, co-construcción de conocimiento, polifonía de voces y sentipensares, poniéndolos en acto en el mismo proceso de (re)escritura.

Con la responsabilidad y la conciencia de reconocer que el objeto que aborda es una tarea continua e inconclusa, imposible de plantear en todas sus formas y sentidos, la autora recupera desde los primeros capítulos fuentes históricas recopiladas en instituciones y aportadas por las entrevistadas y partícipes fundantes

junto a los equipos de investigación sobre el tema, y producciones nacionales de fuentes diversas intra e interdisciplinarias que permiten la visibilización de la llamada literatura gris. Desde las experiencias pioneras a la política pública recupera la génesis de hitos fundamentales como la epidemia de polio y la llegada de las primeras terapistas inglesas, los primeros planes formativos en la ENTO, los diálogos territoriales e interdisciplinarios, el Programa Nacional de Salud Mental y el Plan Goldenberg. Utiliza las referencias de las entrevistas, las fuentes bibliográficas y las documentales para contextualizar los hechos situadamente. Desde una recuperación histórica de las profesiones feminizadas, da voz a muchas mujeres actoras y agentes de dichos procesos, y desentrama las tensiones fundacionales históricas tanto de la Terapia Ocupacional como del complejo campo interdisciplinar de la Salud Mental. Testimonios imprescindibles de recorridos profesionales que fueron invisibilizados y subalternizados en los hospitales psiquiátricos. Resalta los hitos y luchas que dan cuenta de diferentes formas de opresión hegemónica, en la delimitación de la salud mental, las prácticas profesionales feminizadas, las políticas públicas, la ampliación de derechos de las diversidades, y el desafío de pensar la salud de forma integral y diversa, como parte de la vida.

El recorrido incluye también los eventos y efectos del período de la última dictadura militar y se esmera en mostrar las huellas que la misma pretendió borrar y desaparecer, rescatando en los diferentes relatos esas memorias constitutivas y voces acalladas.

Finalmente, nos deja sus reflexiones fundamentadas desde un posicionamiento ético y crítico, reconociendo las claves de su referencias valorativas no sólo fundadas en los hechos y datos sistemáticamente relevados y presentados, sino aportando las claves teórico metodológicas consistentes con su marco teórico de referencia. Así, aporta un capítulo donde presenta las estrategias de legitimación e indicadores de posición relativa en el campo con una apuesta a nuevas interrogantes, trayectorias y aperturas que la lectura permite visibilizar.

Los invitamos entonces a este recorrido apasionado, respetuoso y riguroso que seguramente les interpelará.

Graciela Zaldúa y María Marcela Bottinelli

INTRODUCCIÓN

La historia cobra sentido en su capacidad de hacer inteligible el presente. La historia de la Salud Mental en Argentina [...], también tiene en su presente las marcas de esta represión y los olvidos que impuso el terror, que atraviesan la subjetividad de sus protagonistas [...]. Es preciso recordar no sólo en mérito de la verdad y la justicia, sino también para hacer más consistentes los ideales, los valores y los anhelos de los protagonistas del presente, porque de ello dependerá sin duda la construcción de un fundamento más pleno para las nuevas acciones (Galende, 1996: 132).

Desde las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1953, en la que se propone un cambio de paradigma en los servicios psiquiátricos, hasta nuestros días, tanto organismos internacionales como diferentes instancias nacionales y provinciales de nuestro país han confirmado y profundizado la necesidad de transformación de la asistencia desde un modelo psiquiátrico-asilar hacia uno de cuidados en salud mental.

A pesar de ese aparente consenso y coherencia en el tiempo de los principios que promueven la reforma de la atención psiquiátrica, en nuestro país es relativamente reciente su incorporación en el marco jurídico, que garantiza un aspecto esencial de la política en el área. La Ley Nacional de Salud Mental (26.657, de 2010), plantea el proceso de reforma de la asistencia en el territorio nacional, retomando en sus principios procesos y experiencias pioneros de transformación. Entramada en un marco normativo internacional y nacional con perspectiva de derechos y de salud mental comunitaria, propone un abordaje integral de los padecimientos psíquicos mediante la creación de dispositivos alternativos y sustitutivos del hospital psiquiátrico construidos con la participación de múltiples actores, saberes y prácticas. No obstante, la posibilidad de que los principios y enunciados puedan plasmarse en las vidas cotidianas de quienes transitamos la vida

colectiva con todas sus vicisitudes depende de múltiples factores, dado que todas las propuestas transformadoras en este sentido así como sus condiciones de posibilidad se dan en contextos socio-históricos atravesados por poderes, saberes y prácticas en tensión, que disputan hegemonías en el campo de la salud mental (Zaldúa *et al.*, 2011; Bottinelli, 2022).

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental puede ser comprendida como formando parte de un proceso de reforma que va del modelo de atención psiquiátrica tradicional hacia el criterio de cuidados en salud mental en el marco de los derechos humanos. Pero un proceso de reforma no consiste solamente en el desarrollo de nuevas prácticas y nuevas teorías que respondan a decisiones técnicas, sino que son producto de campos de valoraciones más amplios que constituyen y a la vez atraviesan el sector salud. Las transformaciones no surgen al interior del campo “sino que son el resultado de un reordenamiento forzado del campo social y político” (Galende, 1989: 146) que, al modificar la concepción del daño psíquico, al colocarlo nuevamente en relación con la vida social, obligan “a incorporar una serie de prácticas sociales no médicas” (Galende, 1989: 146). Asimismo, cuando ingresan teorías provenientes de otras áreas traen nuevos valores y generan un campo de lucha que modifica o transforma los valores que la disciplina sostenía hasta entonces.

Es decir que el proceso de construcción del campo de salud y las disciplinas que lo integran no puede comprenderse como lineal, sino como uno que supone puntos de continuidad y de quiebre, experiencias de apertura que dejaron huella, intentos de transformación con logros parciales. Todos ellos constituyen los antecedentes, la memoria colectiva que tenemos como potencial para poner en juego en el presente, el aprendizaje de sus logros y sus derrotas, de las líneas de continuidad desapercibidas que se enmascaran detrás de otras más llamativas, de los puntos de inflexión.

En nuestro país se produjeron distintas experiencias de transformación del modelo de atención psiquiátrica tradicional

que desafiaron las identidades profesionales y que fueron perseguidas, desarticuladas y reducidas con intensidad creciente hacia la última dictadura militar. Muchas están escasamente documentadas y son poco conocidas por quienes se han formado después del retorno de la democracia y son hoy protagonistas en el campo. Menos todavía se conocen las particularidades de las participaciones de los diferentes actores y colectivos profesionales que aportaron a su construcción. Algunas de las experiencias fueron realizadas en espacios pequeños, como servicios al interior de instituciones neuropsiquiátricas o generales, otras alcanzaron nivel de política pública y se expresaron en programas y acciones a nivel municipal y nacional. Pero siempre fueron protagonizados por personas concretas, en su mayoría profesionales comprometidos con la necesidad de humanizar la atención, dinamizar los servicios, modificar las formas instituidas y ampliar y potenciar las posibilidades de atención desde diversidad de perspectivas y con diferentes actores. Estuvieron relacionadas con la producción de subjetividades y valoraciones constituidas en escenarios histórico-sociales que se expresaron en grupos de profesionales que buscaron la transformación de la atención con base en convicciones humanitarias o políticas, de la mano de reflexiones sobre las implicancias de sus propias prácticas tanto para la salud mental de quienes asisten como para la propia. A su vez, cada una de estas experiencias implicó ajustes de los conocimientos y experiencias previas, adaptación de lo conocido y creación de prácticas y saberes nuevos. También buscaron en el pasado sus precursores, sus antecedentes, para afirmar en el presente su existencia y ponerlos a jugar en el marco de las reglas de validación y las posibilidades instituyentes que la época permitía.

Cada una de las profesiones que participan del campo tiene su singularidad, dada por su génesis así como por sus devenires. Es así que Terapia Ocupacional se constituye como profesión y área de conocimiento en salud mental en el marco de un proceso de reforma de la atención a comienzos del siglo XX, bajo la influencia de las concepciones de la psicobiología meyeriana y la recuperación de algunos de los principios del tratamiento moral.

Reconoce también influencias del Movimiento de Artes y Oficios, del pragmatismo, así como de otras prácticas relacionadas con el uso del trabajo y las actividades con fines terapéuticos implementadas en diferentes países del mundo.

Teniendo como objeto de estudio e intervención el hacer humano en su relación con la salud en la vida cotidiana, fue variando sus objetivos, conocimientos, comprensión de su objeto y expectativas de resultados, según los diferentes contextos sociohistóricos (Medeiros, 2008). En algunos casos más ligados a concepciones relacionadas con el disciplinamiento y adaptación social, y en otros con desarrollos particularmente ricos en Latinoamérica, más relacionados a concepciones vinculadas con la generación de procesos colectivos de autonomía, emancipación y derechos.

Indagar y caracterizar la participación de Terapia Ocupacional en la constitución y desarrollo del campo de la salud mental en el ámbito público en la Ciudad de Buenos Aires en el período comprendido entre 1957, año de constitución del campo de la salud mental en nuestro país, hasta el comienzo de la dictadura militar en 1976, fue el objetivo de la investigación que dio origen a la tesis “El proceso de transformación de la atención psiquiátrica hacia el enfoque de cuidados en salud mental en Argentina. Participación de Terapia Ocupacional en la construcción del campo de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires (1957-1976)”, del Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús, base del texto de este libro, presentada y defendida en 2013.

Lejos de una visión corporativista, la investigación realizada a través de la revisión de numerosas fuentes documentales de la época, entrevistas y relatos de vida de terapeutas ocupacionales y referentes del campo que participaron en el período estudiado, pretendió conocer la singularidad de aquel proceso y explorar los avatares de las prácticas y teorías de la profesión en su participación en la creación de nuevas modalidades y lógicas de atención como analizador, para contribuir a la comprensión de los procesos implicados en la constitución y desarrollo del campo de la salud

mental en nuestro país. Y, en este contexto, reinsertar la pregunta por la identidad profesional en un marco más amplio de sentido abierto a las potencialidades instituyentes de la construcción interdisciplinaria, contextualizada y transformadora de la atención.

Un recorrido

Dos motivos me llevaron a estudiar Terapia Ocupacional. El primero fue la búsqueda por profundizar en las relaciones entre el hacer y la salud, entendiendo que esta última se expresa y se produce a la vez en ese mundo complejo que es la vida cotidiana, en cada una de sus prácticas, en ese mundo que producimos cada día nuevamente. Lo que aparece como mera reproducción, cuasi imperceptible, se presenta en toda su complejidad cuando algo irrumpe en su curso. El segundo fue que consideré una propuesta integral de aprendizaje la gran cantidad de horas de práctica en espacios reales de atención que la carrera requería. La formación general que propone el ciclo básico en la Universidad de Buenos Aires (UBA), la invitación a la problematización del campo disciplinar de algunas docentes de las materias específicas junto con la posibilidad de trabajar con una beca de investigación como estudiante abrieron los primeros interrogantes.

A finales de la década de 1990, cuando cursé la carrera, el material de estudio estaba compuesto principalmente por traducciones de producciones realizadas en Estados Unidos y Canadá, que recibían influencias de un imperativo de unificación de los discursos de la profesión para su supervivencia en esos contextos y, en menor medida, en producciones brasileras y argentinas. La diversidad de estilos y de supuestos sobre los que se construían los trabajos volvía difícil comprender la disciplina y reconocer el valor de las producciones locales; mientras que algunos discursos se presentaban más forzados por una exigencia de legitimación que como una expresión y búsqueda de herramientas para retomar algo de la complejidad de las prácticas. Todo ello despertó la necesidad de recomponer sus contextos de producción.

Para entonces ya se habían publicado algunos libros de Terapia Ocupacional en nuestro país que centralmente recogían experiencias asistenciales, la mayoría de ellas presentadas en congresos y jornadas realizados a partir del retorno de la democracia, y la revista independiente *Materia Prima* realizaba enormes esfuerzos por recomponer un diálogo federal entre los procesos locales históricos y recientes, y las nuevas tendencias internacionales. Lideraba estos procesos una generación que había participado activamente en temas profesionales desde la apertura democrática y en algunos casos se había formado en la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, comenzando a sentir el desgaste de efectos que el giro neoliberal de la época y las subjetividades emergentes habían producido en las formas tradicionales de organización.

La práctica clínica que realicé en dispositivos de salud mental, en emprendimientos sociales en salud en el contexto de la crisis argentina de 2001, reabrió los cuestionamientos sobre los modos saludables o no del hacer en términos sociales más amplios. Y la dificultad de sostener epistémicamente desde la formación prácticas alternativas a las centradas en la rehabilitación de discapacidades, me llevó a preguntarme por las formas en que las profesiones se construyen, desnaturalizando lo aprendido.

Me incluí como becaria en el equipo de investigación conformado por docentes de dos cátedras de la UBA: Psicología Preventiva y Epidemiología, de la carrera de Psicología –dirigido por la profesora Graciela Zaldúa y codirigido por la profesora M. Marcela Bottinelli–, y Metodología de la Investigación de la Carrera de Terapia Ocupacional a cargo de esta última. Estos espacios acogieron mis preguntas e inquietudes y ofrecieron marcos desde donde poder comenzar a trabajarlas, así como también la posibilidad de formarme en la investigación-acción y compartir múltiples experiencias territoriales con trabajadores y usuarios de salud. Y, lo más importante, me dieron la oportunidad de vivir y aprender una lógica de construcción colectiva que luego pude experimentar y desarrollar en espacios de producción de conocimiento fuera del marco institucional.

Los diálogos con Julia Benassi y con otros colegas argentinos, latinoamericanos y del movimiento de Terapia Ocupacional sin Fronteras fueron claves también en este recorrido inicial. Se ponía en foco la necesidad de revisar los fundamentos y alcances de la profesión a partir de retomar voces y perspectivas alternativas desarrolladas en diferentes lugares del mundo, y abrirles espacio en el debate regional e internacional, lo que motivó el desarrollo de distintas acciones en este sentido.

La cursada del Doctorado en Salud Mental Comunitaria me permitió profundizar en los contextos de producción de los saberes y prácticas de la profesión como ejes para comprender su actualidad. Las devoluciones de los profesores Emiliano Galende y Mario Argandoña sobre estos temas me permitieron revalorizarlos desde nuevas perspectivas. Las clases a cargo del profesor Valentín Barenblit fueron mi primer contacto con la experiencia “del Lanús”. Reconocí por primera vez que algo de las experiencias fundantes de la disciplina en el campo de la salud mental no encontraba cabida en la formación de ese momento, o si lo hacía no se volvía visible desde los marcos epistémicos aprendidos.

Estos espacios, donde se desarrolló mi formación, tuvieron un eje compartido: en ellos las teorías y prácticas sobre la construcción de lo común se entretienen, resultando en identidades a la vez singulares y colectivas que entrecruzan lo personal y lo profesional, la alegría y las dificultades que surgen en la complejidad del hacer compartido.

La invitación, junto con la profesora Bottinelli, de la entonces directora de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín, Mariel Pellegrini, me permitió trabajar sobre las características iniciales de la formación profesional en nuestro país. Para ello constituimos un equipo de investigación que desarrolló dos proyectos sobre el tema, a los que me dediqué intensamente y en el marco de los cuales desarrollé la tesis que da origen a este libro.

El trabajo retoma dos de los ejes centrales de este recorrido: uno se refiere a la necesidad de conocer los procesos y contextos

de producción, para comprender las diversas formas históricas que configuran las distintas profesiones del campo de la salud en nuestro país, como operación de desnaturalización del presente para el reconocimiento de la parte que a cada uno nos toca en su construcción. El otro busca recomponer aspectos subjetivos implicados en la construcción del campo, en las tensiones que se juegan entre las identidades profesionales intra e inter disciplina-rias entendiéndolas como fundamentales para la comprensión y potenciación de modos de producción del valor salud como producción colectiva.

EL MOMENTO FUNDANTE: DE LA POLIO A LA SALUD MENTAL

La Terapia Ocupacional en Argentina fue convocada hacia fines de la década de 1950 a partir de la necesidad emergente de formar recursos humanos en rehabilitación para el tratamiento de las secuelas de poliomielitis (Sbriller y Warschavski, 1990; Sbriller, 1997; Martínez Antón, 1998; Monzón y Risiga, 2003; Testa, 2012a), en el marco de la llegada del modelo de rehabilitación a América Latina (Nabergoi *et al.*, 2013a; Monzeli, 2021).

Si bien en nuestro país los brotes de poliomielitis se sucedieron desde 1906, fue recién durante la gestión de Ramón Carrillo como ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación, entre 1949 y 1954, que se comenzó a dar respuesta desde una política de Estado (Ramaciotti, 2006). A lo largo de la epidemia de poliomielitis de 1956, la mayor de nuestra historia, se conformó la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL), dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, uno de los primeros organismos descentralizados y autárquicos del país. Su creación se dio en línea con recomendaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana, en el contexto de múltiples reformas sanitarias promovidas en el marco de la llamada “Revolución Libertadora” (Veronelli y Veronelli Correch, 2004; Iriart *et al.*, 1994; Veronelli y Testa, 2002). Entre sus funciones estaba elaborar un programa nacional de rehabilitación, formar recursos humanos para el área y desarrollar actividad asistencial a través del Instituto Nacional de Rehabilitación, que funcionaba en el predio de lo que antes fuera la Ciudad Infantil de la Fundación Eva Perón. Las primeras formaciones que se impartieron en la CNRL fueron de asistentes de Psiquiatría Infantil y Terapia Ocupacional, a las que luego se sumaron las de Ortesis y Prótesis, en 1961, y la especialización en Medicina Física y Rehabilitación, dos años después.

En 1956 se dictó el primer curso de Terapia Ocupacional, de seis meses de duración, a cargo de la británica Elizabeth Hollings. Los siguientes fueron dictados por las terapistas estadounidenses

Ruby Kroom, contratada por la Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), y Helen Dalhstrom, contratada junto a la fisioterapeuta Vivian Hanan, por convenio entre la CNRL y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Bottinelli *et al.*, 2013; AATO, 2012; Monzón y Risiga, 2003).

Mientras se desarrollaban estos cursos comenzaron las consultas sobre las posibles opciones para establecer la carrera de Terapia Ocupacional. Ello posibilitaría, a diferencia de la alternativa de enviar personas becadas al exterior para formarse, un mayor impacto y sustentabilidad en las políticas de rehabilitación dado el mayor número de personas del ámbito local que podrían acceder y completar la formación. Tras largas negociaciones que sobrevivieron al cambio del gobierno de facto al democrático de corte desarrollista de Arturo Frondizi, se contrató, mediante un convenio entre el Gobierno argentino y el Consejo Británico, a un equipo de docentes proveniente de la Escuela de Terapia Ocupacional Dorset House, de Oxford, la primera de su tipo en Inglaterra y de gran reconocimiento. Así se concretó, en 1959 y en el marco de la CNRL, la creación de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO).

LA FORMACIÓN EN SALUD MENTAL ¿UN REQUISITO EXTERNO O LA DEMANDA DE UN CAMPO EN CONSTRUCCIÓN?

La CNRL había previsto que la formación debía responder no solamente a las necesidades originadas por la epidemia sino a las otras de salud. El modelo de carrera que traería el equipo inglés planteaba además la necesidad de incluir un importante componente de formación en el campo de la salud mental. Ello constituía un requisito fundamental para que la carrera fuese aprobada por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (FMTO) y, a través de esta, por la OMS. Si bien no hay indicios de que esto constituyese parte del plan de la CNRL, el equipo docente tuvo su apoyo para crear la carrera con estas características.

La propuesta formativa reflejaría la influencia de los movimientos surgidos en el mundo en la posguerra, que se expresaban en recomendaciones de los organismos de salud internacionales recientemente creados. Algunos temas emergentes incluían el cuestionamiento a las relaciones de poder y la búsqueda de nuevos modos de relación sustitutivos a los de la psiquiatría asilar, la necesidad de crear respuestas por parte de equipos multiprofesionales a las nuevas y complejas demandas, y establecer la responsabilidad del Estado y el conjunto de la sociedad en estas cuestiones. De esta manera los cambios sociales y políticos de posguerra resultaban en un reordenamiento de la psiquiatría que daba lugar a las políticas en salud mental como nuevo modelo de acción (Galende, 1989, 2008). En Inglaterra, este movimiento se expresó tempranamente en reformas concretas como la creación del Servicio Nacional de Salud Mental, en 1944. También el desarrollo en ese país de las experiencias de comunidad terapéutica como modalidad de atención de soldados con afectaciones mentales basada en principios de democratización de la asistencia llevó a la OMS a recomendar, en 1953, la transformación de los hospitales psiquiátricos a esta modalidad (Galende, 1989, 2008). En el caso de la Terapia Ocupacional inglesa este proceso derivó en la unificación de las especialidades física y mental, hasta entonces independientes, plasmada en las primeras directrices de formación internacional de la FMTO (Nabergoi, 2012).

En el marco de la política desarrollista que proponía el Estado de Bienestar y la liberalización de la economía, se contempló la política sanitaria mundial de posguerra que reclamaba la transformación de las instituciones sanitarias (Veronelli y Veronelli Correch, 2004). Para ello se tuvieron en cuenta recomendaciones de la OPS, como descentralizar los servicios hacia provincias y municipios e incrementar la formación de profesionales en el área (Veronelli y Veronelli Correch, 2004; Iriart *et al.*, 1994). En esos años, la creación de carreras humanísticas y de salud en universidades y organismos de gestión y asistencia incorporaba un importante número de mujeres a la educación superior, lo que promovió la profesionalización de prácticas de cuidados, como parte de un

proceso de transformación de la posición de las mujeres en la vida social y política de la época (Carpintero y Vainer, 2004; Bonder, 1994; Buchbinder, 2005).

Entre tanto, el psicoanálisis cobraba importancia en distintos ámbitos de la cultura, proceso que fue gestando el encuentro fundante entre el psicoanálisis y la salud mental. Estaba promovido por psiquiatras “reformistas”, que tenían una visión ampliada de la psiquiatría y sostenían la necesidad de transformar los manicomios y la situación de la asistencia psiquiátrica, incluyendo la participación de distintas disciplinas (Carpintero y Vainer, 2004). Entre ellos cabe destacar a Mauricio Goldenberg y Jorge García Badaracco, quienes integraron la primera Comisión Asesora de Salud Mental y tuvieron un rol central en los devenires de la Terapia Ocupacional en el campo de la salud mental en los años siguientes.

Varios de estos devenires se vieron reflejados en artículos de la revista *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, órgano difusor de las ideas de salud mental en nuestro país en esos años, donde se publicaron diferentes artículos sobre experiencias relacionadas con el uso terapéutico de ocupaciones (Borelli, 1958), así como la necesidad de formar recursos de Terapia Ocupacional como parte del equipo de salud mental (Bermann, 1956; Goldenberg, 1958). En particular, el artículo de Goldenberg señalaba que era necesario jerarquizar la enfermería psiquiátrica, y formar asistentes sociales especializados y terapeutas ocupacionales, para lo cual podría contarse con el apoyo de la OMS. Con respecto a Terapia Ocupacional observaba que “la escasez de personal de este tipo, debidamente especializado, es enorme, y las necesidades del mismo, si se quiere encarar una adecuada asistencia, es de trascendental importancia” (Goldenberg, 1958: 409).

Enrique Carpintero y Alejandro Vainer ubican el año 1957 como el momento de conformación del campo de Salud Mental en Argentina, dado por la confluencia de tres hechos fundantes: la creación del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), que mostró la definición de una política activa del Estado en relación con los problemas de salud mental y una nueva nominación de

los problemas que tradicionalmente pertenecían al dominio de la psiquiatría; la inauguración en la UBA de la carrera de Psicología, como una de las cinco de esta disciplina que se abrieron entre los años 1955 y 1959 en el país; y la apertura del Servicio de Psicopatología en el Hospital Policlínico de Lanús, uno de los primeros de este tipo en un hospital general (Carpintero y Vainer, 2004).

Así, en el breve período que fue entre los primeros cursos completamente destinados a la formación para la rehabilitación física de las secuelas de poliomielitis y la creación de la ENTO tres años más tarde, ocurrieron cambios cualitativos que permiten comprender algunas condiciones de viabilidad y sentido local de la inclusión de un fuerte componente de formación en salud mental de terapeutas ocupacionales en Argentina.

La propuesta del equipo de Dorset House

El equipo inglés, a cargo de Evelyn Mary Macdonald (conocida como Miss Macdonald), diseñó un esquema de formación inspirado en el de la Escuela Dorset House de Oxford, dirigida por ella desde hacía más de dos décadas. Las materias se organizaban en tres áreas, una con contenidos teóricos y actividades generales, y dos que correspondían a los entonces denominados “campo físico” y “campo psiquiátrico o psicológico” (ENTO, 1959a). Las materias teóricas comunes a ambas áreas incluían las referidas a las “funciones mentales y corporales normales” (Anatomía y Fisiología y Psicología); a la “patología y tratamiento de las alteraciones físicas y psicológicas” (Medicina, Cirugía y Psiquiatría) y las llamadas de “condiciones médico-quirúrgicas y neurológicas”, que serían dictadas por profesionales argentinos de cada especialidad. Las materias teóricas específicas de las dos áreas se referían a la Terapia Ocupacional “aplicada a condiciones físicas” y “aplicada a condiciones psiquiátricas”, y en un comienzo estarían a cargo de terapeutas inglesas. Se incluían también “Administración de servicios de Terapia Ocupacional” y “Reempleo social e industrial”, consideradas como temas afines o aliados (ENTO, 1959a).

Las actividades se clasificaban en recreativas y vocacionales, y estarían a cargo de docentes argentinos.¹ Dentro de las recreativas se proponían deportes para lisiados, ejercicios y baile, juegos de salón y entretenimientos y música; las vocacionales incluían dactilografía, taquigrafía, contaduría, enseñanza de idiomas, jardinería, confección y reparación de calzado, construcción de férulas, trabajos en cuero, tapicería, corte y confección, entre otras. También se proponían actividades consideradas pre-vocacionales, que suponían derivaciones aplicables en términos de actividad laboral y “que los pacientes pueden utilizar para ganarse el sustento”, como diseño, caligrafía, impresión de telas, escultura en papel, marionetas, cestería y asientos para sillas, encuadernación, tarjetería, actividades domésticas, tejido, fabricación de redes, confección de nudos, trabajo en cuero, cerámica y modelado y telar, entre otras.

Las prácticas clínicas se realizarían luego de cursadas algunas materias teóricas y prácticas en departamentos o servicios de hospitales o de rehabilitación bajo supervisión y tutoría de un terapeuta ocupacional. Allí se enseñaría a desarrollar un programa total de rehabilitación desde la Terapia Ocupacional, que incluía rehabilitación física, psicológica, social y vocacional (ENTO, 1959a). Las actividades debían estar “económica y culturalmente” relacionadas con el país y se debían conocer actividades de todo tipo, no solamente las manualidades. Asimismo se señalaba la necesidad de reconocer “la importancia del retorno del paciente al empleo o al hogar”.

Las condiciones de ingreso a la carrera eran: tener educación secundaria completa, realizar una entrevista personal, no presentar problemas de salud para desempeñarse como profesional, presentar referencias (al menos una recomendada por un superior en el trabajo, en caso de tener experiencia laboral, o del director de la escuela a la que había asistido); pasar por un período de tres meses de prueba, luego del cual el *staff* evaluaba y decidía en conjunto si ingresa-

1 Debe considerarse que el vocablo inglés vocacional, que se tradujo como “vocacional”, significa también “profesional” y “laboral”.

ba o no. Una vez aceptadas, debían comprometerse a completar y a trabajar en Terapia Ocupacional durante al menos dos años después de terminar la carrera (ENTO, 1959a, 1959b). Se sostenía que las candidatas debían tener la mayor educación general posible y constituía una ventaja la experiencia laboral desde la finalización del nivel medio. Cabe destacar que si bien la idea de incorporar varones a la formación estuvo considerada desde los inicios, inicialmente sólo se aceptaron estudiantes mujeres.

El plan contemplaba tres modalidades de cursada de tiempo completo: tres años para quienes hubieran concluido sus estudios secundarios recientemente; 18 meses para quienes habían asistido a los cursos dictados antes de la creación de la ENTO y se desempeñaban ya laboralmente en el área (grupo “intensivo o de hospital”); y una especial para alumnos no residentes en Buenos Aires, donde funcionaba la ENTO (grupo “del interior”). Estos últimos debían tener formación en áreas afines, como trabajo social, educación o kinesiología, y haber trabajado durante al menos dos años en su profesión. Tendrían una cursada intensiva de un año en la ENTO, un año de prácticas en sus lugares de origen con supervisión a distancia, y tres meses más de clases para finalizar la carrera (ENTO, 1959c).

Este esquema básico de formación se mantuvo durante muchos años y varias de sus características incluso marcan la formación actual de terapeutas ocupacionales. Otras, como el lugar asignado a las actividades, se modificaron sustancialmente. En el presente, en la mayoría de las carreras y en los lineamientos de la FMTO se sostiene la distinción entre formación general, específica disciplinar, y prácticas clínicas y/o profesionales en los campos iniciales (físico y de salud mental), así como otros que han surgido con relativa autonomía, tales como comunitario y laboral.

EL PRIMER PLAN DE ESTUDIOS

Con esta base se conformó el primer plan de estudios de la ENTO. Se lo planteó como parte un plan más amplio para estable-

cer la profesión en el país y formalizar su inserción, que incluía diferentes estrategias de legitimación: crear una asociación profesional, obtener reconocimiento del Estado, solicitar el aval de la FMTO y vincular la carrera a la Universidad.

La cursada se organizó en cuatro etapas y contemplando las tres modalidades propuestas. En la primera etapa se cursaban las materias teóricas de formación general (Anatomía, Fisiología, Psicología, Ciencia del Movimiento y Anatomía Funcional, Medicina y Cirugía, Psiquiatría), una de Terapia Ocupacional y Actividades Prácticas; la segunda era de práctica clínica realizada en los distintos departamentos de Terapia Ocupacional bajo la supervisión de terapistas recibidas; en la tercera se cursaban materias específicas de la disciplina, como Teoría de Terapia Ocupacional aplicada a condiciones físicas y psiquiátricas; y la cuarta era un nuevo período de práctica clínica y actividades.

La propuesta formativa enfatizaba aspectos actitudinales, las terapistas debían tener: “Tacto y madurez de criterio. Iniciativa y creatividad. Un real interés por la humanidad. Sentido del humor. Poder de organización y ejecución. Serio interés en tratamientos médicos. Buena voluntad para dedicar gran parte de su tiempo y energía al trabajo y estudio durante el curso” (ENTO, 1959d).

Es interesante notar que desde el inicio de la carrera se incluyeron aspectos de formación para el trabajo interdisciplinario, y la mención y reconocimiento de todos los actores que participan del proceso de rehabilitación. La formación específica para el área psiquiátrica comenzaba describiendo el equipo de salud mental, sus funciones, y una descripción de los roles de profesionales de psiquiatría, psicología, sociología, enfermería, terapia ocupacional y otros colaboradores. Se abordaban las formas de coordinación y cooperación entre los miembros del equipo, quienes deberían tener una filosofía similar hacia el tratamiento como una totalidad, debiendo esto ser más importante que todo interés individual y profesional para lograr el éxito del tratamiento. También se consideraba la participación de otros actores en el proceso, algo explícito en un cartel referido a la rehabilitación que se encontraba al ingreso de la

Escuela y decía: “todos los que trabajan para el restablecimiento del paciente”, donde además de los profesionales de salud se mencionaban actores de educación (maestra), trabajo (empleador) y de la comunidad (público general).

Si bien el plan de estudios plasmó la propuesta de Dorset House, se realizaron algunas modificaciones sutiles que marcaron el comienzo de otras que se dieron más adelante en un sentido similar: las actividades denominadas “vocacionales” pasaron a llamarse “manualidades”, y fue eliminada la materia “reempleo”, presente en la propuesta original, dando menor énfasis al aspecto laboral.

Materias básicas, docentes y cursadas

Dentro de las materias de formación básica, las correspondientes a salud mental eran Psiquiatría y Psicología. La primera fue dictada inicialmente por Frida Neuman, psiquiatra del Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres (actual Hospital Borda), y luego por Héctor Modarelli, del Hospital Neuropsiquiátrico de Mujeres (actual Hospital Moyano), quien además dirigía desde 1957 la Escuela de Asistentes de Psiquiatría Infantil, conformada en el marco de la CNRL.

La formación en Psiquiatría abordaba la etiopatología de las enfermedades mentales, causas biológicas, funciones psíquicas, signos y síntomas, así como su clasificación y presentación. La salud mental, la familia y el ambiente social tenían una presencia mínima. Según algunas de las entrevistadas: “organicista a rajatabla”, “psiquiatría tradicional, súper clásica, horrible”. Durante muchos años el libro de referencia fue el *Manual de Psiquiatría* de Juan C. Betta, un representante de la psiquiatría tradicional que rechazaba las postulaciones sobre conceptos como el inconsciente, la dinámica, el grupo humano y la relación con el grupo familiar. El libro resumía las intervenciones consideradas clásicas y los tratamientos quirúrgicos, químicos y de contención y aislamiento (Carpintero y Vainer, 2004). Como menciona Susana

García de Ravachini,² cuando el doctor Modarelli se hizo cargo de la cátedra se produjo algún cambio:

En psiquiatría, evidentemente Modarelli era más bien organicista y entonces te daba todo un panorama de cómo eran los cuadros, qué características tenía el paciente, pero al mismo tiempo como él en su actividad como médico psiquiatra hacía psicoterapia, no era que solamente daba medicación sino que, como pasaba con muchos así que estaban movilizados con el psicoanálisis en ese momento, decían, “bueno soy ecléctico” [...] y así se definía Modarelli, “soy ecléctico” [...] hacía psicoterapia, una psicoterapia muy positiva, de apoyo, contención... lo que podían hacer en ese momento los psiquiatras (García de Ravachini).

Si bien Psicología fue dictada en el comienzo por Macdonald, pronto la reemplazó Edmundo Vaamonde, psicólogo del Instituto de Rehabilitación y que había trabajado en la Ciudad Infantil. De acuerdo con las entrevistadas, la materia ofrecía una aproximación a las diversas escuelas psicológicas, brindando un panorama general y dando la idea de que había más de una escuela. Se distinguían las psicologías mecanicista y organicista, se ubicaba la psicología moderna en el campo de las ciencias y en relación con la biología y la sociología, y se presentaban los campos clínico, educacional, ocupacional y social de la disciplina.

Hasta la reforma del plan de estudios de 1967 se incluyó en el currículo la materia “Psicología vocacional y del trabajo” donde se planteaban aspectos de personalidad, aptitudes e intereses, tests vocacionales y prevocacionales, estudio de las profesiones, análisis del trabajo y el rol del terapeuta ocupacional.

2 Estudiante ENTO 1960-1963. Primera docente argentina a cargo de materias teóricas y práctica clínica en salud mental, vicedirectora ENTO desde 1968.

Materias de Terapia Ocupacional en salud mental

Anne Rickett y Gillian Hartley fueron las responsables durante los primeros años de la enseñanza de contenidos correspondientes a Terapia Ocupacional en salud mental. Si bien eran muy jóvenes al llegar a Argentina, habían tenido experiencia profesional en su país en dispositivos asistenciales novedosos para ese entonces, tales como hospitales de día, clubes sociales para pacientes ambulatorios, dispositivos de salud mental en geriatría, y además habían participado en grupos de estudio de orientación psicodinámica y de experiencias con los primeros psicofármacos.

En ese sentido, a pesar de la orientación biologicista de la materia Psiquiatría, las clases de Terapia Ocupacional “aplicada a condiciones psiquiátricas” diferían de esa concepción clásica. Como material de estudio se utilizaban apuntes de clase de las docentes inglesas traducidos al castellano que en su mayoría obviaban las referencias bibliográficas, por lo que pocas veces las alumnas podían acceder a las fuentes. Así lo recuerda Marta Suter:³

Dentro de lo que era el estudio muchas veces no había suficientes recursos bibliográficos [...] había mucha fotocopia que no era fotocopia como ahora, sino que se hacía con mimeógrafo, el estencil, que eso también hacíamos a máquina para después pasar. [Eran] apuntes de las clases o traducciones, algunas veces te daban ellas y otras veces eran traducciones que sacaban de los únicos dos libros que había, de Macdonald y de Spackman, o sea los recursos eran muy pocos (Suter).

El análisis de los apuntes de las clases de Macdonald de Terapia Ocupacional, permite observar que eran la base de su reconocido libro *Occupational Therapy in Rehabilitation. A hand-*

3 Estudiante ENTO 1959-1961. Primera promoción de egresadas, grupo del interior. Participó en la creación de distintas carreras de Terapia Ocupacional en el país.

book for Occupational Therapists, Students and others interested in this aspect of treatment, (Terapia Ocupacional en Rehabilitación. Un manual para terapeutas ocupacionales, estudiantes y otros interesados en este aspecto del tratamiento) cuya primera edición, contemporánea a grandes transformaciones en el campo, fue publicada en 1960, y que hasta al menos la década de 1980 fue uno de los principales textos de referencia en la ENTO. En él se sostenía la idea de que la Terapia Ocupacional era una profesión y que requería una formación especializada, dado que se trataba de un servicio de tratamiento “médico suplementario” y no de una mera función de sostén ni únicamente “paliativa”, “con una dinámica propia en la contribución a la re-educación para vivir con o a través de una discapacidad”. Las actividades eran comprendidas como el “medio de tratamiento” y en este sentido se afirmaba que se podía utilizar cualquier actividad, lo importante era el objetivo de su uso.

El razonamiento profesional se guiaba por la clasificación diagnóstica, proponía la selección y graduación de ocupaciones de distintos tipos útiles para el tratamiento de pacientes con condiciones psicopatológicas. Si bien se aclaraba que los síntomas debían considerarse en conjunto para el diagnóstico diferencial y que era importante tener en cuenta a los pacientes “tanto como personas como en términos de sus diagnósticos” (Macdonald, 1960: 124), estos últimos estructuraban los contenidos, las indicaciones del tipo de actividades y los objetivos de tratamiento.

El tratamiento se orientaba fuertemente a la normalización de la organización del día, a los hábitos personales, sociales y laborales, además de tener una función preventiva. En el campo psicológico-psiquiátrico se identificaban dos grandes objetivos de la profesión. Uno, centralmente terapéutico, consistía en “llevar al paciente tanto como sea posible a la condición previa a la enfermedad” (Hartley, s/f), por lo que la elección de la actividad debía estar relacionada con la enfermedad y el proceso de tratamiento. El otro era aplicable a los casos en que la condición premórbida no podía ser alterada apreciablemente pero sí acrecentarse la utilidad de la persona, en este

caso la actividad no era sólo elegida por su valor reconstructivo sino también por el económico.⁴ Se aclaraba que sólo el primer objetivo constituía una terapia en sentido estricto y era definido como “el uso de la Terapia Ocupacional centrada en el tratamiento”, mientras que el segundo se denominaba “uso de la Terapia Ocupacional centrada en el producto” (Hartley, s/f). Otros objetivos comunes a todos los pacientes eran la distracción de la preocupación pre-mórbida o su persistencia, el desvío de los impulsos, la prevención de discapacidad intelectual y psicológica, el mantenimiento de hábitos normales personales, sociales y laborales y la promoción de aspectos que previenen futuras recaídas (Macdonald, 1972).

Para cada diagnóstico se detallaban objetivos de tratamiento, relación terapeuta paciente, relaciones sociales, actividades y contraindicaciones. Se explicitaban claramente aspectos comportamentales del profesional, por ejemplo: “sea amistoso pero firme”, “minimice gradualmente la importancia de los síntomas físicos”, “ayude al paciente a combatir las dificultades a través de aumentar su habilidad y confianza”. A ello se sumaban indicaciones sobre el tipo de oportunidades que se debían ofrecer, como: “actividades que den oportunidad de revivir habilidades vocacionales y de la vida diaria previas al alta, por ejemplo cocina, ir de compras, tipeado, etc.”; “actividades que den oportunidad de aumentar la auto-conciencia y tener interés en la apariencia y los hábitos, por ejemplo: peinado, manicuría, afeitado, limpieza de zapatos, etc.” (Macdonald, 1972: 138).

Con respecto al ambiente que debía primar en el espacio de Terapia Ocupacional se especificaba que “debe haber un clima emocional de libertad de pensamiento y movimiento dentro del departamento y no una atmósfera autoritaria que por sí sola crea tensión, hostilidad, al prohibir la iniciativa y el pensamiento crea-

4 En la perspectiva inglesa esto entraña una forma particular de concepción de ciudadanía, ligada a la participación en la vida económica: “todos [los tratamientos] se orientan a un fin: que el paciente vuelva a llevar una vida normal e independiente” y “el tratamiento de un paciente no estará completo hasta que este haya vuelto a pagar impuesto a las ganancias” (Macdonald, 1960: xi).

dor” (Hartley, s/f). Por ello era importante observar las elecciones espontáneas de los pacientes y atender a los motivos posibles, así como registrar sus comportamientos tanto hacia la terapeuta como hacia el grupo y la actividad.

A través de los apuntes y del libro de Macdonald es posible conocer las influencias en las que abrevaba la formación de Dorset House: el texto original de Williard y Spackman, de 1954, en salud mental el trabajo de Fidler y Fidler (Introduction to Psychiatric Occupational Therapy, de 1954), y un artículo traducido de Azima y Azima que desarrollaba los fundamentos de Terapia Ocupacional en la teoría de las relaciones objetales. También en el libro se referenciaba la muy recientemente aprobada Ley de Salud Mental (Mental Health Bill) inglesa como contexto que abría nuevas posibilidades para las prácticas de Terapia Ocupacional que se sumaban a las tradicionales o las modificaban. Eran textos actualizados para la época pero al excluir las referencias bibliográficas en los apuntes de clases, omitían el sentido del contexto histórico, teórico y político sanitario, que justifica la elección y la organización del material.

En este sentido, se observa que las referencias explícitas en el libro de Macdonald no dan cuenta exhaustivamente de las afirmaciones que se realizan y su consistencia interna aparece dada por la fuerte orientación práctica, en la que se integran conocimientos psiquiátricos y psicológicos de diversas corrientes junto a una riqueza de saberes originados en la experiencia cotidiana con pacientes con padecimientos mentales. Así, lo que luego será mencionado por las entrevistadas como una “receta”, parece responder más a cómo opera en lo cotidiano la relación con los pacientes y las actividades que cada paciente puede o no realizar en ciertos contextos asistenciales que a un principio teórico prescriptivo.

En las entrevistas, algunas alumnas sostienen que era difícil reconocer la orientación teórica de las clases, otras reconocen en el equipo inglés una orientación psicoanalítica, no organicista, mientras que otras encuentran en la psiquiatría social las principales influencias. “Cuando nosotros estuvimos, teníamos una diso-

ciación entre lo que se enseñaba del punto de vista de la psiquiatría, que seguían con esta historia del psicoanálisis, y las inglesas, que ya estaban en la psiquiatría social”, recuerda Marta Suter. Entre quienes reconocen la influencia del psicoanálisis, señalan que se trataba de una forma muy estructurada de concebirlo, sin considerar la particularidad de cada caso. La metáfora de la “receta” (determinada actividad para determinado diagnóstico) aparece en los relatos y permanece en el imaginario de la profesión como el modelo inicial. Dos entrevistadas, que estudiaron años más tarde y se desempeñaron en el campo de salud mental, mencionan:

Vos fijate que las inglesas, que son bastante estructuradas, los apuntes están influenciados totalmente por el psicoanálisis. Lo que pasa es que no lo entendían sino como cosa rígida, para todos era igual. [...] Los apuntes [de las inglesas] tenían todo un vocabulario psicoanalítico y una cosa muy directriz, muy de decirte todo lo que tenés que hacer. [...] Cada actividad tenía un significado en relación al paciente, a la patología (Papiermeister).⁵

Realmente yo creo que fue buena la formación en muchas áreas [...]. Estaban la base de las teorías que necesitabas y vos podías investigar o podías buscar... aunque no estaba estimulada la investigación en ese momento. Era más bien... te daban ciertas recetas para hacer determinadas cosas, determinados tratamientos para determinadas casos o enfermedades, [...] después teníamos buenos profesores de las materias teóricas... se juntaban esos conocimientos y te daba otra posibilidad, ¿no? (Rodrigo).⁶

5 Ana María Papiermeister: estudiante ENTO 1965-1968. Docente de la ENTO en materias de salud mental desde 1972. Trabajó en la clínica de García Badaracco y desde 1974 en el Hospital Infantojuvenil Tobar García.

6 Mónica Rodrigo: estudiante ENTO 1962-1965. Trabajó en el Hospital Borda 1967-1971 y en el Hospital Roballos 1973-1977

De esta manera, confluían en la cursada aspectos de diferentes modos de comprensión de los fenómenos propios del periodo anterior, así como de las nuevas corrientes y formas de abordaje, lo que sumado a la falta explícita de referencias permiten diferentes interpretaciones, lecturas y formas de reapropiar lo aprendido.

Prácticas clínicas en salud mental

Tal como se sostiene hasta la actualidad como requisito para que la formación sea reconocida por la FMTO, se debían cumplir 1.000 horas de práctica clínica. Estas se realizaban desde el segundo semestre del segundo año en espacios asistenciales bajo supervisión y tutoría de una terapeuta ocupacional. Las estudiantes tenían a cargo el tratamiento de pacientes, con supervisión, y se les enseñaba a desarrollar un programa de rehabilitación desde la Terapia Ocupacional. Se esperaba que a las estudiantes se les informara datos de orden médico como la fecha de inicio de la enfermedad o discapacidad, el diagnóstico, el pronóstico y las precauciones. Las alumnas debían aprender cómo manejarse con los pacientes en términos de modales, de ética, etc. También se requería evaluar las características físicas del ambiente y su efecto en los pacientes, aspectos de confort básicos y posturales, el uso de ritmo y la relajación. Debían observar distintas situaciones de tratamiento y aprender sobre organización y gestión de servicios.

Fundamentado en el análisis de las dimensiones psicológicas y físicas implicadas en el desempeño del paciente, las estudiantes debían poder sugerir actividades adecuadas según sus características (materiales, adaptabilidad, etc.) y sus condicionantes en la institución (ruido, costo, etc.), justificar su elección y mencionar contraindicaciones. También indicar formas de graduación y adaptación de las actividades según diferentes signos, síntomas y grados de afectación de los pacientes, resolver situaciones problemáticas e indicar formas de cooperación de la Terapia Ocupacional con otros métodos de tratamiento, tales como los físicos típicos de la época, y el uso de psicofármacos, que ganaban difusión como tratamiento en esa década.

Con base en la realidad del campo de salud mental inglés de los años cincuenta, se esperaba que además de trabajar con pacientes psicóticos pudieran abordar también pacientes neuróticos, asistir a la clínica de orientación de niños, ateneos clínicos, reuniones de comités de recreación o club social y un concierto o baile de pacientes; tener charlas con un trabajador social y con un psicólogo y realizar una visita a la colonia de personas con discapacidad intelectual. También se mencionaba la posibilidad de observación de prácticas de la psiquiatría tradicional como terapia electroconvulsiva, shock insulínico y lobotomía pre-frontal (ENTO, 1959b).

El énfasis que la formación daba a la práctica clínica se expresaba en la asignación de una tercera parte de la carga horaria del plan de estudios a estas materias. Ello entrañaba una concepción particular claramente orientada a la práctica. A su vez, la práctica profesional se presentaba como una actividad donde se integraban conocimientos científicos –en su mayoría biomédicos y psicosociales– y empíricos más que como un espacio de producción de conocimientos nuevos.

MARCAS DE LA PRIMERA ETAPA

Muchas de las particularidades de la formación de Dorset House se “personifican” en Macdonald. Estas incluyen la exigencia científica, el rigor, el énfasis en aspectos actitudinales, de presencia, de ética y de disciplina, a la vez que una actitud asertiva pero poco orientada al diálogo y la reflexión. Macdonald fue reconocida en el mundo por estas características, dice Gillian Hartley.

Macdonald era así, nada de ceder en nada, ¡nos tenía marcando el paso! [...] ¡Así era! No, no, nos supervisaba a nosotros en Dorset House [...] Y siempre, desde el primer día usábamos uniforme, y capa de enfermera, y todo lo demás, y tus zapatos limpios por favor, nada de aflojar. Y desde el primer día la ética, la disciplina [...] ¡Era estrictísima! [...] ¡Dorset House andaba de maravillas con ella! No cuestionabas las cosas, seguías adelante (Hartley).

No obstante, la formación brindada por Dorset House difería de la de otras escuelas inglesas, en especial de la de Londres, de donde provenía la primera directora de la carrera, Barbara Allan. También se formó allí Annikken Whitmore,⁷ que en la entrevista desarrolló estas diferencias como modo de explicar las características particulares con las que se inició la carrera en nuestro país. Según ella, ambas escuelas tenían estilos muy diferentes. Era distinto el perfil de ingresantes, en Londres provenían de estatus sociales variados, mientras que en Dorset, al estar posicionada como la mejor escuela de Terapia Ocupacional de Inglaterra y ser costosa, se recibía estudiantes de mejor posición social y económica. Allí la mayoría ingresaba con 18 años y los cursos eran de pocos alumnos, mientras que en Londres podían comenzar con 40 o 50 años y el grupo de cursada podía llegar a 70 estudiantes.

Sí compartían pruebas psicológicas para el ingreso y el formato de prácticas clínicas, entre otros aspectos. Sin embargo, la Escuela de Londres enfatizaba más aspectos afectivo-relacionales y de experiencia previa con personas y grupos. Se valoraba tener la capacidad de “estar contenta con estar al lado del paciente” y “tener habilidad práctica de la vida, manejar la situación cotidiana”, dice Whitmore. En Dorset, por el contrario, se daba prioridad a la capacidad intelectual necesaria para el desarrollo científico de la profesión y su jerarquización y reconocimiento en el contexto de una ciudad universitaria, y se enfatizaba en la formación aspectos actitudinales y de fuerte disciplina.

El mandato

Del análisis de los dichos de las primeras egresadas surge una característica particular de la formación inicial que ha ejercido una función operante a lo largo del desarrollo de la profesión en el país y tiene resonancias en la actualidad. Consiste en una inscripción simbólica imperativa, a modo de mandato, que fue

⁷ Docente de la ENTO 1965-1966.

promovida por las primeras docentes y encarnada tanto por ellas como por las primeras generaciones de egresadas, encargadas de continuar la formación. Se refleja en la frase de Victoria Toscano:⁸ “Teníamos como un mandato divino: demostrar y difundir qué era Terapia Ocupacional, crear nuevos servicios, mantener y fortalecer los existentes, algo así como el ‘creced y multiplicaos’. No se escatimaron esfuerzos personales” (citada en Monzón y Risiga, 2004a: 18).

Se atribuye a Macdonald la promoción de este mandato, y a su personalidad el logro de su eficacia. La posibilidad de que se cumpliera el plan propuesto dependía de que las alumnas argentinas se apropiaran de él en un tiempo por demás limitado para lograrlo. El contrato de trabajo establecía que ella estaría sólo seis meses en Argentina y el resto del equipo inglés permanecería hasta que se recibieran las primeras promociones y las nuevas terapistas estuvieran capacitadas para tomar a su cargo la carrera y el desarrollo de la profesión. “Miss Macdonald nos hacía sentir una enorme responsabilidad, que la Escuela fuera aceptada por la Federación Mundial”, dice Carmen Forn,⁹ y Gillian Hartley agrega:

Macdonald hacía lo que ella haría en su país, a su manera, y en sus tiempos. Y el que se ponía en su camino... Tengo historias de ahí, yendo a la Comisión Nacional... ¡nunca pactaba! Y ella estando ahí hizo este plan de cinco años. No requería nada más que lo que tuviesen en los depósitos, eso fue lo que ella pidió [...]. En esos cinco años debían recibirse las terapistas argentinas y tener reconocimiento mundial para poder trabajar donde quisiesen. Ese era el objetivo, ¡y realmente lo logró! ¿No es cierto? ¡Y no iba a aceptar

⁸ Estudiante ENTO 1959-1962. Trabajó en el INRL y en el Centro de Rehabilitación Respiratoria “María Ferrer”, coordinadora de prácticas clínicas de la ENTO 1971-1973

⁹ Estudiante de cursos dictados por Elizabeth Hollings, 1956. Primera promoción de egresadas ENTO, grupo intensivo. Jefa del servicio de Terapia Ocupacional del INRL (1956-1967). Presidenta fundadora de la AATO en 1962

menos! Una personalidad que convertía en el acto lo que ella quería, y que lo iba a tener (Hartley).

Resolver el problema de las secuelas de la polio y, además, desarrollar la práctica en salud mental para sostener la formación tuvo un costo. “Estuvimos trabajando mucho, más o menos 18 horas por día. Estuvimos trabajando como locas, yo tenía que ir al Vieytes, como se llamaba el Hospital Borda antiguamente, luego preparar las clases, aprender castellano”, dice Anne Rickett. Y Marta Suter recuerda: “nosotras, las del interior, tuvimos que volver a nuestras ciudades, hacer una práctica, eso fue re... re duro, porque teníamos que ir a los lugares, armar un servicio de terapia ocupacional y trabajar solitas”. Era necesaria la dedicación de tiempo completo, tanto al estudio como al trabajo y al desarrollo de la profesión. El mandato, y la exigencia que implicaba, trajo aparejado un desfase, una falta de mensura entre los recursos con los que se contaba (tanto materiales como de formación, tiempo, experiencia, etc.) respecto de lo que se esperaba como resultado.

Este mandato inicial cobró sentido y se fortaleció con la misión social asignada a la profesión en la respuesta social e institucional a la epidemia de poliomielitis dentro de la cual fue creada la carrera. Daniela Testa destaca la importante función que la organización voluntaria de asistencia social ALPI tuvo, desde su conformación en 1943 por un grupo de mujeres de sectores altos y medios, en la organización de la asistencia a las epidemias de la década de 1950. También señala que en este proceso “médicos y filántropas constituyeron una alianza médico-social y desarrollaron el interés fundamental de practicar una modalidad de tratamiento –en un contexto donde todo estaba por hacerse– sostenidos en un andamiaje que amalgamaba ideas cristianas con innovaciones de la medicina y la rehabilitación” (Testa, 2012a: 299). Este contexto permite comprender cómo “las ideas sobre los posibles beneficios del trabajo terapéutico, las manualidades y la laborterapia, presentes en las concepciones de rehabilitación de la época, combinaban de manera más o menos difusa valoraciones cristianas y humanísticas con aspectos médico-científicos” (Testa, 2012b: 80).

En este marco, la situación de emergencia y la gran cantidad de necesidades desatadas por la epidemia suelen ser referidas por las entrevistadas para explicar el clima de compromiso y de trabajo mancomunado que se vivía en las dependencias de la CNRL, que se recuerda como especialmente colaborativo y solidario en todo el personal y en el que participaban los más reconocidos profesionales del área. “La necesidad de ayudar en tan tremenda emergencia, todas las manos eran insuficientes, y no recuerdo que hubiera un horario estipulado, pasábamos muchas horas; no era mérito, se necesitaba”, dice Helvia Llambí,¹⁰ (citada en AATO, 2012: 62). Por su parte, Victoria Toscano recuerda:

El equipo que había al comienzo, era de lo mejor en todos los órdenes ¿no? Estaban los mejores ortopedistas, los mejores psiquiatras [...] se juntó gente que a lo mejor estaba en otras áreas, pero todos, no importaba de dónde venían, todos aportaban a un bien común. Era tanta la urgencia por dar respuesta a tantos problemas, a tantas necesidades y hacer tantas cosas, que el grupo de gente era muy, muy solidario. El paciente era tuyo, pero también era del otro, en el sentido de que todo el mundo apuntaba a un fin común ¿no? Entonces el clima era muy, muy distinto, un clima de decir “te doy una mano” o “¿te puedo ayudar?” [...]. Con todo el personal, no importaba la función o el cargo. Fue como una cosa de un compromiso que es muy difícil de ver hoy en día... cada uno está en lo suyo y nada más... Además había una actitud de los médicos de compartir el saber. Como alumna iba a las reuniones de evaluación, a las juntas que se hacían de los pacientes y ahí los médicos explicaban qué era lo que hacían o para qué (Toscano).

10 Estudiante de cursos dictados por Elizabeth Hollings, 1956. Primera promoción de egresadas ENTO, grupo intensivo. Terapeuta ocupacional en el INRL desde sus inicios.

Mujeres, educación y cuidados

Los inicios de la profesión de Terapia Ocupacional en nuestro país también formó parte de un cambio en el rol social de cuidados de niños, enfermos e inválidos atribuido a las mujeres, intensificados y reeditados en la respuesta social a las secuelas de la poliomielitis. Junto a esta reedición otros aspectos implicaban el ejercicio de una vida ciudadana más activa y emancipada: el trabajo fuera del hogar, el tener un título profesional y un oficio que permitiera tener cierta independencia económica y, en algunos casos, el estar a cargo de un espacio asistencial, la organización en asociaciones profesionales, la posibilidad de viajar y formarse en otros países a través de becas y del reconocimiento de la FMTO. Perfiles que no eran frecuentes en la época, en la que todavía pocas mujeres accedían a la educación superior y al trabajo remunerado y autónomo, aun en las clases acomodadas, y colocó a las primeras profesionales en una posición de “bisagra”, reeditando a la vez que tensionando los mandatos tradicionales de género.

Una de estas tensiones fue la dificultad de compatibilizar el desempeño laboral profesional con la vida familiar que implicaba el matrimonio, donde en la distribución de roles de género la mayoría de las tareas del hogar quedaban a cargo de las mujeres. A esto la fundadora de la escuela Dorset House, Elizabeth Casson, lo había denominado como la “tragedia del matrimonio”, que suponía que un importante número de graduadas no podrían ejercer su profesión luego de casarse. De ahí la recomendación de crear una escuela en el medio local, para formar un número suficiente de terapistas que permitiera cubrir las necesidades de cada lugar aun si varias de ellas abandonaban el ejercicio de la profesión una vez que formaran su familia. Al respecto, en su conferencia al regresar a Inglaterra, Macdonald mencionó que en Argentina la disponibilidad de servicio doméstico contribuía más que en su país con la posibilidad de que las terapistas pudieran “continuar ejerciendo algunas horas aun si se casaban” (Macdonald, 1961: s/n), lo que daba cuenta también de la posición social de quienes entonces ingresaban a los estudios superiores.

En salud mental la consigna era sobrevivir

Explicar lo que era Terapia Ocupacional y demostrar lo que se podía hacer eran tareas dirigidas a legitimar la profesión como especialidad válida del campo de la salud. En el área de salud mental, la misión social no era tan clara ni movilizaba los mismos sentimientos ni recursos que en el campo físico en el marco de la epidemia de polio. Además de lograr el reconocimiento profesional, había que generar espacios para sostener la formación como requisito previo de la inserción profesional en el campo, y mantener esas condiciones. Se trataba no sólo de “crecer y multiplicarse” sino de la “supervivencia” de la disciplina, de sostener los espacios de práctica en salud mental para que la carrera (y con ello la profesión en el país) pudiera continuar. El argumento para sostener esto fue la necesidad de cumplir con los estándares que exigía la FMTO para el reconocimiento del título. Esto se refleja tanto en los dichos de las primeras docentes del área psiquiátrica como en el de las primeras alumnas:

El criterio era que tenía que estar en los dos campos, porque como Macdonald estaba empeñada en eso y quería reconocimiento de la Federación Mundial tenía que ser en los dos campos, por eso vino Rickett [...] para que pudiéramos hacer la práctica supervisada. El criterio estaba bien, ya que iban a crear una institución, en lugar de estar haciendo cursos... hacer... una cosa formal y tratar de cumplir con todos los requisitos desde el vamos (Fortain).¹¹

No éramos un grupo organizado en aquel tiempo, porque era como una sobre... tratando de existir, ¿no? [...] ¡Había que hacerlo! [...] Era esencial para seguir con el plan de cinco años, que las alumnas siguieran

11 Marta Fortain: estudiante ENTO 1959-1961. Primera promoción de egresadas, grupo intensivo. Primera directora argentina de la ENTO y docente de diversas asignaturas desde 1964.

sus prácticas en psiquiatría, no había vuelta que darle, si no, ¡se caía todo el proyecto! (Hartley).

De esta manera el contexto de la polio, la exigencia de la formación oxoniana, de Oxford, y el deslizamiento del mandato hacia la necesidad de supervivencia de la profesión en el campo de la salud mental como una gesta, se articulan en los discursos y los sentidos que los sostienen, y dan una impronta singular a la formación y prácticas profesionales iniciales de las primeras terapistas ocupacionales argentinas.

COMIENZOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN SALUD MENTAL (1959-1966)

Los primeros espacios asistenciales de Terapia Ocupacional en salud mental tuvieron como objetivo ser lugares de práctica clínica de las alumnas de la ENTO.

Los cargos, por lo tanto, dependían de la ENTO, primero a través de los contratos del equipo inglés y, una vez terminados estos, directamente de la CNRL, de donde dependía la ENTO. Y dado que se trataba de una iniciativa estatal, el compromiso era que las prácticas se realizaran en instituciones públicas, a pesar de que se presentaron oportunidades en algunas instituciones privadas donde había nuevas modalidades de tratamiento y una mayor diversidad de tipos de pacientes que se ajustaban mejor a los planes de formación, ya que ofrecían experiencias no solo con pacientes psicóticos crónicos, como los que predominaban en los grandes hospitales psiquiátricos, sino también con pacientes agudos, neuróticos y niños (Macdonald, 1961; ENTO, 1959a).

La planificación para la apertura del primer espacio comenzó con la llegada de las inglesas y antes de dar comienzo a los primeros cursos. Se realizaron reuniones con psiquiatras y psicoanalistas influyentes en esa época en el campo de la salud mental, y comprometidos con la transformación de la asistencia. Entre ellos se encontraban el ya mencionado Jorge García Badaracco, así como Raúl Usandivaras, Heinrich Racker y Juan Obarrio. Asimismo, se realizó una entrevista con el entonces ministro de Asistencia Social y Salud Pública, Héctor V. Noblía, que fue determinante para permitir el acceso a “un campo adecuado en el área mental [...] en el Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres” (Macdonald, 1961).

En mayo de 1959, apenas a un mes de la llegada del equipo inglés, se realizó la primera visita a este Hospital, conocido entonces como “Vieytes” por la calle donde se ubicaba. Luego de esto Macdonald presentó un documento en el que se señalaba la necesidad de que Argentina contara con un servicio dinámico de

Terapia Ocupacional y de lograr reconocimiento por parte de la FMTO y de la OMS.

Se logró que la CNRL facilitara las gestiones para la apertura de los espacios de práctica clínica, sostuviera los cargos docentes necesarios para el desarrollo de las prácticas y el equipamiento del servicio y materiales necesarios. Aunque en Inglaterra las terapistas estaban a cargo del servicio, y tenían autonomía en las decisiones profesionales, acá no se consideró esto posible y la terapeuta a cargo del espacio quedaría bajo supervisión de un médico psiquiatra.

EL PRIMER ESPACIO EN EL BORDA

El lugar elegido para iniciar la práctica profesional fue el Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres, hoy Hospital José T. Borda. Físicamente, el espacio consistía en dos ambientes muy amplios y conectados entre sí, uno estaba en el primer piso y era “una sala enorme y vacía” que se utilizaba exclusivamente para actividades recreativas de los pacientes del doctor García Badaracco –quien además tenía a cargo la residencia de becarios en ese hospital– y otro en la planta baja, que era un taller muy grande conocido como “el Servicio de Rehabilitación” donde se hacía la “laborterapia histórica” del hospital. Trabajaban allí voluntarias, algunas de las cuales recibían paga, denominadas por algunos como “auxiliares de laborterapia”.

Ambos espacios fueron reacondicionados para adecuarlos a las necesidades de la formación y entre diciembre de 1959 y enero de 1960 comenzaron las prácticas. Las docentes a cargo fueron las mismas que dictaban las materias específicas de Terapia Ocupacional en salud mental: Anne Rickett el primer año y luego Gillian Hartley.

En el comienzo, la mayoría de los pacientes que asistían a Terapia Ocupacional eran “crónicos” y provenían del servicio a cargo de García Badaracco, pero también llegaban de otros servicios algunos que eran considerados “sin esperanza” o “difíciles”,

o eran enviados al espacio para que no molestaran donde residían; por ejemplo, los pacientes a cargo de un psiquiatra “que daba electrochoque todas las mañanas a todos los pacientes y siempre quería sacarlos de la sala, entonces me los mandaba a mí” (Rickett).

El trabajo tanto docente como clínico era muy intenso. En los primeros meses, durante la semana la docente se quedaba incluso a dormir en la institución, en un cuarto de la casa de residentes. Pronto algunas alumnas avanzadas, como María Justa Segura y Lila Peña,¹² comenzaron a colaborar como ayudantes docentes; se ocupaban de buscar a los pacientes a la sala e informar en sus historias clínicas.

A diferencia de la dinámica de la mayor parte de los profesionales del hospital, las terapistas estaban durante la mañana y la tarde en la institución. Por la mañana se realizaban talleres, a cargo cada uno de una alumna, con pacientes asignados que asistían en forma regular; y por la tarde se realizaban centralmente actividades de recreación con pacientes que se quedaban de la mañana y otros que se sumaban por la tarde en forma abierta y no predeterminada.

A la mañana generalmente teníamos una mesa de carpintería, había una mujer que hacía unas redes [...] grupos para pintar también [...], en la tarde normalmente era con música, ¿no? Con música local, con baile y cosas así [...]. Muchos pacientes que no estaban tan mal venían y querían estar allá trabajando y haciendo cosas... la música especialmente trajo mucha gente (Rickett).

A la tarde hacíamos nada más que recreación [...] en un salón inmenso, donde entraba y salía el que se le

12 Sobre ellas ver también “Transición del modelo inglés hacia una Terapia Ocupacional con identidad local” (Nabergoi, 2019).

cantaba, de algunos sabíamos cómo se llamaban, de otros no teníamos ni la más menor idea de quiénes eran. Todo el tiempo, ¡pero llegamos a ver 100 pacientes! Todos juntos ahí, en ese mismo salón, y otros que se iban y otros que entraban (Fortain).

[Con los pacientes] nosotras, las chicas de verde, bailábamos y cantábamos folklore, jugábamos juegos alegres e inverosímiles o compartíamos la rueda del mate cocido (Fortain, citada en Monzón y Risiga, 2003).

También había actividades opcionales que podían contabilizarse como horas de práctica, por ejemplo, algunas asistían junto con María Justa Segura a los grupos abiertos de psicodrama a cargo de los doctores Morgan y Gálvez que se realizaban en el servicio a su cargo en calidad de observadoras y participaban también de algunas reuniones de equipo (Toscano).

Se realizaban también otras actividades, como la venta de productos elaborados por los pacientes, la organización de un club social, una revista, la colocación laboral de algunos pacientes ambulatorios y el seguimiento post alta (Macdonald, 1961).

Las posibilidades de trabajo en equipo eran muy limitadas. La jornada era compartida con voluntarias y una enfermera asignada al espacio. La médica psiquiatra que estaba a cargo del lugar asistía de forma esporádica y la articulación con los médicos a cargo de las salas era mínima (Macdonald, 1961). A ello se sumaba que las relaciones con algunos de estos actores eran conflictivas por diferentes razones. Las características personales y la modalidad de trabajo de la jefa del servicio chocaban con la propuesta de las docentes, por lo que la relación era tensa. Y

también era compleja con las voluntarias, ya que estas debieron resignar autonomía al quedar bajo la conducción de extranjeras que llegaban con la indicación de reorganizar las tareas con legitimación de las autoridades.

Por otra parte, la idea de jerarquizar a Terapia Ocupacional como profesión implicaba distinguirse de estas trabajadoras. Macdonald fue tajante en este sentido y ya en la planificación inicial determinó que las voluntarias podrían participar de algunas actividades pero: “no deben tener la expectativa de que se les permita asistir a ninguna enseñanza específica que sea únicamente para los estudiantes de Terapia Ocupacional, entonces habría una confusión en la dirección de su enseñanza” (ENTO, 1959a), lo que dificultaba la construcción de una relación de continuidad y valoración de las prácticas previas.

Una de las acciones que se destacan en este primer período fue la idea de organizar un hospital de día para pacientes ambulatorios, con el fin de crear otras oportunidades de formación. La organización de actividades más productivas por la mañana y de recreación por la tarde se ajustaba a esta modalidad, en la que se habían desempeñado las docentes en su país. Rickett recuerda que, si bien no pudo conformarse totalmente como tal,

[...] hasta cierto punto llegamos, porque me mandaban... debe haber sido García Badaracco, o no recuerdo quien, me mandaron dos o tres pacientes que vivían afuera, pero que tenían que venir a estar conmigo durante el día, y después volver a casa (Rickett).

Una situación relacionada con esta experiencia llevó a un conflicto institucional. Según el relato, la jefa del servicio dejó en el espacio de Terapia Ocupacional a un paciente particular para que se integrara al hospital de día, y fue recibido por las terapistas. Pero estas no tenían conocimiento de que le habían entregado la medicación para el siguiente mes. Y el joven se la tomó toda junta. Ante la crisis, la docente a cargo en ese momento solicitó

ayuda a los médicos de guardia, quienes refirieron que no podían atenderlo porque no era paciente del hospital. Finalmente pudo trasladarlo en su transporte al Hospital Rawson, donde el joven quedó internado. Superada la crisis, la docente manifestó su descontento por el desarrollo de la situación:

Dije que era imposible trabajar en esas circunstancias, además que el ejemplo para los alumnos era pésimo. Bueno, ¡y ahí casi me quisieron echar de Argentina! El director... Yo osé decir que nunca había visto el director del hospital por los pisos, y eso fue lo último... cuando uno no habla mucho el idioma por ahí dice lo básico. ¡Y era cierto! No lo había visto, porque caramba, nunca apareció. Nada más que eso. Y dijo “Bueno, nosotros vamos a hablar con el embajador de Inglaterra y la vamos a echar del país” [y ella respondió] “Bueno, perfecto, pero el embajador está muy preocupado por la situación en la cual yo estoy trabajando, sabe perfectamente la situación en la que estoy” (Hartley).

La situación dejó en evidencia las tensiones que generaban las nuevas prácticas asistenciales en esas instituciones, las condiciones en las que se desarrollaban y las fricciones, estrategias y reacomodamientos de las relaciones de poder y de construcción autonomía relativa en el campo. Inauguró asimismo una larga serie de dificultades al desarrollo de iniciativas relacionadas con la transformación de la asistencia psiquiátrica tradicional en las que participó la profesión.

Finalmente la docente continuó su contrato, pero el conflicto fue el detonante para que el espacio de inserción profesional de Terapia Ocupacional en salud mental fuera trasladado a un nuevo lugar.

HOSPITAL MOYANO

Un sótano húmedo y vacío, de tres habitaciones con ventanas que daban al pabellón donde estaban “las catatónicas”. Así se recuerda al lugar físico destinado a Terapia Ocupacional del nuevo espacio, en el pabellón Santa Rosa del Hospital Neuropsiquiátrico de Mujeres, hoy Hospital Moyano. El psiquiatra a cargo era el doctor Modarelli, quien había ayudado a gestionar el nuevo espacio de práctica.

Como el anterior, se equipó con aportes de la CNRL, donaciones, dinero de las docentes, aportes de las alumnas y de las pacientes. En los primeros tiempos parte de la tarea de las alumnas consistía en pedir donaciones de elementos necesarios.

Con Astrid [Soding] y Susan [Edbrooke] construimos una máquina de escribir, una máquina de coser y otras cosas [...]. Yo les pedía a ellas que juntaran ropa, maquillaje y [otras] cosas, entonces por ahí cocinábamos [...]. Después encontramos que nos den, en los jardines del Moyano encontramos un montón de azulejitos, entonces yo pagué un albañil para venir a hacer unas mesadas, porque no teníamos donde trabajar, ni mesa, ni un rincón, y entonces decidimos hacer unas mesadas y con los pacientes colocábamos los azulejos como una de las actividades, ¡realmente usábamos lo que había a mano! (Hartley).

También en este lugar las prácticas de Terapia Ocupacional contrastaban con la modalidad de asistencia psiquiátrica manicomial: tratamientos con electroshock y químicos, pacientes vestidos todos con delantal gris, pacientes enchalecados, vagabundeando por los jardines, diferentes tipos de castigos. Docentes y estudiantes señalan las condiciones inhumanas de los hospitales psiquiátricos de esa época, tanto materiales (falta de camas, de abrigo, etc.) como del personal (maltrato, falta de formación de los trabajadores del lugar).

Una descripción detallada de las actividades en esa época se encuentra en una carta en la que una paciente le relata a una docente como fue su paso por Terapia Ocupacional.

En cuanto a M. y yo, concurrimos hasta último momento y continuamos con nuestro trabajo hasta el fin. M. hacía labores de costura, muy bien hechas y yo me estaba arreglando una pollera, además de traducir recetas de cocina y copiar canciones a máquina. [...] He escrito a máquina cartas (varias) de agradecimiento, pues hemos recibido donaciones. [...] Hay tres novedades que Vd. ignora. Tuvimos otra sesión de cine, que fue magnífica, con vistas en colores de varias regiones de turismo de nuestro país en base a fotografías tomadas por [...] una de las terapistas inglesas [quien] trajo su proyector [...] realmente muy agradable. Otra novedad consiste en que ahora hacíamos media hora de gimnasia dos veces por semana y la tercera es que dedicábamos el resto de esas tardes a hacer cosas para vender. Hacíamos distintas cosas, algunas hacían juguetes de paño, otras juguetes de madera, vestiditos para nena, agarraderas para la cocina, etc. etc. [...] Con todos estos trabajos, pensábamos realizar una exposición y venta a fin de año y con el dinero obtenido pensábamos comprar un tocadiscos para el Depto. [...] El torneo de bolos, como Vd. le llama, sigue como de costumbre y la que siempre gana es F., quien todavía no se fue.

El documento también menciona almuerzos compartidos en pequeños grupos, preparación de los mismos en la cocina del lugar, demostraciones de cocina a cargo de pacientes, una de ellas cocinera profesional, y eventos sociales donde se comparten esas elaboraciones.

También, por primera vez, aparecen en los relatos las salidas fuera del hospital entre las propuestas de actividades, una posibilidad que a partir de entonces se continuó de manera fluctuante y con diferentes sentidos en los años que siguieron, alter-

nando entre momentos en los que era posible y otros de completa prohibición. En estas primeras salidas, en un contexto real y con apoyos, se abordaban diferentes aspectos de lo que más adelante se denominó “actividades instrumentales de la vida diaria”. Sobre esto la paciente dice en la carta:

Otra novedad es que mientras iba al Depto. tuve ocasión de salir tres veces. En dos oportunidades salí (acompañada por una o dos terapistas desde luego) a mirar vidrieras en Florida (las dos veces). Las terapistas me daban el dinero pero siempre tenía que pagar yo, tanto al conductor del colectivo como al mozo de la confitería y a los vendedores que nos atendían. Le diré que no he perdido nada de mi desenvoltura para el trato con la gente y hacía todas estas cosas perfectamente bien. [...] En otra ocasión salimos al mercado y a una fiambrería para hacer compras para el almuerzo del día siguiente y como broche final comimos un pedacito de pizza cada una. Yo pagué y compré en el mercado y en la pizzería y en ambas ocasiones me desempeñé muy bien.

Otro punto interesante es que la habilitación o no para asistir a Terapia Ocupacional dependía, por derivación médica, del psiquiatra a cargo del pabellón donde residían las mujeres. En algunos casos, el permiso era pedido a los médicos por las mismas pacientes; pero un cambio de pabellón, a cargo de otro médico, podía implicar la discontinuidad de la asistencia, como ocurrió con la paciente que escribió la carta.

En esta etapa las posibilidades de trabajo interdisciplinario continuaron siendo muy limitadas. La relación con los psiquiatras se restringía a la derivación de las pacientes o el permiso para la asistencia al espacio de Terapia Ocupacional. Algo similar ocurría con la relación con las monjas y la caba enfermera, que estaban asignadas y eran responsables por las pacientes de los pabellones. Existían tensiones pero eran toleradas, dado que las terapistas “estábamos en el sótano” y “no los molestábamos mayormente” (Hartley).

A pesar de esto, y del escaso reconocimiento institucional, sí aparece tanto en la carta como en los relatos algo que se mantuvo en los discursos de los diferentes espacios a lo largo de los años siguientes: la valoración de la profesión y las prácticas en salud mental dadas por los usuarios de los servicios, los pacientes, y la gratificación por los resultados del trabajo.

[...] nadie nos tenía en cuenta, nosotros íbamos, hacíamos la práctica, atendíamos... lo pintábamos, hicimos un lugar mucho más cálido y... bueno y atendíamos a los pacientes y los pacientes mejoraban, era buenísimo. Pero no había apoyo de nada, los psiquiatras iban, medicaban según las carpetas, lo que decía el enfermero y nada más (Rodrigo).

En contraposición, aparecen fortalecidas las relaciones intraprofesionales entre docentes y alumnas de práctica, unidas bajo la fuerte consigna de la necesidad de “sobrevivencia” del espacio para la “sobrevivencia” de la formación, para la “sobrevivencia” de la profesión en el país.

Tratando de hacer sin tener nada realmente, realmente trabajábamos como un equipo, y yo me sentía a la par de ellas [...] Porque para que la carrera pudiera existir como lo planificó Macdonald, tenía que existir la práctica, ¡entonces había que hacerlo! (Hartley).

Cuando terminó el contrato de Hartley, a comienzos de 1963, la persona destinada por las inglesas a continuar era María Justa Segura pero luego, por enfermedad de esta, asumió la función Lía Eyssartier, quien quedó trabajando en ese hospital. A ella se sumó luego Susana García de Ravachini un tiempo allí y luego fue al Borda. Ellas fueron durante muchos años referentes en el área y tuvieron a cargo la formación en salud mental en la ENTO. Se seguía tratando de cargos de la CNRL para sostener la formación profesional.

Entretanto también se incluyó Terapia Ocupacional en el Servicio de Psiquiatría Infantil del hospital, a cargo de Héctor Bonoli Cippoletti. En este servicio, con orientación fenomenológica, participó Celina Tamarit, primero como alumna y luego como profesional *ad honorem* durante algunos años, junto con el doctor Pablo Rispo, otra psiquiatra, dos psicólogas y una psicopedagoga; la primera experiencia de la que se tiene registro en salud mental infanto-juvenil.

En ese segundo momento de la práctica en el Moyano, a cargo de las terapistas argentinas, se fueron modificando algunas cosas. Por ejemplo, se acentuó lo referido a la rehabilitación a través del uso terapéutico-clínico de la actividad y la realización de actividades de la vida diaria; se dio menor énfasis a la relación entre actividad y retribución económica, con lo cual disminuyó la producción de objetos para vender y se empezaron a organizar paseos y festivales. Con el tiempo, también, las terapistas comenzaron a ser convocadas en otros espacios del Hospital y sostener las demandas de la docencia a la par que las demandas asistenciales se fue volviendo más difícil ya que Lía “era la única terapeuta y la llamaban de todos lados...” (Papiermeister).

En relación con esta falta de oportunidad para el trabajo en equipo, las alumnas se quejaban de la distancia entre lo que se enseñaba y las posibilidades efectivas de desarrollo de estas ideas en la práctica cotidiana; no obstante, la formación se realizaba con base en que la modalidad de asistencia en salud mental estaba en transformación y tendería a implementarse el trabajo en equipo.

Yo me acuerdo cuando empezaba la clase, las alumnas [...] te recriminaban porque enseñabas una situación quizás ideal, de trabajar en equipo y todo lo demás. [Decían] “¿¡Por qué decís eso si acá no hay!?”; “Bueno, no hay pero lo que uno tiene que tratar de lograr es justamente eso, entonces no podés negar y decir yo voy a trabajar solo, es muy difícil eso en cualquier forma de rehabilitación” [...] Nosotros es-

tábamos muy acostumbrados a trabajar en equipo. Y las alumnas decían “¿por qué nos decís eso?”; “Y, porque eventualmente va a ser así” (Hartley).

DEL AISLAMIENTO A LA INSERCIÓN EN EQUIPOS DE SALUD MENTAL

A mediados de la década de 1960 hubo cambios significativos en relación con la participación de la profesión en las experiencias asistenciales en salud mental. Esto se dio a partir de la inclusión de terapeutas ocupacionales en dos experiencias pioneras que tuvieron gran impacto en profesión: en 1964 se reabrió el espacio de prácticas en el Hospital Borda, dentro del Servicio a cargo de Jorge García Badaracco, donde más tarde las terapeutas ocupacionales también formaron parte del equipo de profesionales y contribuyeron a la creación del Hospital de Día Roberto Arlt a su cargo, reconocido por algunos como el primero de Latinoamérica; en 1965, una terapeuta comenzó a trabajar en el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús a cargo de Mauricio Goldenberg, experiencia paradigmática y clave en el posterior desarrollo del campo de la salud mental en nuestro país.

De regreso al Borda

En esta oportunidad, el espacio de práctica del Hospital Borda quedó a cargo de Susana García de Ravachini, que ya había completado la carrera y había concursado como docente de Terapia Ocupacional en salud mental en la ENTO. Hasta septiembre de 1965 compartió el trabajo con Beatriz González Ortiz, que se desempeñaba en forma *ad-honorem*, y durante ese año recibieron además supervisión y acompañamiento de la terapeuta inglesa-noruega Annikken Whitmore, quien había sido contratada para fortalecer el campo de desempeño en salud mental. Varias alumnas contribuyeron también al desarrollo del espacio y algunas de ellas trabajaron y fueron tutoras de prácticas en ese hospital años más tarde. En este servicio el equipo trabajaba con modalidad de comunidad terapéutica, con base en la psiquiatría dinámica, el psicoanálisis con pacientes psicóticos y se comenzaba a desarrollar entonces el psicoanálisis multifamiliar.

El espacio físico destinado a la terapia ocupacional, ubicado en el primer piso al fondo de la sala, se lo recuerda como amplio y luminoso, pintado de verde. Había una oficina para la terapeuta a cargo y otra para alumnas, y en el espacio principal había una mesa larga donde se realizaban diversas actividades. También había un espacio diferenciado que funcionaba como pre taller o taller terapéutico. Tanto el equipamiento como los materiales continuaron siendo aportados por la CNRL como lugar de formación de la ENTO “todo lo que se necesitaba para trabajar en el Borda y en el Moyano era de la Escuela, se lo llevábamos con la camioneta de la Comisión Nacional, [...] eso no se podía hacer porque era otra dependencia administrativa... entonces no lo sabíamos” (Fortain).

En los relatos, lo referido a la compra y uso de materiales necesarios para las actividades así como a la venta de productos, prácticas habituales en Inglaterra, en nuestro contexto implicaban tramitaciones complejas, sortear trabas administrativas y solían despertar sospechas por parte de algunos sectores que no veían con buenos ojos las nuevas prácticas.

También continuó la práctica de pedir donaciones de materiales y otros elementos en diferentes lugares.

Pedíamos donaciones [...]. Les íbamos a pedir a los comerciantes de Constitución regalitos para todos... para el arbolito con las pacientes... [también] iba a las empresas industriales, Magnasco a pedir quesos y helados y no me acuerdo qué más [...] todo se hacía a pulmón, me acuerdo, yo era practicante cuando me fui a una fábrica de hules para las mesas de nuestro taller. Y me regalaron [...]. Después otras... en esa época había muchas alumnas que estaban en muy buena situación económica y me acuerdo que yo tenía una compañera que el papá era presidente de Duperial [...] y entonces nos regaló toda la pintura para hospital de día y la sala tres [...] Alguien conseguía los micros, una alumna normalmente, de Mercedes Benz para los paseos (García de Ravachini).

La jornada de trabajo de terapeutas y alumnas continuó siendo completa, y también en este caso los pacientes eran derivados de distintos servicios, algunos por indicación y otros por propia iniciativa. La organización de las actividades tanto en la sala como más tarde en el hospital de día, mantuvo en buena medida el esquema de los anteriores espacios:

Esta pauta ya estaba instalada cuando estaban las inglesas y después cuando pasamos a hospital de día la mantuvimos porque era justamente una forma que resultaba muy encuadrada, era una cosa de mucha responsabilidad a la mañana donde se desarrollaban habilidades laborales y de responsabilidad y todo eso [...] y después era esa planificación más *laissez faire* [...] que de repente cantábamos, tomábamos el mate cocido o nos organizábamos para las grandes paseos o ir a Luján o ir al parque Pereyra Iraola a hacer un asado, cosas por el estilo. Todo eso se hacía en la tarde de recreación (García de Ravachini).

En el comienzo del día generalmente se trabajaban actividades de vida diaria básicas, como higiene, arreglo personal y alimentación (desayuno) y luego comenzaban los talleres, en grupos pequeños, donde cada paciente llevaba a cabo un proyecto individual. Se proponían actividades en base al análisis de la actividad, la patología y cómo se presentaba el paciente al llegar, y con ciertos objetivos terapéuticos también individuales, que luego era modificado progresivamente hacia otros tipos de actividades a medida que el paciente mejoraba, según los principios de graduación y adaptación de la actividad. Esta elección, junto con la observación de lo que le ocurría al paciente con la actividad, era trabajada en las reuniones de equipo interdisciplinario. La jornada incluía también reuniones con las terapeutas y las alumnas donde se evaluaba lo ocurrido durante el día, se planificaban las acciones siguientes y realizaban los informes diarios de los pacientes. Algunos talleres que se ofre-

cían entonces eran carpintería, cerámica, cestería, electricidad, telares, encuadernación y cartonado.

Como era tradición en la formación de terapia ocupacional, cada alumna tenía designada una terapeuta tutora y a su vez, al igual que los médicos residentes, tenía asignado uno o más pacientes en sus diferentes proyectos y necesidades, según sus conocimientos previos, habilidades y recursos.

La modalidad de comunidad terapéutica y el dispositivo de hospital de día intensificaron la participación de terapia ocupacional en la jornada, el trabajo en equipo interdisciplinario y la participación de los pacientes en la producción de su propia vida en la institución. Se incluyeron actividades compartidas por pacientes y miembros del equipo, como la preparación de comidas, donde un grupo rotativo de pacientes cocinaban junto con una persona del hospital designada para ese fin, el almuerzo compartido con pacientes y profesionales, y las brigadas de limpieza que realizaban pacientes y alumnas.

También comenzaron a realizarse visitas domiciliarias y algunas veces se realizaban jornadas con invitados de afuera, experiencias grupales de las que participaban tanto pacientes como profesionales, por ejemplo, de expresión corporal o psicodrama. En especial varios recuerdan un taller de *role playing* a cargo de Rojas Bermúdez. En algunas ocasiones estas personas también eran invitadas a dar clases en la ENTO.

Otra de las novedades de esta época fue la organización compartida de festivales y salidas, entre terapeutas y pacientes de los hospitales Borda y Moyano.

En el Borda había un hermoso teatro que lo manejaba un ex paciente que vivía ahí con su esposa, el Sr. Smetana, un checoslovaco. Y vos sabés que entonces hacíamos a lo mejor un enorme festival donde durante mucho tiempo íbamos preparando las canciones, zarzuela que cantaban Serrato Prado con la camisa de mi marido [risas] y todos los pacientes disfrazados y otros

hacían sketches, las alumnas participaban y hacían el sketch con los pacientes, o sea que los roles [...] había un juego de roles, cómo te puedo decir... de vaivén constante. No recuerdo cuántos hicimos, eran muy distintos porque algunos eran un baile que hacíamos todos juntos, invitábamos a las mujeres del Moyano y terminábamos cantando [...] Eran distintos proyectos que se iban elaborando, como cuando hacíamos las salidas [paseos]. Íbamos elaborando eso con Lía [Eyssartier], cada una lo elaboraba en su departamento [...], iba pensando con qué cosas se hacían los proyectos con los pacientes y entonces después había un momento en que eso se integraba [...] “todo se hacía allí [...] los cuadros para el servicio [...] los bancos para ir de picnic, todo se fabricaba ahí” (García de Ravachini).

Las salidas, como otras intervenciones que no formaban parte del abanico de prácticas de la psiquiatría tradicional, nuevamente eran “toleradas” por la institución, pero no promovidas, ni comprendidas por esta: “Entonces de repente [al terminar el festival] venía alguien del hospital y después de semejante epopeya, que para nosotros era tocar el cielo con las manos, nos criticaban porque había algún paciente que estaba en pijama, eso era el gran drama” (García de Ravachini).

Por primera vez, las terapeutas se integraron en reuniones de equipo con profesionales de otras disciplinas. Estas reuniones eran tantas en la semana como pacientes participaban del espacio. También comenzaron a participar de encuentros con otros miembros del equipo y sus estrategias terapéuticas fueron compartidas y puestas en diálogo en espacios interprofesionales.

Ahí supe lo que era trabajar en equipo...lo viví. [...] Eso permitía una coherencia y una unificación de criterios y sobre todo enmarcar una dirección que era modificada continuamente, era seguir al paciente hasta su mejoría... (Rodrigo).

Por primera vez también se comienza a participar de supervisiones institucionales como práctica de cuidado, que eran “un control de la tarea, reunirnos para ver cómo iban marchando los pacientes, cómo iban marchando los equipos... qué equipos no funcionaban por ejemplo, y por qué” (García de Ravachini).

En el equipo participaban enfermeras universitarias que estaban haciendo la especialidad en psiquiatría, un psicólogo, un residente psiquiatra y algunas veces también una asistente social. La mayoría eran profesionales en formación o ad honorem, ya que no existían cargos de psicólogos y los únicos cargos de planta de psiquiatría eran los de García Badaracco y Norberto Proverbio, los demás eran “atraídos” por la experiencia de formación en prácticas novedosas y se “apasionaban” con la propuesta del espacio. Algunos residentes asistían a los talleres, acercaban bibliografía y alentaban a la presentación de trabajos en congresos.

La modalidad de trabajo como comunidad terapéutica fue vivida por las terapistas como una continuidad con respecto a la formación que habían recibido:

Todo coincidía. Por un lado, a mí me pasaba que yo tenía una vocación por lo comunitario [...] de integrar la comunidad de alguna manera. Todos los elementos para crear lazos. Cuando García Badaracco comienza a plantear y lo trae a Rodriqué a hacer una visita, se encuentra, claro, con una comunidad terapéutica, porque era ésa la idea. Las inglesas hablaban de la estimulación total de los pacientes [...] era ni más ni menos que lo que practicábamos en el Borda, en el Moyano, esto de las salidas, esto de comer con ellos, de compartir el día con el paciente, todo tenía que ver (García de Ravachini).

En “el Lanús”

La inclusión de terapistas ocupacionales en el Servicio de Psicopatología del Hospital Aráoz Alfaro de Lanús, a cargo de

Mauricio Goldenberg, constituye el primer caso en salud mental en el ámbito metropolitano donde el requerimiento partió de una demanda del propio equipo. Desde esta experiencia reconocida e innovadora, que ponía fuerte énfasis en el trabajo interdisciplinario y la integración de diferentes escuelas y orientaciones en la experimentación de nuevas formas de abordar los problemas de salud mental en un hospital general¹³, algunos miembros del servicio se acercaron a la ENTO para solicitar una terapeuta ocupacional para el equipo. La recomendada para el cargo fue Beatriz González Ortiz, que en ese momento trabajaba junto a Susana Ravachini en el Hospital Borda en forma ad-honorem. “Cuando me llamaron era como que ya estaba el lugar para la terapeuta, ellos pidieron una terapeuta [...] era una inquietud de todo el equipo, ¡eso fue muy lindo!” (González Ortiz).

Así fue como en septiembre de 1965 comenzó la acción que redefinió la forma de relación con los espacios en los que la disciplina se había insertado hasta el momento, y en el que las terapistas habían desarrollado sus prácticas profesionales y de formación, y marcó los devenires de la profesión en los años posteriores. Era también una experiencia novedosa en relación con el tipo de pacientes que se atendían, ya que hasta ese momento, la atención de pacientes agudos, al menos en lo que al ámbito público se refiere y con escasas excepciones, había sido solamente incluida desde la teoría y como una aspiración en la formación profesional práctica (Macdonald, 1961; Departamento de Salud Mental, 1969).

También era nueva para la profesión en nuestro país la inserción institucional en un hospital general para el campo de la salud mental. “Era la primera experiencia para trabajar en un servicio de terapia ocupacional en un hospital polivalente, y además que atendía pacientes agudos, ninguno sabía cómo hacer ni qué hacer”, recuerda Marta Fortain. El asesoramiento y acompañamiento de Annikken Whitmore, con su experiencia y recorrido diferente al del equipo de Oxford, fue de gran valor para que las

13 Sobre las características de esta experiencia ver también el capítulo “De las experiencias pioneras a la política pública: el Plan Goldenberg”.

terapistas pudieran recrear lo aprendido y organizar la asistencia en función de las nuevas demandas y el nuevo contexto. Con González Ortiz trabajaron también Cynthia Roberts, Susana Cánepa y Ana Fattet, que se quedaron después de hacer la práctica clínica en el lugar. Tiempo después, cuando Goldenberg se fue al Hospital Italiano y Valentín Barenblit quedó a cargo, ellas fueron a trabajar a otros lugares¹⁴ y las reemplazaron Vilma Trepicchio, María Inés Iglesias y la musicoterapeuta Susana Mordkovsky.

Dentro de los diferentes dispositivos que sostenía el Servicio, Terapia Ocupacional se incluyó inicialmente en el departamento de internación y más adelante también en el hospital de día y en el desarrollo del Club Amanecer, de resocialización, donde personas de la comunidad que habían asistido al servicio se reunían y realizaban diversas actividades en un club barrial.

Se trabajaba en un salón grande con un balcón amplio, en medio de las habitaciones de los residentes y de los pacientes, ubicado entre las salas de internación de mujeres y varones, que estaba equipado con mesas, sillas y distintos materiales. A diferencia de los casos anteriores, los recursos humanos y materiales necesarios para sostener el espacio de Terapia Ocupacional quedó a cargo de la Asociación Amigos del Servicio de Psicopatología, que también financiaba otros cargos, como los de asistentes sociales y el sistema de residencias de psiquiatría. El sueldo de las terapistas, que estaba a la par de los más altos en el campo físico, también era financiado por esta organización, así como los materiales y herramientas que se necesitaban: “[llegaba] la señora de Berlín, decía ‘¿qué necesita?’, herramientas, cueros, tantos metros de cuero, tanto... ¡de lo que quisieras! Máquinas de coser... Llegaba el auto, con un chofer, la señora de Berlín shhhraaaa bajaba, bajaba las cosas. Era increíble, lo que pidieras lo tenías ahí, era bárbaro eso” (González Ortiz).

14 En general a espacios dependientes del Plan Goldenberg. Ver capítulo “De las experiencias pioneras a la política pública: el Plan Goldenberg”.

La jornada de las terapistas continuó siendo completa, y durante la mañana casi todas las actividades eran interdisciplinarias. Las terapistas y las alumnas participaban de reuniones de equipo, que se hacían los miércoles a la noche en la casa de Lía Ricón, en ese tiempo a cargo del servicio de internación, y terminaban a la una de la mañana. También había ateneos semanales que se hacían en el Aula Magna del Hospital, muy concurridos, donde los distintos equipos hacían presentaciones, a modo de congreso, donde participaban personas que entonces ya eran muy reconocidas. Había asambleas con pacientes y multifamiliares, reuniones de equipo de cada dispositivo, supervisiones, grupos de estudio con distintos invitados, y espacios de formación y acompañamiento de otras profesiones. La participación en todos los espacios era considerada muy importante y su función era tanto asistencial como formativa de los propios profesionales.

En ese momento, al Lanús concurrían muchos profesionales, gran parte de ellos iban *ad honorem* para aprender o hacían prácticas de sus respectivas carreras, y algunos, como los residentes de psiquiatría, estaban en procesos formativos rentados. También venían a formarse de otros países. Asistentes sociales, psicólogos, enfermeros, médicos, psicopedagogos, sociólogos, antropólogos, musicoterapeutas y terapeutas corporales formaban parte de la diversidad de profesiones con las que se compartía el cotidiano matutino.

Como la mañana estaba “saturada” de actividades interdisciplinarias y gran concurrencia de profesionales, se reestructuró la tradicional organización de las actividades específicas de terapia ocupacional para concentrarlas en las tardes, cuando había menos profesionales en la institución, aunque manteniendo la distinción: se comenzaba con los “talleres” y, después del horario de visitas, hasta las seis de la tarde se hacían actividades de recreación.

En los primeros años los pacientes que asistían a Terapia Ocupacional eran agudos, muchos de ellos adolescentes, estaban internados en la sala, asistían diariamente para trabajar, al inicio en proyectos individuales que se realizaban en el marco de grupos

pequeños. Se hacía una evaluación inicial, que consistía en una entrevista verbal, y después lo que llamaban “caja de actividades”, que consistía en ofrecer al paciente una caja con distintos materiales y cosas para hacer y se observaba “cómo [el paciente] se acercaba, cómo buscaba, qué elegía, por qué lo elegía, etc. y a partir de ahí se iba construyendo el proyecto de cada paciente”¹⁵ (González Ortiz). El trabajo con la actividad podía incluir también la reflexión con el paciente de lo que iba ocurriendo y de los problemas que iba encontrando en su desarrollo. En la medida en que lo permitía su estado, se lo incluía en actividades grupales, como las deportivas, la gestión compartida del espacio físico y de organización de eventos y festejos.

En consonancia con la “ideología del servicio” (Goldenberg *et al.*, 1966), las relaciones entre profesionales se caracterizaban y se vivenciaban como sostenidas por “un gran respeto”, y donde la palabra de cada uno era escuchada y valorada. Lo que todos decían –estudiantes y profesionales de las distintas disciplinas, pacientes y familiares– era considerado importante, tomado y analizado. En este marco las terapistas comenzaron a participar activamente de las actividades interdisciplinarias, como los ateneos, los grupos de acompañamiento de enfermería y la formación de residentes de psiquiatría. Esta última había surgido en parte del acercamiento de algunos psiquiatras que se sumaban a la actividad con los pacientes para poder tener su propia experiencia; se organizaba en una parte teórica y una parte práctica en la que todos participaban de la realización de actividades y después se hacía un grupo de reflexión sobre lo ocurrido.

La inclusión en estas actividades y las características del Servicio hicieron que terapistas y alumnas sintieran, por un lado, una gran exigencia respecto de la necesidad de fundamentación teórica de sus prácticas: exigencia de saber, de estar a la altura, que dificultaba animarse a hablar o escribir por sentir que la pro-

pia formación era insuficiente, y en el caso de las estudiantes también por la falta de experiencia previa. Por otra parte, las entrevistadas coinciden en recordar una fuerte sensación de contención, de ser escuchadas, de tener espacios de formación y en los que la exigencia se traducían en habilitación a través de la valoración del aporte de cada uno; y de ser promovidas, habilitadas y acompañadas en sus iniciativas y proyectos de trabajo por los referentes del servicio. De acuerdo con González Ortiz, “con Goldenberg si hacías algo, tenías que fundamentar [...], no podías mandarte y hacer cualquier cosa porque sí. Una podía ‘experimentar’ entre comillas pero tenías que dar cuenta sobre eso [...] eso me parece importante, ¿no? ¡Una de las cosas que te hacían crecer, y que se estimulaban!”.

Otras experiencias

En paralelo se fueron abriendo incipientemente otros espacios, con características similares a las anteriores aunque más acotados en su duración. Uno fue en el Servicio de Psicopatología del Hospital Policlínico de Avellaneda, a cargo de la doctora Sylvia Bermann, donde Alicia Torre participó como terapeuta en forma *ad honorem* durante el año 1966. Otro fue la convocatoria a formar parte de la Cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la UBA a cargo del doctor Jorge Insúa; donde durante 1966 participó Alicia Torre y luego Victoria Toscano desempeñando funciones en las salas de internación que la cátedra tenía en el Servicio de Psicología Médica en el Hospital de Clínicas y funcionaba como lugar de formación de residentes y estudiantes de medicina y de la ENTO. También vinculada al ámbito universitario asistencial, desde la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Litoral, se abrió un concurso para trabajar en el Hospital Centenario de Rosario, donde ejerció Celina Tamarit en 1965 y 1966.

15 Las entrevistadas refieren que esta práctica había sido enseñada por las terapistas inglesas. Una práctica similar se describe con el nombre de “caja de trabajo” en el libro *Psicoterapia breve*, de Hernán Kesselman (1970).

UNA ETAPA CON AVANCES

Durante la primera mitad de la década de 1960 hubo logros profesionales claves en el proceso de legitimación de la formación y el ejercicio profesional tales como el reconocimiento del título y de la disciplina como rama auxiliar de la medicina (Decreto Ley 3309/63), la creación de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO) y el reconocimiento de la carrera por la FMTO. Sin embargo, continuaba la preocupación por el escaso desarrollo del campo de salud mental en comparación con el físico: se habían recibido apenas 90 terapeutas y pocas de ellas se dedicaban al campo de salud mental. Y los lugares de práctica clínica en salud mental de la ENTO eran sólo cuatro, en comparación con 27 instituciones en el campo físico. Además, ninguna de las inserciones que se daban en el ámbito metropolitano era sostenida por un cargo de planta de la institución, sino que la dependencia era de la CNRL, como docentes de la ENTO o, como en el Lanús, de financiamientos gestionados por los propios espacios.

No obstante, se destaca que en el transcurso de estos años la profesión comenzó a ser convocada a participar en espacios asistenciales del ámbito público ya no gestionados a pedido de la ENTO con la finalidad de la formación y se desarrolló un mayor diálogo con los procesos del campo de salud mental local en el que surgieron prácticas compartidas con otros miembros del equipo y se redefinieron los espacios de terapia ocupacional “específicos” respecto de las experiencias previas. También fue acentuándose una orientación teórica con predominio psicoanalítico, aunque coexistiendo con influencias diversas, que influyó las prácticas y la formación. Se trataba de experiencias que no formaban parte integral de una política pública en el área y, en muchos casos, ni siquiera de una política institucional, sino que dependían centralmente de iniciativas particulares de referentes y equipos. Sin embargo, conformaron el “laboratorio” tanto de propuestas asistenciales como de políticas en los años que siguieron.

En este sentido, cabe destacar algunas características que marcaron las primeras prácticas profesionales.

La inconsciencia como ideología defensiva

Los discursos de las entrevistadas hacen referencia a las condiciones iniciales de trabajo y las situaciones de soledad en las instituciones, como de “inconsciencia” y falta de cuidado. Esto aparece sobre todo en referencia a los primeros espacios de práctica, pero se mantiene también en el tiempo en relación a distintas situaciones vividas en los grandes hospitales, donde las situaciones de abandono y la falta de abordajes terapéuticos integrales generaban situaciones que no eran atribuibles a las condiciones de salud sino al circuito de reproducción de violencias de la organización manicomial. Victoria Toscano menciona que, siendo alumna, había quedado sola a cargo del taller de carpintería y un paciente alertó sobre la situación al jefe del servicio: “Sí, doctor, yo le avisé [dice el paciente que envió el mensaje], hay que verla ahí solita en medio de tanto loco..., bueno al menos alguien se dio cuenta que yo estaba solita en medio de tanto...”. También recuerda:

Yo tenía muchísimas horas de práctica, lo conocía al doctor Morgan que era uno de los jefes de servicio y él tenía un grupo de psicodrama, pero fuera de horario y entonces a ese grupo nos invitaron si queríamos concurrir. Íbamos Mari Segura, que era del interior, y yo. Nos encontrábamos, creo a las siete de la tarde en el Borda, íbamos a la sala de Morgan y después cuando salíamos de ahí... bajábamos las escaleras, bajaba el médico, que era el psiquiatra que estaba, una tomada del hombro de él y la otra del hombro de la compañera, bajábamos así, con un encendedor... a oscuras (Toscano).

A veces éramos tres y teníamos cien pacientes [...] psicóticos crónicos. [...] y sin medicación además. [...] algunos además que se habían fugado y se habían sacado la ropa y estaban envueltos con sábanas, o íbamos a buscar los pacientes a la sala y no había enfermero en la sala [...] sí, cómo sobrevivimos, esa

es la pregunta, no qué escuela seguíamos de la terapia ocupacional [sino] cómo sobrevivimos (Fortain).

Yo era una inconsciente, no sé cómo sobreviví [...] Nadie te mata si vos... nunca me pasó nada. Aparte de una que me corrió con un serrucho [...]. En realidad nosotros teníamos algo de inconsciencia. [...] Que en Terapia Ocupacional no había nadie que te iba a decir “tené cuidado”.

Es llamativo notar que, cuando se menciona alguna situación o percepción de riesgo, la fuente de protección llegaba de los propios pacientes, y esto es sostenido por referencia al tipo particular de relación entre profesionales y pacientes que se desarrollaba en el espacio de terapia ocupacional.

En el Borda, me acuerdo que había un paciente enorme, que nos quería muchísimo a las terapistas, en general nos querían mucho... [...] yo me quedaba sola a veces con los pacientes [...] Una tarde se pelearon dos y volaron sillas y el tipo paró una que me venía directo y me defendió. O sea, el tipo se daba cuenta ¿no? de que... no sé, yo entiendo que ellos percibían que nosotros podíamos tratarlos desde otro lugar. Porque había otro tipo de relación que no era la misma... En esa situación yo sentí que era una situación peligrosa, pero me sentí protegida por un paciente (Rodrigo).

Otros testimonios relacionados con la inconsciencia hacen referencia a la juventud, como por ejemplo lo mencionado por Gladis López.¹⁶

La carrera era muy nueva [...] era poco conocida, había que abrir campos de trabajo, había que pelearla [...] pero uno era medio inconsciente, a los 20 años uno no piensa tanto en todo lo que le espera, por más exigente que uno sea y que quiera hacer las cosas bien tiene la fuerza y las hormonas como para [...] que te parece que vas a abrir en la luna más o menos un departamento (López).

La idea de inconsciencia no debe ser leída en forma aislada sino que debe ser analizada desde varios factores: la inscripción simbólica del mandato, la organización del tiempo de trabajo que ubicaba parte de la jornada en soledad, la juventud e inexperiencia de las alumnas y de las recientemente egresadas, y la partida de las docentes inglesas una vez terminados los contratos, que dejó a las terapistas argentinas con toda la responsabilidad y a la vez sin el acompañamiento por parte de sus maestras con mayor experiencia. Todo esto tuvo, como contrapartida, una exposición, en cierta forma indiscriminada y de no cuidado, que se escondía bajo la forma del esfuerzo personal necesario para asegurar la supervivencia de la profesión. Este tipo de estrategias se constituyen como defensas colectivas que se elaboran para luchar con diferentes formas de sufrimiento y, en particular, contra el miedo que resulta del trabajo (Dejours, 1992).

El testimonio de Annikken Whitmore, quien como mencionamos llegó a Argentina una vez terminados los contratos del equipo inglés para colaborar con el campo de la salud mental, también relaciona la formación inicial, la exigencia y la desprotección.

Lo que sentí [al llegar] era que estaban las terapistas... bajo una presión no justificable, en muchos sentidos [...] una, que había muchos conocimientos que no tenían, y lo otro, que la preparación había sido un poco faltante. No tenían la preparación de la resisten-

16 Estudiante ENTO 1968-1970, con beca del INSM. Terapeuta ocupacional en

el Servicio de Psicopatología del Hospital Alvear 1972-1983 (Plan Goldenberg)

cia, faltaba la protección personal. [...] El hablarle al alumno desde que llega [a estudiar], el protegerse de no meterse, de no dañarse, que si se daña por la situación de otra persona después no se puede ayudar a otros... empatía pero no simpatía. [...] Y hay muchas técnicas [...] Y yo vi que ellas acá no tenían eso. Estaban muy presionadas por alcanzar el nivel de los médicos en cuanto al idioma psiquiátrico, estaban presionadas con una imposibilidad de trabajo, no tenían plata, porque no tenían espacio, porque no tenían agua, porque no tenían luz [...] y que las terapistas estaban muy expuestas (Whitmore).

El acompañamiento de esta docente y luego la inclusión en los equipos interdisciplinarios con sus prácticas de reuniones, valoración de las participaciones, supervisiones institucionales y otras experiencias de acompañamiento, reflexión y formación se fueron constituyendo en formas de cuidado de los equipos y de la propia salud mental y transformando esta situación inicial.

La relación con los pacientes

Desde las primeras clases de la ENTO se enfatizaba que el proceso de Terapia Ocupacional, tanto en el campo físico como en el mental, se daba en la tríada terapeuta-actividad-paciente. Es decir que la relación entre terapistas y pacientes era tomada como una de las variables del tratamiento, que se debía ajustar en función de los requerimientos terapéuticos. En diferentes elementos puede reconocerse que en aquellos años la disciplina fue reconociéndose a sí misma y ubicándose en un lugar de “intermediaria” entre el profesional médico y el paciente y, dentro de esa intermediación, con la función de tomar partido por el segundo, en calidad de “defensor”.

Otra de las cosas que me quedaron siempre grabadas de ellas [las docentes inglesas] es que uno siempre

tiene que defender al paciente, no tener miedo de tener personas importantes adelante, si uno tiene que defender una mano que a lo mejor estaba mal pero permite deambular en una silla de ruedas, o una mano que le permite comer solo y a lo mejor con una fijación de muñeca se impide esa función, entonces uno siempre tiene que ayudar. A veces el médico, no es que sea menos, pero a veces parece que ve un poquito la mano hasta el codo y no se da cuenta que el codo hay que verlo más arriba, quién es el dueño del codo y qué problemas hay en el hombro como para que realmente pueda tener función o no función (Llambí).

La historia de la asistencia psiquiátrica había ubicado a las ocupaciones, fundamentalmente desde fines del siglo XIX con Domingo Cabred, médico alienista, como recurso rehabilitador a la vez que proveedor de ingresos económicos para la autosustentabilidad de las instituciones. A mediados del siglo XX, con el psicoanálisis, se enfatizó el uso de la actividad más cercana al arte y a las potencialidades expresivas y durante el gobierno peronista se produjo un retorno a la idea del uso terapéutico de las ocupaciones como trabajo, aunque ya más ligado a una perspectiva de derechos dentro de la forma de comprensión de la época (Daneri, 2008).

En los relatos de Annikken Whitmore sobre la asistencia psiquiátrica en la Inglaterra laborista que impulsó la reforma psiquiátrica, la figura del terapeuta ocupacional aparece como facilitador o intermediario entre la institución y el paciente, de forma de que no solamente la primera se beneficie con la fuerza de trabajo del segundo sino que exista un beneficio mutuo en esa relación. La función que se construye en este relato es, nuevamente, de defensa del paciente, en este caso para que su hacer no sea “avasallado” o “explotado” por la institución y las personas que encarnan esa figura.

Lo que había pasado [en Inglaterra], antes que entraran las terapistas, era que todos estos institutos grandes de 5.000 [pacientes] eran casi autoabastecidos.

En ese sentido tenían granja, había jabonería, había cocina [...] los pacientes estaban ocupados automáticamente, cada uno tenía su tarea, a menos que estuviera así [gesto de chaleco de fuerza] pero al venir las leyes que establecen que no puede aprovecharse de los pacientes, era necesaria una terapeuta para “inventar” una tarea. Así que muchas de las tareas que nosotros “inventábamos” estaban muy cerca de una tarea en serio, como era eso de hacer los sobres y las bolsas que se usaban en el hospital, reciclar sillas [...]. Aparte de esos trabajos teníamos listas de pedidos [...] esa lista estaba escrita y colgada en la pared. [...] Y eso estaba a la vista de todos, de los pacientes y de los visitantes. [...] el paciente sabe que lo que él está haciendo es pedido, es una cosa que alguien va a valorizar. [...] La otra es que teníamos la posibilidad de hacer cosas que no estaban en la lista, cosas de cuerpo por ejemplo, que el paciente si quería para regalar [...]. Estos pacientes por supuesto recibían allá plata del gobierno, tenían como una pensión (Withmore).

Este lugar de intermediario, de mayor cercanía con el paciente, ha sido relacionado con el color verde del uniforme que usaban las estudiantes de terapia ocupacional, algo que connotaba herencias del lugar que la Terapia Ocupacional tuvo en las guerras en la atención a los soldados y excombatientes. “Nos explicaban [...] que el uniforme verde oscuro era para borrar la diferencia, mucho del freno entre el uniforme blanco... como que el uniforme blanco era... purista o la muerte o qué se yo, una cosa así, y el verde era una cosa más bien, entre medio”, recuerda Whitmore. En Argentina, el delantal verde quedó reservado para las alumnas, mientras que las profesionales vestían de blanco con cinturón verde. Sin embargo, como en las instituciones que se analizan en este texto eran lugares de práctica clínica de la ENTO, las terapeutas fueron reconocidas como “las chicas de verde”, tanto por profesionales como por pacientes. “Los pacientes venían a nosotros, algunos le pedían a los médicos ir donde estaban

las chicas de verde [...] creo que el guardapolvo verde era un símbolo de afecto” (García de Ravachini).

En relación con el lugar de defensoras, se atribuye a los pacientes un reconocimiento que valora este tipo de relación y fundamenta el rol protector inverso, de los pacientes hacia las profesionales. Recordamos el relato de Mónica Rodrigo sobre el paciente que tuvo una actitud de defensa hacia ella cuando se produjo un incidente “me defendió. O sea, era... el tipo se daba cuenta ¿no? de que... yo entiendo que ellos percibían que nosotros podíamos tratarlos desde otro lugar. Porque había otro tipo de relación que no era la misma”.

Otra característica singular que aparece en los discursos acerca de los pacientes en el proceso de Terapia Ocupacional en el primer período, es que en general estos cumplían un rol central como fuente de reconocimiento y de satisfacción en el trabajo. “Bueno, al principio los pacientes eran mayormente muy... como se puede ser, muy... muy pasivos, sí, muy pasivos. Pero es increíble el gusto que da ver a una persona tomar vida con algo que uno pueda hacer”, menciona Rickett. Y García de Ravachini agrega: “Había una sensación de... un juego de ellos de recobro de su propia dignidad que vos veías todo el tiempo”.

Los festivales y salidas también eran valorados por los pacientes, y fue un tema analizado en uno de los pocos artículos publicados en revistas del área “psi” en los que participan terapeutas ocupacionales entre los autores (Fishman *et al.*, 1976).

La transformación de los espacios

Otros aspectos que en el discurso de las terapeutas se presentan con carga valorativa y afectiva positiva son las referencias a la transformación física de los lugares donde se desarrollaban las actividades de Terapia Ocupacional:

Quien me ayudó mucho era en aquel tiempo una fábrica acá [...] que en aquel tiempo era británica:

Duperial. [...] vinieron la sala para poner oficinas y lugares para guardar todas las cosas, y los pintamos con una de las... alumnas, creo, que tuvimos aquel tiempo, diseñó el modelo, todo el frente... para hacerlo más alegre, ¿no? (Rickett).

Y te digo, ¡te daban los lugares más terribles! Y eso se convertía en el lugar más hermoso de la institución, ¿no es cierto? Porque nunca me voy a olvidar además después en el Moyano, en un subsuelo, tenías que pasar por un pasillo, era un subsuelo donde estaba todo oscuro, había una bombita ahí amarilla, una cuerda con todas las sábanas húmedas, mojadas, tenías que pasar así, que no te tocaran... ¡Y en los caños ratas! ¡Era terrible! Y eso terminó siendo un lugar con plantas, con flores, macetas, pintado con colores vivos (González Ortiz).

Se puede ver cómo en algunos discursos se organiza una contraposición entre situaciones no deseables y las acciones que se hacían para modificarlas. En contraposición en el discurso, lo que aparece como sufrimiento se presenta siempre como la base sobre la cual el equipo de salud mental comenzaba a trabajar, o el problema que se abordaba con una intervención, predominando la posibilidad de resolver los problemas al problema en sí. Así, lo más fuerte en estos casos era el placer que se infiere o surge del trabajo colectivo de transformación de la situación de sufrimiento o no deseada y la sensación de que se lograban cosas.

Perspectivas de referentes del campo

Algunas entrevistas realizadas a médicos psiquiatras referentes del campo de salud mental a propósito de este trabajo permiten recuperar otras perspectivas sobre la incorporación de las

primeras terapistas en las instituciones de la época y las tensiones que generaban en las prácticas tradicionales.

En una entrevista, Emiliano Galende¹⁷ sostuvo que la incorporación de las mujeres y las distintas profesiones a la asistencia, dio una cualidad particular a la reforma psiquiátrica en Argentina. En su relato, el ingreso temprano de psicólogas y terapistas ocupacionales a los hospitales implicó, junto con las influencias de la fenomenología y el psicoanálisis, una nueva modalidad de relación. Sobre su experiencia como residente de psiquiatría en esa época recuerda que estas profesionales:

Hablaban de otra manera con los pacientes, generaban otro tipo de relación diferente a la que entablábamos los psiquiatras acostumbrados a hacer semiología psiquiátrica principalmente [...]. Algunos psiquiatras no recibían bien estas nuevas formas de relación ligadas a nuevas prácticas, se escuchaba decir a algunos “vienen y me sublevan a los pacientes” (Galende).

Por su parte, Raúl Camino¹⁸ relató así su primer encuentro con la profesión:

Yo empecé la residencia de psiquiatría en el Borda, la única residencia posgrado que había en el país en el 64, en pleno gobierno de Illia. Ahí ya se constituía un equipo multidisciplinario de hecho. Como de costumbre, los capos eran los médicos. Los psicólogos que venían y asistían en calidad de concurrentes, también había asistentes sociales. Y había unas pibas de verde que eran las terapistas ocupacionales. [...] Y yo te

17 Médico psiquiatra, psicoanalista. Fue secretario general de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP), fundó el área y posgrados de Salud Mental Comunitaria de la UNLa

18 Médico psiquiatra, reconocido en el campo de salud mental por la experiencia que lideró en Colonia Federal. Ver capítulo “De las experiencias pioneras a la política pública: el Programa Nacional de Salud Mental

cuento la experiencia que para mí fue reveladora de lo que eran las terapistas... te imaginás, yo venía de una disciplina clínica muy marcada en Córdoba y con mucho prestigio, una psiquiatría muy atrasada, puramente organicista, por eso me vine a Buenos Aires, pero yo desconocía el resto del ámbito de salud mental en general. A los pocos meses de comenzar tenía un paciente catatónico, un paciente quieto que le querían hacer electro y yo me oponía porque pensaba que por ahí en un tiempo más sale con la medicación. Estaba ahí siempre quieto, uno le hablaba y se daba cuenta que el paciente entendía, pero no se movía. Un sábado en la reunión grupal, interdisciplinaria, la terapeuta dice que a fulano lo habían hecho mover y estaba colaborando ya en el taller... Contó cómo el paciente le hablaba, le proponía tareas, había empezado de a poquito con tareas chicas. Y ahí me agarró una indignación... digo pero estas pibas, de dónde sacaron que hacen mover un catatónico que nosotros, los médicos, los colegas, le dábamos con los mejores medicamentos de la época [...]. Ella relataba el hecho y yo la miraba con odio, recuerdo, no puedo negar que me causó una revolución interna. Nosotros lo veíamos una vez por semana, te imaginás el lunes me fui volando a verlo y el paciente “hola, cómo le va doctor, qué tal cómo anda”, bueno y ahí empecé a ver que había otra cosa además de la medicina. Y me empecé a hacer amigo de las terapistas porque dije estas pibas hacen unas cosas que no hacemos nosotros, ni podíamos hacer. Porque en aquel momento el psiquiatra era dueño de todo y yo me la creía, pero estas mujeres tenían otras metodologías. Después que yo vi eso dije “no, acá la mano va a pasar por otro lado. Me marcó para después”. No todo el mundo las valoraba yo creo en aquel momento. Todo el mundo estaba con el psicoanálisis, con Klein en aquel momento. No había un intercambio de igual a

igual como había por ahí con los psicólogos o con los de investigación de Fisher, no, no, ellas estaban solitas, no se metían en las grandes discusiones teóricas de la época, ellas contaban otras cosas. Después, durante la tarde que ya todo el mundo se iba, ellas seguían teniendo actividad (Camino).

Las tardes

Como vimos, de acuerdo al modelo inglés, las terapistas desarrollaban su trabajo durante todo el día, con actividades diferenciadas por las mañanas y las tardes, lo que contrastaba con lo habitual en las instituciones locales, donde los profesionales solían concurrir solamente por la mañana y lo complementaban con el ejercicio profesional en consultorio privado u otras alternativas durante las tardes.

El trabajo en hospitales mentales fue un problema. A los pacientes mentales se los relegaba a enormes y severas instituciones, de los cuales se hablaba poco y se visitaba menos. [...] Debíamos comenzar por las mañanas, ya que solo entonces había la cantidad de médicos y enfermeras adecuados. Por las tardes los pacientes se cuidaban entre ellos, y tardamos seis meses para conseguir un enfermero hombre de guardia para que pudiéramos continuar los tratamientos durante ¡todo el día! ¿Cómo podríamos ayudar a los pacientes a reorientarse y desarrollar hábitos de trabajo solo por la mañana, y verlos hacer una regresión cada tarde? (Macdonald, 1961).

También los estudios universitarios en general se realizaban en un único turno, a diferencia del que se impartía en la ENTO, que durante muchos años fue de jornada completa, desde la mañana hasta las cinco o seis de la tarde.

La propuesta del equipo docente inglés fue así sostenida, inicialmente con la fuerza que impuso el mandato de supervivencia de la profesión, la formación *full time* y el hecho de que los primeros espacios de ejercicio profesional eran de práctica clínica y los cargos eran “prestados” por la ENTO. Lo que de alguna forma pudo haber contribuido a naturalizar esta práctica poco compartida por el resto del equipo asistencial.

En este encuentro de distintas modalidades se configuraban actividades y escenarios distintos de práctica profesional en los diferentes momentos del día. Durante las mañanas se desarrollaban actividades “terapéuticas”. Junto con la mayor presencia de profesionales, las mañanas eran el momento donde “ocurren las cosas importantes”: se desarrollan las terapias, se realizan los ateneos, las reuniones de equipo. La mañana aparece como teniendo “valor terapéutico” y con mayor exigencia de legitimación ante otras profesiones y miradas. “La mañana era el momento de los médicos y los psicólogos, la terapia, el grupo, las terapias biológicas, la enfermería, las corridas, las clases” (Camino).

Los discursos acerca de las tardes, en contraste, marcan cuestiones relacionadas con la desolación de las instituciones en ese turno, la soledad, los miedos, los riesgos asumidos o no, las estrategias para afrontarlos, las protecciones, pero también otras posibilidades relacionales, procesos de bienestar y mejoría, de creatividad y disfrute.

Esto ocurrió en las primeras prácticas pero también en el servicio y el Hospital de Día a cargo de García Badaracco, y en el servicio del Lanús a cargo de Mauricio Goldenberg, que proponían tratamientos intensivos y modalidades terapéuticas de jornada completa como la de comunidad terapéutica, donde la tarea vespertina era necesaria para sostener las estrategias terapéuticas propuestas por estos nuevos dispositivos asistenciales. En el Lanús, en particular, el esquema de actividades terapéuticas por la mañana y recreativas por las tardes se trasladó completamente al turno vespertino, donde también en estos espacios por las tardes participaban pocos profesionales, y Terapia Ocupacional contri-

buyó especialmente al sostenimiento de la atención, en especial de los pacientes internados.

A través de los discursos se pueden conocer algunas consecuencias que esta organización tuvo para la profesión. En un comienzo, contribuyó a invisibilizar el trabajo que las terapistas ocupacionales realizaban por las tardes, ya que no había quien lo viera. Sin embargo, esa invisibilidad permitió que durante las tardes se desarrollaran actividades que hubieran sido imposibles de sostener de ser registradas por la lógica manicomial, como por ejemplo la organización de actividades comunitarias, fiestas y salidas. La contracara de la falta de reconocimiento fue un mayor grado de libertad, un tiempo y modalidad menos regulados, mayor grado de permisividad desde la institución. Se trataba de una permisividad dada por la falta de registro y la incompreensión, más que por el apoyo a las intervenciones “novedosas”, que se encontraban bajo sospecha permanente.

Así, en las tardes, bajo el nombre de “recreación”, se desarrollaron prácticas profesionales no reducibles al formato de “objetivos terapéuticos y actividades según diagnósticos”, propias de la legitimación por referencia al discurso médico, sino caracterizadas por ser de planificación abierta a propuestas, actividades grupales, co-planificación con pacientes (al modo de club social), inclusión de los diferentes saberes de los pacientes (por ej. canciones, poesía, etc.), que se comparten con otros, organización de proyectos comunitarios: salidas, festivales, bailes. Estas características se incluyen en lo que más adelante algunos colegas caracterizaron como la cualidad de poseer sentido en sí mismas y no en función de otra cosa (Benassi *et al.*, 2013), el compartir el cotidiano (Almeida, 1997; Galheigo, 2003, 2011) y la producción colectiva material y afectiva, de la propia vida. Asimismo, se conforman como espacios de dignificación de la condición de sujeto más allá de la “significación terapéutica” de la actividad propuesta o realizada.

La modalidad de trabajo en jornada completa permaneció durante algunos años sin mayores modificaciones. Luego, cuando

comenzaron a crearse cargos en las estructuras nacional y municipal, la organización ya no quedó atada a la formación ni a la dinámica aprendida sino que se fue algunas veces reproduciendo, otras recreando en función de las características de los diferentes equipos, las necesidades de los usuarios, y las condiciones laborales. Aun así se encuentran numerosos ejemplos sobre la participación de Terapia Ocupacional en “las tardes” en relatos muy posteriores en diversos espacios y dispositivos.

DE LAS EXPERIENCIAS PIONERAS A LA POLÍTICA PÚBLICA: PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Hasta mediados de la década de 1960, los pocos cargos de terapeutas ocupacionales en salud mental existentes en instituciones públicas en el ámbito metropolitano tenían el principal objetivo de posibilitar la formación profesional o se sostenían con financiamiento gestionados por los propios equipos. Pero las políticas desarrolladas por el INSM a través del Programa Nacional de Salud Mental, implementado en 1967 por su interventor, el coronel Julio R. Esteves, y por el Plan de Salud Mental impulsado y dirigido por el doctor Mauricio Goldenberg para la Ciudad de Buenos Aires,¹⁹ marcaron un hito en la configuración del campo y la posición de las diferentes profesiones y actores que participaban en él.

Aunque con diferencias, ambas políticas expresaban una concepción diferente de la asistencia psiquiátrica y de salud mental, promovían la atención centrada en el modelo de comunidad terapéutica, equipos interdisciplinarios y red de servicios, inscribiéndose dentro de los lineamientos propuestos por la OMS. Las dos ponían énfasis en la capacitación de recursos humanos especializados capaces de llevar adelante prácticas con esta orientación y crearon o modificaron estructuras existentes para generar las condiciones para la inclusión de diferentes profesiones al equipo de salud.

Estas políticas se desarrollaron en un período histórico intenso y lleno de contradicciones, en el que coexistieron un clima social de profunda transformación con una sucesión de gobiernos de facto, represión de las movilizaciones y lucha anticomunista. En este período se alcanzaron importantes logros en cuanto a la transformación del modelo de asistencia psiquiátrica, con mayor protagonismo desde el INSM y participación de agrupaciones de profesionales como la Federación Argentina de Psiquiatras y, más

¹⁹ Se analiza en el capítulo “De las experiencias pioneras a la política pública: el Plan Goldenberg”.

adelante, la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental. Pero también tempranamente, y con mayor énfasis desde 1970, fuertes embates al impulso transformador.

El Programa Nacional de Salud Mental significó la habilitación del ingreso formal de terapeutas ocupacionales al sistema a través de la creación de cargos en instituciones de salud mental del país y la inclusión dentro de la gestión a través de la creación de un cargo de asesoría en el INSM. También, dado que para llevar adelante esas políticas era una condición prioritaria contar con los recursos humanos adecuados, se generaron nuevas posibilidades de capacitación. Paralelamente, en este período también se formalizó la inclusión de la profesión en el equipo de salud, en calidad de colaboración de la Medicina, y su reconocimiento por parte del Estado a través de la Ley N° 17.132 y su correspondiente Decreto Reglamentario N° 6.216, ambos de 1967. Y un año después se obtuvo la personería jurídica de la AATO.

ALCANCES DEL PROGRAMA NACIONAL

El Programa Nacional de Salud Mental fue la primera política nacional sobre el tema después de la reforma que protagonizó Domingo Cabred más de medio siglo atrás. Se planteó en una primera etapa la regionalización y diversificación de los servicios, acentuando el aspecto asistencial, y en una segunda, enfatizar acciones de prevención y rehabilitación psiquiátrica (Esteves, 1970).

La propuesta era mejorar la atención, promover la capacitación, incorporar nuevas disciplinas y trabajar con la comunidad el prejuicio, el aislamiento y la marginación. Mediante la regionalización se aspiraba a crear en todo el país una estructura mínima de servicios que permitiera a cada región atender sus necesidades con buena calidad de asistencia. La diversificación suponía la creación de distintas estructuras que funcionarían como “eslabones de una verdadera estructura psiquiátrica comunitaria” (Esteves, 1970: 92), como por ejemplo talleres protegidos, hostales, aldeas de rehabilitación, servicios de psiquiatría en hospitales ge-

nerales, centros de salud mental, centros especiales de educación técnica, guarderías y jardines de infantes para niños con retraso mental, y hogares gerontopsiquiátricos.

Otras estrategias propuestas incluían la articulación de programas con salud pública, cooperación con organismos de educación, trabajo y asistencia social, y coordinación de acciones conjuntas con religiones en campos comunes de interés (Esteves, 1970). “Se trataba de un plan que extendía los servicios psiquiátricos a través de Centros de Salud Mental, incorporaba nuevas propuestas como la formación de enfermería psiquiátrica, terapeutas ocupacionales, etc. y se proponía abrir las vetustas Colonias de Rehabilitación (por entonces los ‘once grandes establecimientos’) a través de la creación de servicios para pacientes ambulatorios, Comunidades Terapéuticas para los internados y planes de reinserción social para los pacientes” (Galende, 1996: 128).

El Programa suponía un cambio radical “en la forma de atender al enfermo mental, tanto en los hospitales como en la comunidad. Este cambio, basado en el respeto a la dignidad y en la eficacia terapéutica, se está orientando hacia la comunidad terapéutica, en la que se horizontalizan las estructuras de poder, se da activa participación al paciente en su asistencia, se aportan enfoques multidisciplinarios, se limita al mínimo indispensable la permanencia en el hospital, se da máxima participación al grupo familiar y se sigue al enfermo a su egreso y se le ayuda en su rehabilitación” (Esteves, 1970: 92).

Para lograrlo, el INSM contaba con un importante presupuesto y decisión política. Los hospitales nacionales pasaron a depender administrativamente del Instituto, que a su vez reestructuró su organigrama de manera acorde a las nuevas políticas en el área, incluyendo entre sus nuevas funciones la promoción de la salud mental, el estudio de “las estructuras y procesos sociales que inciden en la producción o intensificación de determinadas enfermedades mentales desde una perspectiva psicosocial” (Decreto 8280/68) y la participación de todos los actores, sumando voluntarios en lo que se denominó “Cruzada de Salud Mental”.

Algunos de los hitos relacionados con los derechos de los pacientes de este período, fueron la derogación del uso del chaleco de fuerza y la abolición de los uniformes en los hospitales psiquiátricos. Se modificaron aspectos cotidianos básicos como la posibilidad de manipular cubiertos, en reemplazo del uso limitado a la cuchara de madera, para la alimentación. En algunas experiencias la apertura de las puertas de los hospitales, el trato digno, el valor de la palabra y la participación de pacientes en propuestas de abordajes integrales también constituyeron profundos avances en esta materia durante el tiempo que duraron.

Respuestas al diagnóstico inicial

En el análisis previo al lanzamiento del Programa realizado por el INSM, realizado en 1966, se identificaron siete grandes áreas de dificultad: la falta de recursos humanos, la legislación insuficiente, la mala distribución geográfica de los recursos, la escasa o deficiente administración, la inexistencia o escasez de estructuras diferentes de las asilares que sirvieran como eslabones del sistema de atención, la incoordinación y falta de planes y apoyo a la investigación, y la desfavorable actitud de la comunidad hacia las personas con padecimientos mentales (Guedes Arroyo, 1977).

Con respecto al personal, se marcó la “falta o grave escasez de personal profesional o técnico especializado” en las instituciones dependientes del INSM²⁰ (Guedes Arroyo, 1977: 118), también se mencionaba la necesidad de contar con otras profesiones de salud y con profesores de educación física, música y artes. Otro problema que se señalaba era la concentración de recursos humanos: el 95% de los psiquiatras y colaboradores se concentraba en el 15% de la superficie del país (Capital Federal, Provin-

20 Según este diagnóstico de 3.800 trabajadores rentados solamente 240 eran psiquiatras y 128 enfermeros diplomados. En conjunto estos trabajadores asistían a unos 18.000 pacientes, de los cuales 7.000 se encontraban internados en los grandes hospitales monovalentes de la ciudad de Buenos Aires, muchos de ellos por no poder recibir asistencia en sus lugares de origen.

cia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe). Tampoco se contaba prácticamente con oportunidades de especialización y se sostenía que, a pesar del “excelente nivel teórico y de los antecedentes de la psiquiatría argentina”, los equipos y las técnicas psiquiátricas eran incompletos y desactualizados. En respuesta a esto, parte de las acciones del Programa se concentraron en la creación de cargos y la formación del personal.

Entre 1967 y 1970 se hicieron convenios de apoyo económico a provincias, universidades y otros organismos. Se crearon nuevas estructuras y se desarrollaron diversos programas dentro de las existentes. Algunas experiencias destacadas que se articularon con las políticas del INSM en esos años fueron: la Experiencia Roballos, dirigida por Guedes Arroyo; la Colonia de Rehabilitación de Ciudad Federal (Entre Ríos), dirigida por Raúl Camino; el Centro Piloto del Hospital de Lomas de Zamora a cargo de Wilbur Grimson; todas ellas lograron un funcionamiento efectivo como comunidad terapéutica, con resultados reconocidos internacionalmente. Otras relevantes fueron el Proyecto Piloto de Sectorización Geográfica Ameghino-Moyano, el Proyecto de Aldeas Protegidas y Hostales, la reactivación y programas de psiquiatría comunitaria en hospitales psiquiátricos de distintas provincias del país y la creación de los Talleres Protegidos dependientes del INSM (Guedes Arroyo, 1977). Más allá de la articulación con la política nacional, se sumaron las ya mencionadas de Goldenberg y Badaracco, y experiencias como la de la Peña Carlos Gardel, liderada por Alfredo Moffat en el Borda (Grimson, 1972), y otras en provincias como Tucumán, Misiones y Río Negro.

En materia de personal, se incorporaron “más de 2.500 agentes, muchos de ellos de profesiones que figuraron por primera vez, o existían en número insignificante: psicólogos, terapeutas ocupacionales, dietistas, enfermeras, trabajadores sociales psiquiátricos y kinesiólogos” (Esteves, 1970: 94). También se realizaron acciones de “formación de personal en todas las disciplinas relacionadas con el quehacer psiquiátrico (y) capacitación del existente en los nuevos enfoques” (Esteves, 1970: 93). Algunas

incluyeron distintas acciones de capacitación en servicio, como la ampliación de la duración y sedes de residencias de psiquiatría, la creación de una residencia de psicología clínica, un barrio estudiantil para becarios, cursos orientados a asistencia social, enfermería, administración de personal, estadística y costos.

En particular en Terapia Ocupacional, el problema de la escasez de profesionales para satisfacer la necesidad de una política pública con carácter federal no era menor, dado que hasta el momento había pocas egresadas de la ENTO y que la entidad, a pesar de contribuir a la formación de personas provenientes de las provincias a través de becas de la CNRL, no disponía de los recursos necesarios para formar una mayor cantidad de terapeutas con los requisitos del plan de estudios relativos al número de horas de prácticas, la doble jornada de cursada, etc.

Claramente la inclusión en los equipos no dependía únicamente del número de profesionales disponibles sino también de la decisión y la posibilidad de asignar presupuesto a su nombramiento, pero el número limitaba las posibilidades de que un nombramiento masivo pudiera ingresar en el debate. Desde el INSM se sostenía, además, que la formación brindada en la ENTO, creada para satisfacer la demanda de las secuelas de polio, era insuficiente para atender a las nuevas demandas del campo y por ello era necesario formar recursos de TO con mayor orientación en salud mental. Fue en este marco que el INSM apoyó también la creación de una nueva carrera de Terapia Ocupacional, que se llevaría a cabo en la ciudad de Mar del Plata, y amplió las becas y el alojamiento para realizar la formación en la ENTO a las ya ofrecidas por la CNRL.

La carrera en la Universidad de Mar del Plata

La Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata –que por entonces y hasta 1975, era provincial– abrió sus puertas en julio de 1968.

Las gestiones para su creación comenzaron en junio de 1967, con una propuesta del doctor Tesone como director del Centro de

Rehabilitación para Niños Lisiados (CERENIL) y miembro de la CNRL al rector de la Universidad; esta decía que la nueva escuela “debía contar con el auspicio de entidades locales, aprovechar para el desarrollo de sus programas los cursos regulares que ya se dictan en la ciudad y utilizar las instituciones que brindan sus servicios para la realización de prácticas”. Además de CERENIL, en la ciudad había una institución dedicada a niños con retraso mental que había apoyado la creación de la ENTO. Pronto se sumó también el apoyo del INSM, a través de su delegado Bernardo Lapín, quien llegó a la ciudad para visitar el Sanatorio-Escuela de CERENIL con el fin de elaborar un programa de apoyo a la tarea que realizaba, a partir de la integración de un equipo de trabajo en salud mental. En esa visita el problema de la escasez de terapeutas ocupacionales en el país fue comentado y Tesone propuso al delegado que el INSM contribuyera a la formación de ese personal apoyando las acciones iniciadas con la Universidad. Se definió entonces solicitar asesoramiento y apoyo a la CNRL junto a los actores y recursos locales.

Previamente, el INSM había solicitado asesoramiento a la CNRL para abordar el tema de la formación de recursos humanos en salud mental, para lo que se desarrollaron reuniones con Esteves como interventor del INSM, el director del Hospital Moyano, Lía Eyssartier como asesora del INSM, y Marta Fortain como directora de la ENTO y parte de la CNRL. Enterados de la iniciativa marplatense se propuso apoyar la creación de esta carrera en la Universidad, dadas las dificultades que hasta ese momento implicaba para la profesión el hecho de no estar insertas en casas de altos estudios. Es así que entre fines de 1967 y comienzos de 1968 se realizaron reuniones en las que se incluyeron los nuevos actores y se debatieron los lineamientos de la nueva escuela.

A partir de esto se estableció que la Universidad crearía la Escuela de Terapia Ocupacional y facilitaría sus dependencias, asesoramiento y personal administrativo para su funcionamiento, de acuerdo a sus posibilidades; que el INSM otorgaría los fondos para dos o tres años de funcionamiento y la CNRL daría las nor-

mas de funcionamiento y supervisaría la enseñanza; el Instituto Municipal de Estudios Superiores participaría poniendo a disposición de la Escuela los cursos que tenía y haciéndose cargo el primer año del pago de los profesores de las materias médicas que se dictaran; las instituciones participantes facilitarían sus instalaciones para la realización de prácticas y formarían parte de un Consejo Asesor de la Dirección. Se logró así que la formación tuviera un marco universitario, condición tan buscada desde los comienzos de la ENTO y determinante para el reconocimiento profesional en el campo.

La formación se organizó inicialmente en forma similar a la de la ENTO, y bajo los lineamientos exigidos por la FMTO. El primer plan de estudios, con el que se iniciaron las clases de la primera cohorte de estudiantes, en 1969, preveía una duración de tres años y medio. Luego, las autoridades que asumieron al realizarse el concurso de los cargos propusieron un nuevo plan de estudios, de cuatro años de duración, para la segunda cohorte.

El énfasis en dar a la formación en materia de salud mental se vio expresado en el llamado a concurso de autoridades, que requería a los postulantes experiencia en el área, y en el jurado, que estaba constituido por Lía Eyssartier, Marta Fortain y el psiquiatra Mario Ambrona. El concurso fue ganado por la terapeuta Emma Battaini. Luego se realizaron los concursos docentes, donde se desempeñaron como jurado diferentes terapeutas designadas por la CNRL como Lila Peña, Susana Ravachini, Victoria Toscano, Marta Fortain y Lía Eyssartier.

Asimismo, la oferta de lugares de práctica clínica era mayor en el área de salud mental. Esta oferta se ubicaba no sólo en Mar del Plata sino también en diferentes lugares del país a los que las alumnas viajaban por un período para cumplimentar sus horas de práctica. Hacia mediados de 1972, momento en que estaba egresando la primera cohorte de 17 estudiantes, los lugares de práctica clínica en el área en Mar del Plata incluían el Hogar de Ancianos, que funcionaba como práctica clínica del campo psiquiátrico, CERENIL y la Escuela Diferenciada N° 503. Otros lugares de práctica clínica eran

los hospitales Roballos, de Paraná, Entre Ríos y El Sauce, de Mendoza, así como los Talleres Protegidos de Salud Mental, el Centro de Salud Mental Ameghino y la Clínica Bonhour, las tres últimas instituciones ubicadas en la Ciudad de Buenos Aires.

Las materias básicas del área “psi” eran cursadas en forma compartida con alumnos de Psicología, generalmente tenían orientación psicoanalítica, aunque no era la que predominaba en los espacios de práctica, mientras que la materia de Terapia Ocupacional en Salud Mental fue dictada inicialmente por Alicia Torre y a partir de 1971 por Marta Suter, quien hizo foco en los aspectos dinámicos y de Psiquiatría Social, y a los que incorporó materiales desarrollados por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional.

Becas para estudiar en la ENTO

Implementadas en 1968, las becas que ofrecía el INSM para estudiar en la ENTO tenían una duración de tres años, se sumaron a las ya existentes ofrecidas por la CNRL y funcionaban de forma similar a estas, posibilitando el estudio a personas provenientes de diferentes provincias. Gladis López, una de las primeras becarias, describe su experiencia:

La beca consistía en casa y comida y dos mangos, para los transportes te alcanzaba. Y hacía una vida muy metódica, claro. De todos modos, la carga horaria era de ocho de la mañana a diecisiete horas, no te dejaba espacio para mucho más. Así que probamos con una compañera, una amiga de allá [su lugar de origen] y llegamos justito. Vivimos en el Borda tres años, en la esquina del Borda donde funcionaba salud mental. Las oficinas estaban abajo y arriba, en el último piso había habitaciones y un salón grande, ahí era el departamento de becarias. Y ahí estábamos las estudiantes de TO y había posgrados de trabajo social, de estadística, de enfermería psiquiátrica... gente de diferentes lugares del país que ya eran recibidas y que hacían

cursos de postgrado, éramos 6 o 7 que estudiábamos terapia ocupacional. [...] Del Instituto de Salud Mental creo que fuimos las primeras, había antes creo de carreras de posgrado que se hacían ahí, porque había unas cuantas habitaciones, nosotras ocupábamos unas cuatro. [...] Ahí teníamos nuestras habitaciones, que eran de a dos o de a tres a veces, esas construcciones de antes grandes amplias, ¡frío! [...] en el Instituto [de Rehabilitación] estaba el resto, que las envidiábamos porque cruzaban el patio y estaban en la Escuela, nosotras viajábamos una hora y pico, de Constitución a Belgrano cruzábamos la ciudad, así que cuando teníamos alguna clase en el Borda las invitábamos a tomar café. Esas becas permitieron estudiar a mucha gente del país y de otros países, era un buen recurso para quien se tomara en serio el estudio.

La modalidad de alojamiento en espacios asistenciales para la formación de recursos humanos de las provincias también se utilizó durante los primeros años de la década de 1970 para estudiantes de la Universidad de Mar del Plata cuando realizaban sus prácticas en Buenos Aires, quienes residían en los espacios que se habían construido como casas de prealta en los hospitales Borda y Moyano.

Cargos de terapeutas ocupacionales

En el marco del Programa Nacional de Salud Mental, Terapia Ocupacional pasó a formar parte del espacio de gestión y definición de políticas del sector en el INSM, participando en la elaboración de normas de servicios, en acciones de formación y en procesos de auditoría interdisciplinaria de las instituciones asistenciales del país. Este cargo fue desempeñado desde 1967 por Lía Eyssartier como asesora y entre 1969 y 1971 por Marta Suter, como supervisora.

En 1967 comenzaron los llamados a concurso para cargos asistenciales de Terapia Ocupacional en instituciones de salud mental dependientes del INSM de distintos lugares del país. En general, estos nombramientos acompañaron el desarrollo de experiencias de comunidad terapéutica como las del Hospital Roballos y Colonia Federal, en Entre Ríos, y del Hospital El Sauce, en Mendoza.

De acuerdo con las entrevistas y fuentes consultadas, Rosa Dato, a la que siguieron Griselda Von Arnstedt de Acharta, Mónica Rodrigo y Stella Maris García Paz se incorporaron al Hospital Roballos, en Entre Ríos, inicialmente en el equipo liderado por Guedes Arroyo; Raquel Menconi fue a Colonia Federal, que conducía Raúl Camino, también en esa provincia; Lila Peña continuó trabajando en el Hospital El Sauce, en Mendoza, y Florinda Rosa Lamas fue nombrada en el Hospital Psiquiátrico de Tucumán.

También se crearon cargos en los hospitales nacionales de la Ciudad de Buenos Aires. Así, en el Moyano ingresaron Irene Gorostiza, Elba Sosa Muller, otra terapeuta y poco más tarde María Celia Wernicke; y en el Borda, Rosa Inés Castellanos, Rita Omacini, Mónica Rodrigo y, según comentarios de las entrevistadas, quizás otra terapeuta más, quienes trabajaron en el Hospital de Día a cargo de García Badaracco. Estos nombramientos aliviaron a la CNRL y a sus terapeutas de la “misión” encomendada por Macdonald de mantener la continuidad de la formación, que quedaba fortalecida por la inserción institucional.

En 1970, en el recientemente creado Hospital Infante Juvenil Dra. C. Tobar García se abrió un cargo que fue cubierto por Marta Inés Cantoia, quien se insertó en el equipo de Hospital de Día coordinado por el doctor Horacio Turri y trabajó junto con psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras y fonoaudiólogos asistiendo primero a niños internados que provenían de la Colonia Montes de Oca y luego a pacientes que vivían fuera del Hospital, y realizando centralmente actividades grupales, talleres de arte y de juego. Y luego de la partida de este equipo de la institución, en 1974 se incorporó Ana María Papiermeister.

Otro cargo fue concursado en el Centro de Salud Mental Dr. Arturo Ameghino, que hasta 1978 dependió de Nación. Por muchos años el departamento de Terapia Ocupacional, que a diferencia de otras instituciones contaba con estructura funcional propia, estuvo a cargo de Mirta Mussi, de quien dependían tres auxiliares.²¹ Formó parte del Hospital de Día para adultos integrado por un equipo interdisciplinario. Compartía la tarea con musicoterapeutas, psicólogos, psiquiatras, varias asistentes sociales, kinesiólogo, neurólogo, un profesor de teatro y una expresionista corporal. El hecho de tratarse de un centro de salud y no de una institución psiquiátrica tradicional había permitido organizar dispositivos novedosos para la época donde Terapia Ocupacional participaba transversalmente con adultos mayores, niños con diferentes discapacidades y pacientes agudos de salud mental, entre otros.

A comienzos de la década de 1970, se crearon tres cargos de Terapia Ocupacional en los Talleres Nacionales Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica,²² cuya jefatura fue ocupada por Marta Suter hasta la década de 1990. Allí las terapistas trabajaban transversalmente con todos los talleres en la evaluación, seguimiento, adaptaciones, identificación de necesidades de entrenamiento y altas, así como también en articulación con los proyectos de distintas provincias.

Normas de funcionamiento de servicios de Terapia Ocupacional

Como parte del Programa Nacional se desarrollaron las “Normas para el funcionamiento de servicios de Terapia Ocupacional en los establecimientos del INSM”, que establecían principios básicos para el desarrollo de actividades y pretendían servir de guía para la organización de los servicios. Se definían propósitos, funciones (diagnóstica, terapéutica específica: de apoyo, sintomática y de in-

sight, prevocacional y de rehabilitación) y los tipos de instituciones donde las terapeutas ocupacionales podían desempeñarse.

Dada la necesidad de emplear un terapeuta ocupacional calificado se proponía incorporar a los servicios profesionales formados o enviar alguien de la localidad a estudiar a la ENTO o en la joven carrera de la Universidad de Mar del Plata. Se recomendaba combinar ambas estrategias, ya que la primera ofrecía la ventaja de un comienzo rápido al incorporar alguien ya formado y con experiencia, pero no aseguraba su continuidad ni que tuviera conocimiento de la realidad del lugar; la segunda, que consistía en enviar alguien de la localidad a estudiar la carrera, demoraba la instalación del servicio y tenía el inconveniente de la falta de experiencia previa.

Por otra parte se especificaban la dependencia del servicio dentro de la institución, que sería en la División de Psiquiatría Social y Rehabilitación cuando existiese la estructura, así como los cargos de sus integrantes, donde el jefe del servicio y los terapeutas ocupacionales eran los de mayor jerarquía y debían cubrirse los cargos con profesionales graduadas y título habilitante. Bajo su coordinación podrían incluirse auxiliares, técnicos o maestros especializados, estudiantes, líderes de grupo, voluntarios y personal administrativo. Se establecían también las condiciones ambientales que debía tener el servicio, normas de higiene y seguridad, horario y volumen de trabajo, equipamiento e insumos, así como la normalización de documentación técnica y administrativa relativa a informes y asistencia. Por último, se regulaba los peculios y las tareas extrahospitalarias de los pacientes.

21 Teresa Flores, de Misiones; Teresa Madrid, de Córdoba, y Daniel Dasara, de Buenos Aires. Dos de ellos luego continuaron su formación como psicólogos.

22 De los que hasta 1977 había seis en Ciudad de Buenos Aires, a los que se fueron sumando otros en distintos distritos (Bellomo, 2011).

CONTROVERSIAS EN TORNO A LA POLÍTICA NACIONAL EN SALUD MENTAL

En los grandes hospitales psiquiátricos de la Ciudad de Buenos Aires, a diferencia de lo que ocurrió en algunas provincias y en otros dispositivos, la implementación de la política nacional fue más dura debido a que allí se concentraba el poder de la psiquiatría clásica. En este ámbito las disputas hicieron recrudecer y aflorar más tempranamente el verticalismo y militarismo de la nueva gestión (Carpintero y Vainer, 2005; Bellomo, 2011), que desde sus inicios ya había eliminado las figuras colegiadas del Consejo y la Comisión Asesora del INSM por una conducción unipersonal. Marta Suter, al respecto menciona “yo sabía que él [Esteves] estaba con un equipo que arrasaban y arrasaban, porque realmente las resistencias eran muy grandes”; y otra referente que trabajó en el Centro de Salud Mental Ameghino lo recuerda así “había una contradicción entre la política de Esteves y otros dentro del INSM. Esteves era lapidario, él era interventor, pero también había mucha gente de avanzada en salud mental en ese tiempo, por ejemplo, desde Nación se organizaron cursos de Antipsiquiatría con Laing y Cooper”.

Algunas terapistas comenzaron a tomar distancia de esta modalidad y una posición crítica respecto de las acciones del INSM. Esta posición fue leída como un boicot al Programa, lo que generó una fuerte tensión y el distanciamiento de los nucleamientos profesionales organizados en torno a la ENTO y la AATO. También existían contradicciones dentro del INSM, donde varios se oponían al accionar de Esteves.

Un tema en que se expresaban posiciones distantes era el lugar que se debía otorgar al uso de la actividad en la rehabilitación. La política de Esteves había incluido dispositivos de rehabilitación laboral y la creación de Talleres Protegidos. Para algunas terapistas, ello significaba el retorno a la vieja lógica de la labor-terapia, y la utilización de los pacientes con fines funcionales a la institución en detrimento de la utilización terapéutica de actividades planificadas individualmente para cada paciente en función de

sus necesidades. En algunos lugares, como Colonia Federal, estas perspectivas coexistían enriqueciéndose mutuamente, pero en el Moyano la pugna entre la postura productivista versus los puntos de vista rehabilitantes que por lo general sostenía el equipo de salud (Camino, citado en Bellomo, 2011), con medidas impuestas en un contexto de intervención militar del hospital, determinó el conflicto con el INSM y la solicitud de retirada de los cargos de la CNRL que desempeñaban funciones en el Hospital. Esto fue seguido de la renuncia de la mayoría de las otras terapistas de la institución, ya con cargo del INSM, en solidaridad. María Celia Wernike²³ recuerda:

Pero después ya vino la intervención y vinieron profesores de actividades del CONET [Consejo Nacional de Educación Técnica]. Y ahí ya empezó, como que el concepto que nosotros teníamos de lo que era terapia ocupacional... lo que se empezó a hacer no era lo que nosotros pensábamos, o lo que nos enseñaban, o lo que creíamos que era re-habilitar para tener una vida fuera, no era hacer “cositas”... eso lo aprendimos; [cuando el paciente es considerado] una máquina que tiene que hacer 80 [unidades de lo que se le indicaba que hiciera], porque así se hacía en esa época en los Talleres Protegidos, hacían los remedios, o hacían carpintería [...] y ahí ya cambia la cosa... porque venían las profesoras, las sentaban a las pacientes y las hacían coser [...] Y las terapistas atendían los pacientes más comprometidos porque, lo que es imprescindible, es el abordaje, el vínculo que vos establecés con el paciente. Eso que a través de él vas haciendo, él te va diciendo lo que quiere hacer y vos le vas acompañando, eso es una terapia (Wernicke).

23 Estudiante ENTO 1964-1967. Terapeuta ocupacional en el Hospital Moyano 1967-1971 aproximadamente.

Otra posición en la profesión continuó acompañando la política de Esteves, entendiendo que la misma constituía la forma más adecuada de resolver el problema de la salud mental en el territorio nacional, y también argumentada en el derecho de los pacientes a recibir atención integral. Desde esta perspectiva, distintas estrategias, como la inclusión de técnicos del CONET y de los Talleres Protegidos, permitían dar acceso a recursos relacionados con el uso de la actividad en la rehabilitación en lugares del país donde no había suficientes profesionales, así como reservar el recurso especializado para los pacientes más complejos.

Otro punto de controversia fue la organización de cursos de auxiliares de terapia ocupacional, algo que existía en países como EEUU, y había sido utilizado como modalidad de excepción en Gran Bretaña durante la Segunda Guerra Mundial. La AATO se opuso a estos cursos, argumentando que esta figura podía llegar a ocupar el lugar de las profesionales, evitar la creación de cargos específicos y permitir el reemplazo del sueldo profesional por uno de menor jerarquía, y que la falta de posibilidades de supervisión atentaría contra la calidad de los servicios. Esta forma de implementación de la estrategia de cursos de auxiliares, sin establecer instancias de supervisión ni precisar o legislar, como en otros países, las relaciones entre profesionales y auxiliares resultó muchas veces en relaciones conflictivas cuando se nombraban terapeutas en los hospitales. La otra perspectiva sostenía que la oposición se trataba puramente de una defensa de intereses profesionales y que la decadente situación de las instituciones del país requería de la “proyección humanista” de la Terapia Ocupacional, ya presente en la formación dada por las inglesas.

El primer curso de Auxiliares de Terapia Ocupacional Psiquiátrica se realizó finalmente en 1969. Asistieron personas que desempeñaban tareas en los diferentes establecimientos psiquiátricos del país en forma rentada o voluntaria. Tenía una duración de seis meses con modalidad intensiva, un período de práctica en las instituciones y luego un tiempo más de formación. Cuando en 1971 se volvió a proponer la realización de estos cursos,

nuevamente se despertó el conflicto al interior de la comunidad profesional. Sin embargo, en esa ocasión los núcleos profesionales que se habían opuesto a la propuesta inicial consideraron que la participación de terapeutas permitiría transmitir con mayor claridad los alcances y límites de la formación de auxiliares y de la carrera profesional, y se acordó que el curso se denominaría de “auxiliares de rehabilitación”, despejando así los problemas de especificidad disciplinar.

Quedaban de esta manera planteadas las tensiones entre diferentes formas de propuestas de solución a la necesidad de formación de recursos humanos y estrategias de abordaje en salud mental en el campo profesional.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS Y OTRAS POSIBILIDADES PARA LA ACTIVIDAD EN LA RECUPERACIÓN

En otras experiencias, las diferentes perspectivas sobre el uso de la actividad y el trabajo en las estrategias de abordaje para la recuperación coexistieron enriqueciéndose mutuamente (Camino, citado en Bellomo, 2011) y dieron lugar a otras posibilidades en las que se destaca la participación en las valiosas experiencias de comunidades terapéuticas que se desarrollaron en distintos lugares del país.

En general, estas se propusieron como experiencias piloto, áreas de demostración que permitieran luego discutir los lineamientos de una política asistencial que pudiera extenderse a las diversas estructuras (Grimson, 1972). Inspirándose en distintas experiencias internacionales y en los desarrollos de Maxwell Jones, entre otros referentes, buscaron transformar la asistencia tradicional y generar una cultura terapéutica en la institución, con una propuesta integral de actividades que iniciaban con reuniones diarias (asambleas) con participación de pacientes y personal, seguidas de diversas actividades grupales programadas, tendientes a la externación. Plasmaron de diversas maneras los principios de democratización de las relaciones entre actores, permisividad, y

comunicación abierta y deliberativa, con participación de asistidos en procesos de planificación y resolución de situaciones. Con eje en la determinación social de los padecimientos mentales, se corría el centro de la clásica atención individual, las terapias físicas y la medicación, hacia operar centralmente sobre el ambiente y las relaciones sociales diversas con estrategias grupales, partiendo de la capacidad terapéutica de pacientes y personal como supuesto de base.

Estas experiencias conformaron también un laboratorio de exploración donde se examinaron y redefinieron en forma dinámica roles profesionales y de los distintos actores en los múltiples espacios de asambleas y reuniones, y que tuvieron importantes logros; algunas de ellas contaron con procesos de evaluación y reconocimiento internacional. La mayoría de estas experiencias, inspiradas con diversos énfasis y mixturas de Psiquiatría Social, Psiquiatría Comunitaria y Antipsiquiatría, generalmente con posicionamientos críticos de los enfoques centrado en el psicoanálisis, surgieron de iniciativas de psiquiatras y otros profesionales jóvenes que trabajaron con relativa independencia de las cátedras de Psiquiatría tradicionales y de los posicionamientos de buena parte de las direcciones de los grandes hospitales, y encontraron en ellas sus principales resistencias (Grimson, 1972; Guedes Arroyo, 1977).

La experiencia Roballos

La experiencia Roballos, en Paraná, fue de las pioneras. Logró la primera transformación de un hospital psiquiátrico en una comunidad terapéutica en el país, que fue declarado Centro Piloto Regional por recomendación de organismos internacionales en el breve tiempo que duró (entre los años 1967 y 1968). Se implementó con modalidad de puertas abiertas, con mayoría de pacientes agudos, mujeres y varones en forma conjunta, y distintas estrategias de integración con la comunidad y seguimiento post alta. Se sostuvo con algún personal rentado y honorario, incluyendo voluntarios de la comunidad. El equipo incluía médi-

cos, psicopedagogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, ayudantes de terapia ocupacional y de estadística, educadores sanitarios, enfermeros, odontólogos, bioquímicos, personal de maestranza, religiosos y voluntarios. Terapia Ocupacional, junto con Psicopedagogía, conformaban el departamento de Rehabilitación.

En el programa de actividades, Terapia Ocupacional ocupaba la mitad de la jornada, dividida en dos bloques diarios, uno por la mañana y otro por la tarde. Diariamente, de lunes a sábados, se realizaban reuniones de las que participaban todos los actores y actividades de recreación y deportes. Otras actividades de menor frecuencia eran reuniones de sector (grupos más pequeños), psicopedagogía, visitas a la comunidad, reunión social y expresión corporal. Había también un intenso programa de actividades del equipo, que incluía ateneos, reuniones de evaluación y de equipos por áreas, seminarios docentes, consulta externa, entre otros. Terapia Ocupacional se distinguía del uso del trabajo para la recuperación, que era conceptualizada como terapia industrial.

Los registros de sesiones según tipos de actividad contabilizan un promedio de 650 prestaciones mensuales. Entre ellas actividades de la vida diaria, arte, carpintería, cerámica, corte y confección, dactilografía, jardinería, música y coros, nudos, peluquería, recreación, limpieza del espacio, así como telar, títeres, encuadernación, educación física, folklore, y la supervisión de comidas.

Según Guedes Arroyo, su director, “en la Experiencia Roballos se tenía más en cuenta la evaluación y la evolución de la capacidad laboral de los pacientes que su diagnóstico de orden clínico. La columna vertebral de la comunidad terapéutica fue el programa de Terapia Ocupacional que se cumplió rigurosamente en horarios de mañana y tarde. La eficiente organización que realizó la terapeuta ocupacional Rosa Dato, con la entusiasta colaboración del personal que capacitó y entrenó en servicio, contribuyó de manera sobresaliente al éxito de esta experiencia” (Guedes Arroyo, 1977: 60).

Colonia Federal

Raquel Menconi llegó a Colonia Federal un año después de su apertura. En esta reconocida experiencia de Comunidad Terapéutica (Cutuli, 2005), que se sostuvo durante 10 años y en la que comenzaron unos 400 pacientes crónicos, el equipo profesional estaba formado por psiquiatra, médico clínico, bioquímico y odontólogo y personal de enfermería formado en servicio, a los que se sumaron un año más tarde Mencioni y una psicóloga.

Raquel hizo un trabajo extraordinario en los talleres de Colonia Federal, que nunca fue reconocido... era una chica de una capacidad, un espíritu de colaboración [en el Borda] nos conseguía los micros de Mercedes Benz para los paseos, por ella fuimos a Luján con los pacientes del Borda y del Moyano, al Pereyra Iraola, a la Fragata Libertad [...] esto siempre se lo recriminé a Camino, nunca la reconoció, él hablaba muy orgulloso de sus talleres pero nunca le reconocieron a Raquel su extraordinario trabajo allí (García de Ravachini).

Los relatos de Raúl Camino permiten recomponer huellas de su participación en ese espacio.

Yo cuando empiezo el hospital, a fines del 67, nombramos personal por concurso, llegamos sin pacientes y en marzo vienen los pacientes. [...] como no había terapeuta al principio y yo ya había visto una tendencia del paciente recuperado a integrar algún trabajo se organizaron distintos talleres, lo que permitía el lugar: quinta, caballos, jardinería, taller mecánico, zapatería, carpintería, administración, portería... eran como 40 sectores, así los llamábamos. [...] Cuando llega la terapeuta, ella trabajó en algunas cosas menores como las actividades de la vida diaria, algunos talleres, educó alguna gente para eso, y después se fue abriendo al sistema general. [...] Participaba de las reuniones mensua-

les que hacíamos con cada sector, para ver cómo le iba con los pacientes y luego de reuniones con el personal [...] También participaba en las reuniones con los pacientes, las asambleas, que eran tres por semana. [...] Yo lo que quería del personal, es que funcionaran como guías, es decir que hicieran el liderazgo compartido con los pacientes, que el paciente ejerciera el gobierno institucional. [...] Entonces la terapeuta era orientadora. Venía de una formación universitaria, era muy respetada su opinión [...]. Tenía espacio propio también, con la psicóloga, ellas por ahí juntaban pacientes para alguna cuestión, sobre todo con los pacientes muy deteriorados o muy rebeldes, que no querían ir, ahí sí hacían grupos particulares. Pero, digamos, la Terapia Ocupacional clásica, de taller, no se hizo mucho. No es que yo esté en contra, pero me pareció siempre que era como limitada. Yo vi que los pacientes tenían..., los crónicos, yo no sé, en agudos es distinto, pero los crónicos tenían una tendencia a salirse a la institución, a participar y el objetivo de la comunidad terapéutica es participar. [...] Tenían su ámbito, eran respetadas como profesionales e intervenían en la reunión de profesionales activamente. Entonces fue cambiando de un inicio de taller a una cosa más, más global (Camino).

Desde esta perspectiva, como en otras relacionadas al Programa Nacional, se acentuaban otros aspectos de las actividades, más vinculados al valor de la actividad en la recuperación de la autoestima y la dignidad. La consideración por las actividades de la vida diaria como “menores” deja entrever también una mayor valoración de la dimensión productiva por sobre la reproductiva, que se expresa también en la asociación entre actividad y trabajo. Sobre el rol profesional, el entrevistado dice:

Los terapeutas saben de la actividad... el hecho de saber de la actividad significa saber del espacio y

el tiempo y no de la palabra. Porque el psicólogo cuando hace terapia sabe de la palabra, está bien... creo que la palabra es transformadora no hay duda [...]. Pero la terapeuta además de la palabra, maneja el espacio y el tiempo. Y cuando maneja el espacio y el tiempo maneja la actividad y la actividad del paciente es, en última instancia, el trabajo, ojalá fuera en muchos casos, y el trabajo dignifica, la actividad dignifica. El sujeto cuando transforma el medio que lo rodea se siente distinto y lo que buscamos en una comunidad terapéutica o en una institución en general, es lograr que este paciente sumido en la locura recupere la autoestima, pero también su dignidad de persona y la dignidad de persona se recupera con el trabajo, no hay vuelta y esto son ustedes los que saben de eso (Camino).

Es interesante notar cómo esta marca del cotidiano y la dignidad no sólo en la producción sino en el mundo de la reproducción de la vida también está presente en otros espacios dependientes de Nación y dejaron huella hasta el presente. Al referirse a la participación de Mirta Mussi en el Centro de Salud Mental Ameghino, quien fue coordinadora del Hospital de Día años después, menciona “Nunca terminé de saber cual era su posición teórica. Lo que tenía era una actitud..., tenía la actitud de acompañar a los pacientes a realizar cosas, una cuestión de no perder los hábitos cotidianos, lo que ahora parece una tontería... que se bañen, limpiar la mesa cuando se termina de comer... cosas que son muy importantes. Que haya servilletas, que haya papel higiénico, cosas que parecen tonterías, cosas que yo hoy me ocupo en el hospital de día, a Mirta le importaban, la cotidianidad y la dignidad”.

El Sauce

En El Sauce de Mendoza (entonces Hospital Neuropsiquiátrico de Guaymallén), la Terapia Ocupacional se incluyó no bien se recibieron las primeras terapeutas. Lila Peña participó de la creación de los servicios de Terapia Ocupacional y de Recreación y Deportes, que se abrieron en 1961, bajo la dirección del doctor Herrera, de orientación en psiquiatría clásica y fenomenológica.

Fue un hospital pionero en el trabajo con psicofármacos desde comienzos de la década de 1960 y recibía un gran número de pacientes con problemas de consumo de alcohol. Basaba el tratamiento en actividades deportivas y talleres para evitar internaciones prolongadas y lograr un estado de mejoría que permitiera a las personas volver a sus espacios de vida, considerando la “remisión clínica” como criterio de alta, con seguimiento ambulatorio (Motuca y Gottino, 2009; Motuca *et al.*, 2017).

Desde 1964 comenzó a trabajar en equipo interdisciplinario integrado por médico, asistente social, terapeuta ocupacional, enfermería y psicología, en reuniones semanales (Buyatti, Carballo y Carballo, 2010); ese mismo año empezó a recibir estudiantes de la ENTO y luego también de la Escuela de Mar del Plata. Este fue un espacio de formación clave en los recorridos alternativos de la profesión en salud mental, al punto de que muchas protagonistas de experiencias de transformación en distintos ámbitos reconocen en Lila su “maestra” y el impacto en sus elecciones profesionales posteriores.

En palabras de Alicia Torre, quien fuera su primera estudiante y la reemplazaría cuando Lila se fue a Europa (promovida por el director del hospital viajó a Alemania becada, donde permaneció un año y medio trabajando con personas con padecimientos mentales relacionados con la experiencia de la Segunda Guerra Mundial): “Lila era una persona maravillosa... de mucha capacidad, que sabía transmitir lo que ella hacía, estudiosa... pero además tenía un trato con los pacientes que me marcó mucho [...]. Ahí había un lugar propio de Terapia Ocupacional que tenía todo su equipamiento”.

Las actividades incluían las físicas y recreativas al aire libre, como deportes y caminatas, y las expresivas, como pintura, danza y, más tarde, psicodrama. Como recuerda Lila Peña “recorriamos lugares, hacíamos de todo, Terapia Ocupacional tiene muchos aspectos, no solamente lo manual sino todo lo otro más, como les diría... que pone mejor el espíritu de las personas realmente para recibir lo que no sea la locura”.

Esta experiencia se destaca también por el trabajo en equipo y por el reconocimiento que se daba a la Terapia Ocupacional “habíamos formado un grupo entre los distintos profesionales que había ahí, era de entendernos, de cambiar nuestras ideas, reuniones, ponernos de acuerdo o empezar a discutir algunas cosas”, dice Peña.

Se trabajó con modalidad de Comunidad Terapéutica entre 1969 y 1973, y tuvo luego cierta continuidad hasta su desarticulación definitiva en 1976. Como en otras experiencias se destacan las reuniones de comunidad y las auditorias de ingreso y alta “donde participaban los profesionales de todas las áreas (de internación, rehabilitación y ambulatorias) y disciplinas del hospital, lo cual permite un seguimiento del proceso terapéutico y la articulación entre los actores” (Buyatti, Carballo y Carballo, 2010: 101). En este período hubo numerosos intercambios: Mendoza fue sede de las III Jornadas de Terapia Ocupacional, de las que participaron autoridades del INSM, profesionales de distintos lugares del país y público general; algunos profesionales realizaron viajes a otras comunidades terapéuticas del país y se invitaron a referentes como Moffat, Pavlovsky y Rojas Bermúdez. De esta experiencia se presentó un trabajo donde Lila Peña participó como coautora, junto a los doctores Nazar y Hernández (Buyatti, Carballo y Carballo, 2010; Nabergoi, 2019).

Otras

En esa época hubo otras experiencias que también colocaron foco en la actividad en la estrategia general de recuperación y se entrecruzaron de diversas maneras con los recorridos de Te-

rapia Ocupacional. Dos ejemplos destacados son la Peña Carlos Gardel y otras similares lideradas por Alfredo Moffat en diversos hospitales, con influencia de los desarrollos de Pichón Rivière; y la Comunidad Terapéutica del Centro Piloto del Hospital Esteves, en Lomas de Zamora, a cargo de Wilbur Grimson, donde participaron auxiliares de Terapia Ocupacional, en particular Oscar Correale, a quien Grimson reconoce como terapeuta ocupacional referente del espacio. Según Grimson para “la adecuada valoración del concepto de programa terapéutico debe recorrerse un camino de rescate de la *actividad* del desprestigio en el que la actitud psicoterapéutica la ha sumido” (Grimson, 1972: 72).

LÍMITES DEL PROGRAMA NACIONAL

A pesar de constituirse como de avanzada en numerosas cuestiones y de las contradicciones ya señaladas, el Programa Nacional colocó su centro en las mismas instituciones que pretendía modernizar, dejando “intacta la estructura de la atención psiquiátrica, los criterios de las cátedras de Psiquiatría en las Facultades de Medicina, y la hegemonía del modelo asilar en el conjunto de las instituciones asistenciales” (Galende, 1996: 128). Estas permanecieron hegemónicas, a pesar de los impulsos transformadores y la riqueza de las experiencias, “haciendo que los que sosteníamos propuestas de transformación permaneciéramos en los márgenes, muchas veces censurados o maltratados, de las instituciones académicas y asistenciales” (Galende, 1996: 125).

DE LAS EXPERIENCIAS PIONERAS A LA POLÍTICA PÚBLICA: EL PLAN GOLDENBERG

En paralelo al desarrollo de la política nacional en salud mental, en la Ciudad de Buenos Aires ocurrió una importante transformación. En junio de 1967 se creó el Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires. El organismo estaba a cargo de Mauricio Goldenberg, quien impulsó el Plan de Salud Mental de la Municipalidad de Buenos Aires.

El Plan Goldenberg, como se lo conocería, condensó los lineamientos de la OMS junto con su experiencia de más de una década a cargo del Servicio de Psicopatología del Policlínico Aráoz Alfaro, que contaba con características tan particulares como la convivencia respetuosa de pluralidad de perspectivas, la conformación de equipos interdisciplinarios, el fuerte énfasis en tareas de docencia e investigación, y el compromiso con la realidad local en articulación con lineamientos internacionales en salud mental. Y también lo que se ha dado por llamar “el estilo” de Goldenberg, que consistía en la articulación de los avances de la psiquiatría junto con diversas corrientes psicológicas puestas a resolver desafíos clínicos, con un psicoanálisis renovado por la atención de personas en el contexto de instituciones públicas, así como el interés por comprender los aspectos sociales de los procesos de salud y enfermedad. Todo esto materializado en la articulación de un grupo de personas alrededor de un diálogo y una práctica en la que los aportes singulares eran vistos como enriquecedores de los otros y del conjunto. Lo anterior, junto con la diferente situación inicial respecto de la estructura de atención en salud mental y comprensión de las respuestas necesarias, diferenciaba la política de la Ciudad de Buenos Aires de la nacional (Galende, 1996). En este mismo sentido, el Plan Goldenberg “se sustentaba en una reformulación global de la asistencia psiquiátrica: abría la problemática de la Salud Mental a la comunidad, a la participación de otros profesionales, al ingreso de los psicoana-

listas en la atención pública, a la inauguración de otros criterios y principios” (Galende, 1996: 128).

ALCANCES DEL PLAN

El Plan de Salud Mental se planteó integrado en el Plan General de Salud Pública. Partía de un diagnóstico global en el que se incluían aspectos demográficos y epidemiológicos, recursos materiales, humanos y asistenciales, así como también de docencia e investigación. Se trataba de un Plan a mediano plazo, que proponía objetivos a cumplirse en un período de cinco años y se proponía desarrollar programas de acción de carácter anual con metas correspondientes a cada ejercicio presupuestario, con creación de nuevas estructuras.

El diagnóstico inicial sobre los recursos humanos presentaba una situación similar al del Programa Nacional: en los 13 hospitales municipales había solamente 54 médicos, cinco enfermeras y seis asistentes sociales que desempeñaban funciones en salud mental, y no había ningún psicólogo ni terapeuta ocupacional rentados; a estos se sumaban 60 médicos y 50 psicólogos que trabajaban de forma ad honorem. Sin embargo, la realidad de la asistencia era muy diferente ya que prácticamente no existían en la estructura instancias de atención y había solamente 18 camas municipales destinadas a internación psiquiátrica, diez en el Hospital Piñero y ocho en el Centro Antialcohólico de la Asistencia Pública (Goldenberg, 1970; MCBA, 1969). Aunque la distribución geográfica de profesionales para dar respuesta a las necesidades resultaba una ventaja respecto de la realidad de otras zonas del país.

Se partía del supuesto de que la salud mental es inseparable de los demás aspectos de la salud, definida desde la OMS como estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente como ausencia de enfermedad. El abordaje de la salud en este sentido debía considerar no solamente al hombre individual sino en relación con su familia, medio laboral y su comunidad, y debía considerar las variaciones culturales y geográficas. Para ello

se proponía desarrollar simultáneamente acciones en prevención, asistencia, rehabilitación, investigación y docencia, asegurando un cuidado continuo a través de la integración interna (de la atención en salud mental) y externa (respecto del sistema de salud) de los servicios. Sostenía que “el cuidado de la salud debe ser encarado por equipos de trabajo interprofesionales” por lo que era central en salud mental “formar equipos en los que estén representadas las diversas profesiones relacionadas” (MCBA, 1969: 9).

El Plan fue caracterizado por su ideólogo como “de psiquiatría comunitaria” (Goldenberg, 1970: 82), retomando los desarrollos del estadounidense Gerald Caplan. Su misión era la de estructurar un “sistema psiquiátrico de funcionamiento homogéneo, con un organismo central asesor, una red de establecimientos interrelacionados, ágiles en función de su descentralización ejecutiva, a fin de permitir la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales y promover la salud mental”, contemplando acciones en los diferentes niveles (MCBA, 1969: 9) e implicaba la creación de dos tipos de servicios.

En los hospitales generales se implementarían servicios de Psicopatología y Salud Mental, con posibilidades de internaciones breves, de emergencia y consultorios externos. El tratamiento se daría a través de diversas psicoterapias, terapia ocupacional, organización de club de pacientes y terapias biológicas. Debía ser lo más intenso y breve posible, ello se lograba “mediante un adecuado estudio de todos los factores involucrados en el caso y la ejecución de acciones simultáneas, por distintos profesionales, en las áreas de la vida del paciente detectados como más susceptibles de ser modificados en menos tiempo, y cuya modificación ofrezca más garantías de mantener un equilibrio satisfactorio permanente” (MCBA, 1969: 18). Este tipo de servicio colocaba el énfasis en los aspectos asistenciales y de recuperación de la salud.

Los Centros de Salud Mental, por su parte, brindarían atención ambulatoria a través de hospitales de día y consultorios externos, con mayor énfasis en acciones de prevención y promoción de la salud mental y un diálogo más continuo e íntimo con la comunidad donde

se inscribe para lograr la movilización de sus recursos potenciales. Las acciones del Centro estarían coordinadas con el servicio de salud mental del hospital general, del cual a su vez dependería.

Los distintos dispositivos estaban pensados como una red de atención cuya función era trabajar en forma articulada bajo el concepto de cuidado continuo y con modalidad de comunidad terapéutica. Se esperaba desarrollar terapias biológicas, psicoterapias intensiva y breve individual, por grupos y familiar, terapia ocupacional y social (Goldenberg, 1970).

Inicialmente se habilitaron los servicios de Psicopatología y de Salud Mental de los hospitales Ignacio Pirovano, Torcuato de Alvear y Enrique Tornú, el Centro de Salud Mental N° 1 y la Sección de Psicología Preventiva en el Hospital de Niños. Posteriormente se crearon el Centro de Salud N° 2 y servicios en distintos hospitales generales. De esta manera, en esos pocos años, entre finales de la década de 1960 y primeros años de la siguiente, se conformó lo fundamental de lo que hasta la actualidad “constituye el panorama de la salud mental en toda el área metropolitana” (Galende, 1996: 128).

Equipos interdisciplinarios

El Plan se basaba en que la incorporación de aportes de profesionales de psicología, terapia ocupacional, enfermería, sociología, antropología, y también personal no profesional, con sus técnicas, aumentaban los instrumentos adecuados para resolver los problemas de salud mental; y que trabajo en equipos interdisciplinarios era fundamental para sostener los cuidados. La idea de que la psiquiatría clásica era insuficiente para dar respuesta al sufrimiento humano contenido en las llamadas enfermedades mentales ya estaba presente en el servicio del Lanús, legitimando el llamado a otras disciplinas a participar en el abordaje de estos problemas y a “aceptar los criterios de la salud mental como superadores de los enfoques restrictivos de una psiquiatría basada en los solos criterios médicos de enfermedad” (Galende, 1996: 126).

Desde esa experiencia se afirmaba que el “desarrollo grupal se facilita por una relación interpersonal no discriminatoria por prejuicios raciales, políticos, religiosos, etc., y por la tolerancia y respeto hacia las distintas orientaciones teóricas individuales, permitiendo una coexistencia doctrinaria, el intercambio y la colaboración [...] lo característico de nuestra actitud es el intento de superar las limitaciones de un mero ejercicio técnico, en un esfuerzo permanente por comprender, y comprometerse, con la totalidad de la condición humana. Esto se traduce en una tarea científica, asistencial, preventiva y social. El compromiso se da en la labor común institucionalizada” (Goldenberg *et al.*, 1966: 82).

El Plan también implementaba los medios materiales para esta inclusión: creaba las estructuras necesarias y actualizaba el nomenclador municipal, en el que no estaban considerados psicólogos ni terapeutas ocupacionales; y el escalafón municipal, donde no eran tenidos en cuenta estos últimos ni los sociólogos. Esto era necesario, además, para atraer a los profesionales al ámbito público y que no prefirieran el ejercicio en el ámbito privado.

No se trataba solamente de sumar profesiones al equipo de salud, sino de generar condiciones para el enriquecimiento mutuo y la potenciación de los saberes implicados. Tampoco era una propuesta estática ni completamente definida de antemano, sino que constituía el punto de partida de un proceso que ponía de manifiesto la necesidad de “investigar todas sus posibilidades, delimitar las funciones, evitar superposiciones, etc.” (Goldenberg, 1970: 81). Ello implicaba la creación de instancias operativas destinadas específicamente a esta construcción.

Para la formación de recursos humanos se proponían cursos para auxiliares de enfermería y de actualización para psiquiatras, grupos con médicos no psiquiatras y programa de residencias en psiquiatría, grupos de reflexión sobre la experiencia en su tarea cotidiana (grupos Balint), capacitaciones en servicio y articulaciones con instancias de formación de grado, por lo que varios de los espacios asistenciales fueron lugares de práctica de la ENTO y de otras disciplinas.

Los roles en el equipo de salud mental, una construcción colectiva

Como parte del proceso de elaboración del Plan se creó un comité interprofesional que tenía como objetivo definir los roles y funciones de los equipos, y contribuir a la construcción de normas de funcionamiento de los servicios. Se partía del reconocimiento de que había heterogeneidad en cuanto a lo que cada profesional conceptualizaba como “equipo de trabajo” y posiblemente desconocimiento del rol y de los aportes teóricos a la tarea de cada integrante del equipo de Salud Mental, por lo que era necesario promover un diálogo del que surgieran con claridad las diferencias y los elementos comunes.

Para conformar el comité se invitó a personas de reconocida capacidad en su campo para representar a cada profesión; en Terapia Ocupacional fueron Susana Ravachini, entonces vicedirectora de la ENTO y docente de Terapia Ocupa en Salud Mental, Alicia Torre y Susan Edbrooke, ambas del Centro de Salud Mental N° 1. Este comité se reunió semanalmente durante tres meses; como resultado se elaboró un informe general y cada grupo profesional aportó un documento sobre su rol y funciones.

El informe general describía los criterios a los que se había arribado respecto del trabajo en equipo. En lo operativo, el equipo de salud mental se conformaría con integrantes de trabajo social, enfermería, medicina, psicología y terapia ocupacional, y se consideraba la inclusión de otras disciplinas vinculados al campo como sociología y antropología. Se ratificaba la preferencia por la denominación “Salud Mental” por su amplitud para abarcar tanto la enfermedad como la salud mental, desde atención individual hasta la comunitaria y desde la rehabilitación hasta la prevención integral.

Se definía el trabajo en equipo como “más que la suma de los enfoques de cada uno de sus integrantes. Implica sobre todo una visión y un abordaje integrados de la tarea concreta en la que se ve abocado”. Se consideraba, desde el concepto de Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO), acuñado por Enrique Pichón Rivière y definido como “conjunto de experiencias, co-

nocimientos y afectos con los que el individuo piensa y hace” que todo trabajo en equipo tenía como base la preexistencia del esquema referencial de cada miembro, “y que adquiere unidad a través del trabajo en grupo promoviendo a la vez en ese grupo un esquema referencial efectivo sustentado en el común denominador de los esquemas previos” (MCBA, Departamento de Salud Mental, 1969: s/p). Esto posibilita lograr una comunicación en el equipo que se mantenga activa, es decir creadora, que permita construir un lenguaje común, permanecer abierto a los nuevos conocimientos que realimenten y mantengan flexible el ECRO del equipo, y estimular toda posibilidad de cambio tanto en lo referente al funcionamiento del equipo en sí como de la tarea concreta que realiza impidiendo roles estereotipados.

El funcionamiento del equipo debía garantizarse por la autonomía y responsabilidad de sus miembros en tres sentidos básicos: científico, avalado por la formación teórica y técnica en el propio campo profesional; instrumental, dado por un entrenamiento que permita el abordaje adecuado de la tarea en un encuadre que protege y asegura que la acción sea eficaz; y socio-profesional, sostenido por la revisión crítica de la tarea, la relación con otros miembros del equipo y la inclusión en un marco institucional a los fines de poder modificarlos cuestionando las normas existentes. Se consideraba que esta autonomía se veía muchas veces obstaculizada por criterios formales, legales y administrativos tales como reglamentaciones y estructuras administrativas.

Se enfatizaba la importancia de promover la salud mental de los propios miembros del equipo como condición imprescindible del tipo de tarea desarrollada, para lo cual se establecían reuniones periódicas centradas en el equipo. La idoneidad profesional, autonomía y salud mental del equipo conformaban los fundamentos del mismo y garantizaban su seguridad y, con ello, la calidad de la asistencia.

Rol y funciones de la Terapia Ocupacional

En base a las pautas establecidas para los informes de cada profesión, para Terapia Ocupacional se elaboró un documento que permitía aproximarse a las formas en que el modelo inicial se integraba y redefinía con los devenires del campo a partir de las primeras experiencias de participación interdisciplinaria. El documento presentaba también una síntesis de la historia de la profesión desde sus comienzos, los cambios y enriquecimiento que había tenido, y destacaba el aporte al trabajo en equipo producto de la ampliación del criterio de rehabilitación y el de las teorías dinámicas en relación con la multidimensionalidad de enfoque de los problemas mentales.

El objetivo de la profesión, que podía variar de acuerdo al campo de actuación y las técnicas utilizadas, era definido como “la utilización del terapeuta ocupacional como instrumento terapéutico, del aprendizaje de una actividad como agente integrador de la personalidad; de su producto como elemento gratificador que provee sentimiento de realización; de las actividades recreativas con su provisión de placer y relajación y sentido de sí mismo, todo dentro de un grupo interactuante que ayuda a la socialización del paciente” (Ravachini, Edbrooke y Torre, 1969: 3).

Se distinguían varias funciones: diagnóstica, terapéutica específica, preventiva y prevocacional.

La función diagnóstica estaba relacionada con la información que se podía aportar al equipo, dada por las características particulares de los espacios de Terapia Ocupacional que permitían observar la relación con los objetos y donde se favorecía la expresión libre de las conductas. Se aportaba en la detección de cambios sutiles y previsión de desenlaces posibles del proceso de los pacientes.

La función preventiva se llevaría a cabo en los centros de Salud Mental, con especial articulación con las asistentes sociales. Se distinguía en una función preventiva de apoyo que incluía organización y participación en clubes sociales, talleres protegidos y

trabajos orientados en las dependencias de la institución; y una función orientadora, que consistía en el trabajo en la comunidad y en escuelas, ambos por medio de la organización de clubes sociales.

La función prevocacional, abarcaba la evaluación de habilidades e intereses vocacionales, el desarrollo de hábitos de trabajo y aumento de resistencia a la fatiga y una introducción a la formación laboral. Se mencionaba que para esto era necesario contar con establecimientos y personal específicos y se incluiría en los servicios en la medida de las posibilidades.

La función terapéutica específica se ejercía a través de tres modalidades que se implementaban según las necesidades determinadas por la ideología de la institución, el tipo de tratamiento y el diagnóstico: Terapia Ocupacional de apoyo, destinada a estimular los aspectos positivos del paciente y fortalecer su yo a través de tareas que produzcan algo útil, utilizada especialmente con pacientes crónicos y como introducción a un tratamiento más profundo, así como también en los períodos de pre-alta; Terapia Ocupacional sintomática, orientada a reducir la sintomatología no deseada ofreciendo oportunidades de descarga y canalización constructiva de conductas patológicas; y Terapia Ocupacional de insight, que coloca al paciente en actividades que le permitan tomar conciencia de sus conflictos y resolverlos, requiriendo de la interacción con el psicoterapeuta, conocimiento de teoría psicoanalítica y una actitud interpretativa. La actividad, el manejo de las relaciones interpersonales y el medio ambiente eran los elementos para desarrollar estas funciones.

La actividad era utilizada como medio terapéutico con base en el análisis de las posibilidades que ofrece en los aspectos físico, mental, psicológico, oportunidad de ser puesta en práctica, adaptabilidad y variedad, entre otros. Podía ser manual creativa o recreativa, esta última con funciones social, recreacional o específica.

En el manejo de las relaciones interpersonales, se tenían en cuenta fundamentalmente las de terapeuta-paciente y paciente-grupo. Al respecto se decía que “las actividades son efectivas sólo en la medida en que el terapeuta ocupacional, como partici-

pante activo en la situación de tratamiento, pueda llevar a ellas calor genuino, comprensión, flexibilidad y objetividad”, para lo cual era necesario que el profesional se reconociera como ser humano y comprendiera sus propias necesidades, limitaciones y sentimientos” (Ravachini, Edbrooke y Torre, 1969: 5). Con respecto a la relación paciente-grupo mencionaba “una de las principales finalidades del tratamiento en grupo es establecer situaciones que faciliten y den oportunidad para desarrollar el sentimiento de responsabilidad y convivencia social” y reconocía el uso y función del grupo como medida terapéutica (Ravachini, Edbrooke y Torre, 1969: 6).

Otro aspecto considerado era el medio ambiente, tanto el espacio físico y las condiciones y clima de trabajo. Era fundamental que en el espacio primara un clima informal que permita a los asistentes aportar “un aire personal”, sentirse cómodos y libres para expresarse y colaborar en su tratamiento, junto a “una actitud firme, cordial, receptiva y permisiva del terapeuta ocupacional” (Ravachini, Edbrooke y Torre, 1969: 6).

La organización de la tarea diaria seguía el esquema clásico de un bloque de actividades manuales o creativas seleccionadas “específicamente para cada paciente o grupo de pacientes” (Ravachini, Edbrooke y Torre, 1969: 6) seguidas de un bloque de grupo de actividades recreativas y sociales, que se adaptaría a las diferentes realidades de la asistencia.

Se mencionaban también aspectos asistenciales, incluyendo las posibilidades de relación con la psicoterapia, y docentes del rol dentro del equipo; y las expectativas respecto de los otros miembros del equipo.

Finalmente, en las Recomendaciones se resaltaba la necesidad de que la selección de personal, tanto de terapeutas como de voluntarios, se realizara a través de una selección estricta dada por todo el equipo de salud mental. También se proponía como necesario un espacio de trabajo semanal con un psicólogo con experiencia en grupos centrados en la tarea u otro tipo de instancias que permitieran aliviar la “suma de tensiones”, producto de

la gran cantidad de horas que pasaban diariamente en interacción pacientes y terapeutas así como las características del encuadre, que era “de difícil apreciación”, debido a que el tratamiento podía llevarse a cabo en diferentes espacios, con personas y actividades variadas (Ravachini, Edbrooke y Torre, 1969: 1969).

LA PARTICIPACIÓN SE HACE LETRA DE LA POLÍTICA

De esta manera el Plan de Salud Mental de la Municipalidad de Buenos Aires fue co-construido con los diferentes integrantes del equipo de salud. Las apropiaciones subjetivas de ese proceso y las experiencias de participación se ilustran en algunas de las frases de las entrevistadas.

Goldenberg nos reunió a terapeutas, asistentes sociales, médicos, psicólogos, enfermeros y entre todos fuimos haciendo las incumbencias de cada profesión, acá la tengo... [señala los papeles], lo hicimos con Susana Ravachini y con Susan Edbrooke. Bueno, eso fue publicado y eso fue, digamos, elevado para que aprobaran un plan de salud mental de Goldenberg. Cuestión que el plan es aprobado [...] juntaron todo lo que decía el servicio social, todo lo que decía psiquiatría, todo lo que decía psicología, todo lo que decíamos nosotros y, como les digo, con eso salió el plan de salud mental (Torre).

Yo estaba en la Escuela. Goldenberg manda una nota pidiendo mi participación para la definición de roles del equipo de salud mental [...] Estábamos las tres: Susan Edbrooke, Alicia Torre y yo en esa pequeña comisión donde hicimos un lindo trabajo las tres, presentando los roles, qué función tendría que tener la terapeuta ocupacional y qué sugerencias le dábamos al equipo de salud mental [...] la experiencia del hospital de día [de García Badaracco] la plasmamos ahí, en ese trabajo. [...] Él [Goldenberg] nos apoyaba, casi no estaba, pero

cuando venía te daba fuerzas, te hacía sentir como eras qué sé yo qué... y bueno, después lo plasmó, lo más importante, es que lo plasmó. [...] yo recuerdo con mucho placer ese trabajo, las tres juntas, siendo tres terapistas en un lugar que había mucha gente que no conocíamos haciendo esto (García de Ravachini).

Una ficha de evaluación y seguimiento mental utilizada en el Nancy State Hospital de Nueva York, traída por Alicia Torre, sirvió para organizar la asistencia adaptándola a nuestro medio: “En cuanto yo llego [en 1967], no sé cómo fue que me llamó Mauricio Goldenberg, seguramente porque sabía que yo había llegado de Estados Unidos, y yo tenía una ficha de evaluación de terapia ocupacional en salud mental. [...] era una traducción de la que yo usaba en Estados Unidos, pero con algunas cosas mías”, recuerda. Esta ficha fue utilizada en distintos servicios, y operó como dispositivo de organización, distinción y jerarquización del rol profesional; según distintas entrevistadas que la utilizaron, colaboraba con la comunicación, derivaciones y comprensión del trabajo de las terapistas en las instituciones.

Goldenberg solicitó a las terapistas que realizaran un listado de equipos, herramientas y materiales necesarios para el desarrollo de las actividades, que fue tomado e incluido en el texto del Plan. “El Plan de Salud Mental es curioso, como les digo, porque hay varias páginas, que es todo una lista de cosas para terapia ocupacional, hasta un Winco, una guitarra... Porque eso tenía que ser aprobado por presupuesto”, recuerda Alicia Torre.

FUNCIÓN ASISTENCIAL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

De acuerdo con el Plan, tanto en los Centros de Salud Mental como en los Servicios de Psicopatología, Terapia Ocupacional desarrollaría principalmente funciones en Hospital de Día y en Internación. El hospital de día estaba pensado como una internación parcial con tratamiento intensivo en el cual “un grupo

de pacientes permanecen de 8 a 17 horas, realizando actividades que un equipo interdisciplinario ha programado para ello: especialmente terapia ocupacional, psicoterapia individual y grupal y todo tipo de actividades grupales” (MCBA, 1969: 17).

La organización de las actividades y las funciones profesionales en cada uno de estos espacios se ajustó a las características propias de la propuesta institucional (por ejemplo el Centro N° 2 era especializado en prevención primaria, el Servicio del Tornú dedicado a los pacientes fisiológicos internados allí); las del equipo de salud mental (orientación teórica del jefe y de los miembros del equipo, clima de trabajo, modalidad de organización, etc.); y las posibilidades dadas por los procesos socio-históricos de los años en los que se inscribieron, caracterizados por marchas y contramarchas de los movimientos de transformación en salud mental y en relación con los devenires sociales y políticos de la época.

Una característica del Plan que marcó diferencia con respecto a la concepción tradicional del trabajo de las terapistas fue que su carga horaria pasó a ser de media jornada diaria, como el resto de los profesionales del equipo. Dentro de esto, en cada caso el tiempo de trabajo se organizó de forma diferente; por ejemplo, en el Alvear, una terapeuta cubría el turno de la mañana y otra el de la tarde, en el Tornú iban por la tarde para intensificar el trabajo con los pacientes en ese turno y en el Pirovano se organizaban en algunos días de la semana intensivos. Al igual que otros profesionales, las terapistas comenzaron a repartir su jornada laboral entre el ámbito público y el privado.

Con respecto a las condiciones de trabajo, los cargos inicialmente fueron interinos, ya que esta fue la forma de realizar los nombramientos de quienes no estaban contemplados en el escalafón municipal. Eran en su mayoría de 18 horas semanales. Los primeros nombramientos se realizaron en calidad de técnicos pero poco después pasaron a ser en calidad de profesionales.

ASISTENCIA Y FORMACIÓN

Casi todos los espacios abiertos en el marco del Plan estaban a cargo de reconocidos psiquiatras, psicoanalistas y/o dinámicos, muchos de los cuales se habían formado en el servicio del Lanús. Algunos se conformaron como lugares modelo de formación de todo el equipo de salud mental. El valor por el trabajo que allí se desarrollaba se veía en la gran cantidad de profesionales que se desempeñaban ad-honorem con el fin de formarse en la modalidad de trabajo, y en las referencias que se realizaban sobre quienes iban a supervisar el trabajo, personas reconocidas del campo de la salud mental como Ulloa, Hugo Hirsch, Pavlovsky y Kesselman, entre otros.

Desde el comienzo los espacios funcionaron como lugares de práctica clínica, los cargos iniciales fueron cubiertos por terapistas recibidas entre 1961 y comienzos de 1970; la mayoría había trabajado, o al menos realizado prácticas clínicas, en lugares como el Hospital de Día de Badaracco, el servicio de Lanús, o en El Sauce con Lila Peña; y en los relatos la inserción en el Plan Goldenberg se construye como una continuidad entre estos espacios. Estas terapistas abrieron los primeros lugares de práctica clínica que acompañaron los procesos de transformación de la formación profesional tales como las nuevas discusiones sobre lo grupal y el uso del guardapolvo (Destuet, 1999). La primera generación de terapistas formadas con los cambios que se dieron a comienzos de la década de 1970²⁴ postulaban para un grupo grande de cargos que se abrieron en ese período. De esta forma, buena parte de la generación que egresó en esos años, formada con mayor contenido y énfasis en el campo de salud mental, realizaba sus prácticas clínicas y se insertaba en la atención pública en equipos interdisciplinarios en el marco del Plan Goldenberg. Y cada espacio tenía características particulares.

24 Se analizan en el capítulo “Diálogos entre las prácticas y la formación”.

En cada espacio...

El Centro de Salud Mental N°1 se inauguró el 15 de abril de 1968, fue “el primero de una serie de establecimientos análogos que se distribuirán con arreglo a las posibilidades y prioridades zonales, en distintos puntos de la ciudad” (Goldenberg, 1970). En él comenzaron a trabajar Alicia Torre junto con Susan Edbrooke. Los equipos se organizaban en consultorios externos, hospital de día y comunidad. Irma Paz como jefa, una psicóloga, una asistente social, un psicólogo de familia y un musicoterapeuta conformaron el equipo del hospital de día. Las asambleas formaban parte del organigrama y los sábados se hacían las multitudinarias reuniones de equipo de todo el Centro con su director, Carlos Trosman primero y luego Hugo Rosarios, a cuya memoria hoy el Centro lleva su nombre. Este Centro impactó especialmente en la formación, todos querían ir allí a hacer práctica, y también tuvo protagonismo en procesos de transformación de la carrera que se dieron en la ENTO. A comienzos de la década de 1970 se incorporaron las terapistas Clara Fernández de Álvarez y Marta Cantoia, que venía del Hospital Tobar García, con el equipo del doctor Turri, para armar el Hospital de Día de Adolescentes.

El Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Ignacio Pirovano se inauguró un año después que el Centro N° 1, con el que trabajaba en articulación. Contaba con camas de internación y servicio de emergencia. Allí comenzaron a trabajar Patricia Barr y luego Mirta Deluca, Susana Llimós y Úrsula Buchter. Bajo la conducción de Hugo Rosarios, luego de Marcos Wainstein y Ana Giller, se trabajaba en una sala de internación mixta con modalidad de comunidad terapéutica. Se trataba de un espacio pionero, que fue sede, no bien comenzó, de la primera residencia de médicos del Plan Goldenberg. “Trabajábamos con pacientes internados del Pirovano, les daban de alta y los mandaban al hospital de día, y si se descompensaban en el Centro, los mandábamos al hospital”, recuerda Alicia Torre. Y Mirta Deluca agrega que se trabajaba “muy en equipo, muy integrada la tarea, con la idea de comunidad terapéutica, sin delantal, toda la línea antipsiquiatría, la menor medicación posible, trabajo con

asambleas y en equipos interdisciplinarios”. La jefatura de Hugo Rosarios fue descrita como “creativa, con empuje, vital, abierta, socializadora de todos los saberes que se daban”, por Susana Llimós, y como “un referente muy importante para los residentes, inteligente, brillante, con mucho manejo de los jóvenes que éramos”, por Mirta Deluca.

En el Centro N° 1 y en el Pirovano, las terapistas ocupacionales tuvieron la posibilidad de diseñar arquitectónicamente el espacio de trabajo donde se desarrolló el Hospital de Día. Nuevamente aparecía la participación en la transformación de los espacios físicos. “[Se hizo] un depósito con placares, con tablonces, después una sierra, un horno de cerámica, otras máquinas más. Y en la parte de arriba había mesas, todo con cajones para guardar cosas, estantes para poner las cosas de los pacientes y tres oficinas. Una era la oficina de terapia ocupacional [...] Entonces estábamos Susan y yo pintando paredes, buscando mesas, buscando sillas, armando el hospital de día. Y se fue armando también con la gente, con el equipo... este que fue para mí la mejor experiencia como terapeuta ocupacional, por el lugar de pertenencia que uno sintió”, recuerda Torre. Un cuarto de siglo después la escena fue evocada por quien fuera el primer director del Centro: “tampoco había un salón preparado para el hospital de día, todavía estoy viendo a Alicia Torre y Susan Edbrooke subidas a unas escaleras unos días después de la inauguración pintando el salón principal” (Trosman, 1993: 11).

En el Servicio del Tornú, hospital dedicado a pacientes tuberculosos, en esos años el equipo de salud mental estaba conformado por psiquiatras, psicólogos, terapistas ocupacionales, trabajadores sociales y una musicoterapeuta, y fueron nombradas Graciela Warschavski, Isabel Lema y Susana Salafranca. La mayoría de los pacientes estaban internados entre uno y dos años, haciendo reposo como principal tratamiento, dado que recién comenzaban a probarse los primeros antibióticos; muchos de ellos eran del interior y estaban aislados de sus familias. Las terapistas y algunos otros miembros del equipo trabajaban por las tardes

“porque era el horario en el que más vacío estaba el hospital” y se trasladaban a las salas, con todos los materiales “como Carperucita, con las canastas”. Las actividades se desarrollaban en el espacio común de cada sala, era abierto a quienes quisieran participar, se trabajaba con distintas propuestas grupales, donde se realizaban generalmente actividades individuales, mayormente enfocadas al contacto con el afuera, como la producción de objetos para mandar a familiares y lectura de diarios. También se organizaban grupalmente fiestas y agasajos. Por otra parte, el equipo de salud mental trabajaba con el personal del hospital haciendo asambleas en cada sala, conversando y revisando las concepciones, representaciones, miedos (por ejemplo al contagio, presente en el personal y en la comunidad) y prejuicios. Terapia Ocupacional también se insertó en los consultorios externos, donde asistía principalmente a la comunidad barrial.

En el Servicio del Alvear, la formación psicoanalítica de su jefe imprimió la orientación al equipo. Allí trabajaron Mirta Sinópoli, Ana Hanke y Gladis López. Si bien había consultorios externos, Terapia Ocupacional trabajaba principalmente con los pacientes internados en la sala, que en su mayoría eran agudos. Para esto había un espacio físico específico, ubicado al fondo, cómodo para trabajar, aunque el equipamiento era precario y el lugar era frío, sin calefacción como en las salas. Una terapeuta cubría el turno de la mañana y otra el de la tarde, y una vez a la semana a la mañana se realizaba reunión de equipo. Luego también comenzaron a hacerse interconsultas. Por las tardes se hacían actividades grupales e individuales condicionadas por los pocos recursos materiales que había; como actividades de recreación en el parque del hospital, lectura de libros, ejercicios de escritura, representaciones y juegos dramáticos, entre otras.

El Centro de Salud Mental N° 2, ubicado en San Telmo, se abrió en 1972 y se especializó en prevención primaria. Beatriz González Ortiz, Susana Cánepa, Rita Omacini y Ana María Luparia, fueron las primeras terapistas, que trabajaron centralmente con la comunidad. “Desde el principio era un trabajo con la zona,

había distintos equipos, se hacía un trabajo de prevención con niños, con las escuelas, con la gente de la calle, con los quiosqueros... con los viejos”, recuerda González Ortiz. Y Rita Omacini menciona sobre esa experiencia “trabajábamos muchísimo con la comunidad. Hacíamos talleres de juegos en los conventillos, trabajábamos con los taxistas, con los pizzeros, con los peluqueros, [formábamos] agentes de salud [...]. Y esa gente traía a los chicos con problemas, pero no atendíamos a los chicos, sino que trabajábamos con los padres. Y si el peluquero veía que una clienta estaba mal, entonces venía con la familia y la traía, se quedaba y trabajábamos [...], era otra forma de trabajar”.

Con el Plan también se abrieron cargos de Terapia Ocupacional en otras instituciones, como el hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, donde se incorporó Ana Fattet y luego Liliana Schwartz, el Materno Infantil Ramón Sardá, el Ramos Mejía y el Piñero.

MARCAS DE LA ÉPOCA Y NUEVOS DESAFÍOS

En especial en los lugares más valorados como espacios formativos se destaca el trabajo en equipo y el clima de época. Además de los ya mencionados, hay relatos que dan cuenta del clima que se vivía, como en este sobre el Pirovano, que Susana Llimós recuerda como “un espacio de aprendizaje y gente joven. Época de florecencia, de investigar, abrirse a la clínica, meterse con el tema de la salud mental, mucho compromiso de la gente... era muy posible si uno tenía un proyecto poderlo plantear y se aprobaba, no recuerdo que se haya bajado el dedo a alguna propuesta”. Ello permitía “mirar la actividad desde otro lugar que el que nos habían enseñado en la Escuela, todo era novedad, posibilidad de experimentar, mucha libertad de experimentar, mucha confianza y respaldo”, dice Mirta Deluca.

El trabajo en prevención y nuevos dispositivos fue vivido con mucho placer por lo nuevo y la experimentación, pero también fue un gran desafío delimitar la función y contribución de la disciplina en este ámbito, dado que la formación de la ENTO en

salud mental ofrecía más herramientas para el trabajo con pacientes con padecimientos graves, lo que implicaba un esfuerzo de construcción y búsqueda de nuevas herramientas para el trabajo, en especial con la población que asistía a los consultorios externos y dispositivos comunitarios. Las nuevas prácticas impulsaron cambios en la formación.

DIÁLOGOS ENTRE LAS PRÁCTICAS Y LA FORMACIÓN

Los cambios que se produjeron en la ENTO fueron producto de una trama compleja de circunstancias, que incluyen la ampliación de oportunidades de ejercicio profesional y las nuevas experiencias como parte del equipo de salud mental, las demandas de las nuevas políticas en el área, la maduración de la gestión argentina de la escuela y el giro hacia el psicoanálisis que se fue dando en el campo de salud mental en Buenos Aires. También coincidió con el comienzo de la organización de eventos científicos y publicación de la disciplina que conformaron los espacios de encuentro y divulgación intra-disciplinar y una mayor participación en eventos del campo de la salud mental. Al mismo tiempo, por fuera de lo institucional se generaron nuevos espacios de formación.

Durante varios años la cursada se mantuvo con la modalidad inicial, de tres años full time para aspirantes jóvenes (Ravachini, Edbrooke y Torre, 1969). Recién a comienzos de la década de 1970, a partir de reivindicaciones de los estudiantes, pudo ser posible cursar a tiempo parcial, dando mayores posibilidades a quienes trabajaban para sostener sus estudios.

CAMBIOS EN EL PLAN DE ESTUDIOS

El primer cambio en el plan de estudios se realizó en 1966, dos años después del traspaso definitivo de la gestión de la ENTO a manos argentinas, y coincide con el inicio del Programa Nacional de Salud Mental y la organización de las Primeras Jornadas

de Terapia Ocupacional, que fueron dedicadas al área de salud mental acompañando los movimientos del campo. Otros se sucedieron en los años siguientes. En todo este período, hasta mediados de la década de 1970, la mayor parte de las modificaciones sustantivas estuvieron relacionadas con la formación en el área de salud mental y reflejan la influencia creciente que durante este período fueron teniendo los procesos de reforma en esa área.

La primera modificación reemplazó, dentro de la formación teórica general, la materia Ciencia del Movimiento y Anatomía Funcional, del campo físico, por Psicología Evolutiva, del campo de la salud mental. Al año siguiente, en 1967, se reemplazó Psicología Vocacional, que había sido incluida por el equipo inglés para el final de la carrera, por Dinámica de Grupos. Esta inclusión, muy significativa en los relatos de la época, fue motivada por las nuevas prácticas y los nuevos espacios de inserción. La materia retomaba y ampliaba los aspectos relacionales del tratamiento ya presentes en materias específicas, haciéndose eco de la tradición grupalista de la época, y reflejaba las influencias de los recorridos formativos que por fuera de la ENTO habían seguido las primeras egresadas.

En ese mismo año se adaptó a las formas locales la estructura del Plan: la primera etapa, de 15 meses, se dividió entre primer y segundo año, donde se concentraron las materias de formación general. También se hicieron cambios de vocabulario: se definió la denominación de “campo físico” y “campo psiquiátrico” para reemplazar Terapia Ocupacional aplicada a condiciones físicas y psiquiátricas, dado que en nuestro medio no se utiliza el vocablo “condición” para referirse a estados de salud o enfermedades. Esto, a su vez, formalizaba el modo en que se denominaban entonces las áreas de ejercicio profesional.

En 1969 se agregaron dos nuevas materias del área en el segundo y tercer año de la carrera: Psicología Profunda y Psiquiatría Infantil; esta última incorporación da cuenta de una ampliación y especialización de la formación en salud mental en un nuevo campo para los terapeutas ocupacionales, que si bien esta-

ba presente en los contenidos propuestos por el equipo de Dorset House, recién comenzaba a encontrar oportunidades para la práctica profesional. Al año siguiente, nuevamente se amplió el número de materias del área de salud mental y se reforzó su presencia en el primer tramo de la carrera. Psicología Evolutiva pasó a desdoblarse en dos que se cursaban en los dos primeros años de carrera. Hasta 1975 se siguieron efectuando cambios, que aunque eran menores implicaban de alguna manera dar un lugar más central al psicoanálisis como perspectiva central de comprensión de las otras materias psicológicas.

Esta ampliación de las materias del área psi y el énfasis en salud mental en la formación de la Escuela contó con el apoyo de la CNRL.²⁵ Sin embargo, esto no siempre estuvo acompañado por la comprensión de los representantes del área de la fisioterapia. Marta Fortain, en ese entonces directora de la ENTO, relata que, si bien por una parte se decía que la formación era insuficiente para el trabajo con pacientes mentales, por otro lado:

En el año 71, la Oficina Sanitaria Panamericana hizo una reunión de expertos de rehabilitación en México para establecer las pautas mínimas de formación para el equipo de rehabilitación para América Latina. Y fuimos de Argentina dos terapeutas, invitadas y pagadas por la Oficina Sanitaria Panamericana. Allí se dio una lucha terrible de los médicos fisiatras, incluso del doctor Cibeira, porque donde queríamos poner en el plan de estudios materias relacionadas con Psicología o con lo que fuera, decían que nosotros queríamos invadir el campo de la Psicología, que qué era eso [...]. Entonces, por un lado se decía “no tienen formación”, y cuando le queríamos hacer entender, con el argumento de “¡No, no! No importa con qué paciente estemos trabajando, tienen que saber dinámica

25 El 1º de enero de 1970 la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL) pasó a denominarse Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR).

de grupo, tiene que saber Psicología evolutiva, tiene que saber Psicología, tienen que...” respondían “Ah, ¿para qué quieren?!” ¡Entonces era una cosa complicadísima! (Fortain).

En relación con las modificaciones en las materias de formación específica en salud mental y de formación general psi, observamos que mantuvieron inicialmente cierta continuidad con el esquema inicial y los materiales propuestos por el equipo inglés, aunque incorporando temáticas y textos relacionados con las nuevas prácticas en los espacios asistenciales, como por ejemplo, sobre comunidad terapéutica. Y más adelante, con la incorporación de nuevas docentes, se incluyeron temas nuevos y se flexibilizaron los contenidos iniciales del modelo inglés.

Por otra parte, en las materias de formación general en psicología, dinámica de grupos y psiquiatría, a partir de la colaboración del equipo de García Badaracco, se produjo un giro desde su orientación organicista hacia una cada vez más influenciada por el psicoanálisis, en particular el kleiniano, con elementos de psiquiatría social. La inclusión de miembros de este equipo estaba fundamentada en que los docentes del área debían tener un conocimiento de la disciplina. “Ellos podían entender un poco más qué era Terapia Ocupacional”, dice al respecto Graciela Warschavski. Y agregan:

Eso empezó de una manera medio tibia. Primero introducimos Dinámica de Grupos, que la dio Proverbio [...] después vino Mazzuca y Hugo Hirsch y después Bozzo [...], de a poquito después introducimos Psicología Profunda [...] la daba Teicher, ya definitivamente psicoanalítico [...] y en Psiquiatría ya empiezan a dar Psiquiatría médicos de la clínica Badaracco (García de Ravachini).

Todo el equipo de García Badaracco dio clases en la Escuela [...], estaba Mandelbaum que daba Psicolo-

gía Profunda; Inda, que daba Psicología General; Florinda Hara, que daba Psicología Evolutiva, otra que daba Psicología Evolutiva, Rosales que daba Dinámica de Grupo [...] Todo era desde el punto de vista psiquiátrico todo era... bueno, sí, para el lado del psicoanálisis. Con un toque que tenía que ver también mucho con lo social (Fortain).

La ampliación de la formación no abarcó solamente el número de materias y el giro en la orientación teórica sino también una intensificación de la profundidad con que eran tratados los temas y una mayor exigencia de estudio en el área. La inclusión del equipo de García Badaracco es recordada por las alumnas de entonces como una formación más fuerte respecto de la que antes se brindaba. A diferencia de las materias en las que todavía predominaban los apuntes de las inglesas, en las del área de psicología se contaba con mucha bibliografía, se leían textos de diferentes autores, mucha psicología evolutiva, y también de otros temas.

Por otra parte, a pesar de los cambios positivos en el currículo, en muchos casos las alumnas sentían que su formación continuaba siendo insuficiente. Esto se relacionaba con los lugares donde se hacían las prácticas clínicas y la línea que seguían sus profesionales. Era habitual que fueran espacios donde se daban apasionadas discusiones teóricas y muchos equipos utilizaban conceptos psicoanalíticos como lenguaje cotidiano: “No podías ir a hacer una práctica al Lanús sin tener un poco de idea de la teoría de Freud o ponerte a leer, si no leías como loca no podías hacer un informe porque era un papelón, por lo menos lo elemental, tampoco te pedían una cosa exhaustiva ni tenías que dar una cátedra pero las cosas elementales sí”, menciona Gladis López. Aunque en los lugares de práctica clínica había distintas orientaciones y complementariamente, había que formarse en “la línea del lugar”.

También se sentía insuficiente la formación respecto de la discursividad de la propia disciplina, que hasta el momento se ha-

bía sostenido centralmente con las herramientas aportadas por las inglesas pero que, con el desarrollo de la profesión, la inclusión en equipos, la ampliación de problemáticas que se abordaban, los nuevos dispositivos como los consultorios externos, y el trabajo en la comunidad, quedaban limitados. Ello provocaba además discordancias y tensiones entre la formación teórica en la ENTO y lo que se vivía en los espacios de práctica clínica.

Debe recordarse que toda la formación se sustentaba entonces con apenas tres egresadas argentinas, que debían sostener tanto la gestión como el dictado de todas las materias específicas, los espacios iniciales de práctica en salud mental, la coordinación de materias teóricas, las actividades terapéuticas y las prácticas clínicas; todo esto con la complejidad de sostener el funcionamiento de una institución educativa dentro de un marco no docente, y con profesores contratados.

LOS ESPACIOS ALTERNATIVOS Y LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS CONOCIMIENTOS

Algo que fue mencionado en las entrevistas, en especial por parte de quienes fueron alumnas en este período, es la creciente participación de terapistas en espacios de formación alternativos y la búsqueda de nuevas fundamentaciones para las prácticas. También comenzó la participación de alumnos al interior de la ENTO con la creación del Centro de Estudiantes, en 1964.

Luego, la necesidad de complementar la formación recibida en la ENTO con otros contenidos, llevó a alumnas y profesionales a buscar lugares alternativos donde reflexionar y construir nuevos conocimientos. Uno de ellos era en la práctica que se hacía en la clínica de Badaracco, donde se reunían una vez por semana con uno de los referentes. En otros lugares, como el Servicio de Psicopatología del Lanús, se ofrecían cursos, supervisiones, ateneos y grupos de estudio. También había grupos de estudio particulares, que organizaban estudiantes con algunos de los profesores, generalmente psiquiatras de orientación psicoanalítica. También era

común realizar supervisiones con las mismas docentes de práctica clínica. Silvia Destuet²⁶ recuerda:

Nuestra promoción era sumamente inquieta, sumamente provocadora de teoría, de diferenciación con los psicólogos, con los psiquiatras, con los asistentes.. con otro tipo de profesión afin a la salud mental²⁷ [...] queríamos saber más, decidimos hacer un grupo de estudio sobre el análisis de la actividad y el proceso de la actividad, que está en mi libro [...]. Así que nosotros inquietos con todo eso fuimos a verlo a Sicardi, que era parte del equipo de Badaracco, le pedimos un grupo de estudio. [...] porque había otras generaciones, dos o tres antes, todo ese grupo, que ya estaban trabajando con el Plan Goldenberg, donde hacíamos las prácticas, y en el servicio de García Badaracco, que fue toda una revolución [...]. A nosotros cuando nos dijeron “todo tiene que ser comunitario” nos agarró que toda la actividad tenía que ser grupal y discutíamos como analizarla, como interpretarla (Destuet).

En estos procesos uno de los temas que se puso en cuestión fue “el modelo de las inglesas”. En especial se cuestionaba el razonamiento que sostenía la definición a priori, previo a entrar en contacto con el paciente, de cuáles actividades eran válidas para el trabajo con determinado diagnóstico, sin considerar la singularidad de cada caso. Sobre esto, Beatriz González Ortiz

26 Estudiante ENTO 1968-1970. Terapeuta ocupacional en el Hospital Rocca y en la Comunidad Terapéutica de Día en Vicente López (Grimson) en los años 70's, autora del libro “Encuentros y Marcas” (Destuet, 1999).

27 Un proceso similar atravesaba la psicología en esos años, con la aparición de las publicaciones Cuadernos de Psicología Concreta y la Revista Argentina de Psicología, los psicólogos comenzaron a intervenir en forma explícita y notoria sobre temas tales como la definición de la psicología y el rol de psicólogo temas que hasta ese entonces habían sido monopolizados por profesionales provenientes de otras disciplinas (Scholten, 2010).

dijo “había un modelo, no te daban la posibilidad de vos poder acceder a ese paciente y ver qué es lo que vos podés trabajar con ese paciente”, otra mencionó “había un modelo importado muy estructurado, que después fueron entrando... otras cosas... fuimos cambiando el modelo”. Por su parte, Gladis López apuntó: “Entonces por un lado uno tenía la teoría, esto de tener una teoría tan ajustada de que tenías que trabajar con tal actividad para tal cosa, y te ponía techo, te restaba creatividad. Esa teoría de trabajar con determinados materiales y determinadas actividades para determinados pacientes”.

Junto con este, otros temas fueron cuestionados en la formación, en 1973 y en línea con otros procesos de tomas de distintas facultades y espacios impulsados por intentos de transformación de realidades que se dieron en ese año en el país, también la ENTO fue tomada por un grupo de estudiantes, docentes y profesionales. Algunas de las consignas incluían la ampliación del acceso a través de la modificación del horario de cursada que permitiera estudiar a quienes trabajaban y la necesidad de mayor articulación entre la enseñanza de las actividades y las prácticas profesionales, entre otras relacionadas con una mayor equidad en el acceso a la formación y la atención integral (Rossemblat *et al.*, 2019).

En este marco, las Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional organizadas por la AATO, en especial las de 1969 realizadas en la Universidad de Cuyo en Mendoza (III Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional) y las de 1971 realizadas en la Facultad de Medicina de la UBA (IV Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional) fueron espacios de encuentro donde se exponían propuestas y nuevos desarrollos teórico-metodológicos generados en los equipos de trabajo y en estos espacios alternativos.

Como se mencionó, el antecedente de este tipo de actividades se había dado a fines de 1966, cuando desde la AATO se organizaron las Primeras Jornadas de Terapia Ocupacional Psiquiátrica, el primer evento científico de esta disciplina en el país,

que se desarrolló en la ENTO. Concurrieron a esa jornada autoridades de la CNRL y del INSM y del Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres. Allí se expuso la necesidad de formación de recursos en salud mental, los lineamientos de las nuevas políticas y el trabajo que se venía realizando en los hospitales en disertaciones a cargo, entre otros, de las terapistas ocupacionales Susana García de Ravachini, Annikken Whitmore de O’Connell, Celina Tamarit y Lía Eyssartier, con Irene Gorostiza como coordinadora.

En los siguientes encuentros se presentaron trabajos sobre las nuevas prácticas generadas en espacios asistenciales de salud mental y sobre la utilización de distintos recursos expresivos con objetivos terapéuticos. También se presentaron varios sobre experiencias en el Plan Goldenberg, en el Hospital Moyano, el lugar de Terapia Ocupacional en el INSM, distintas experiencias de comunidad terapéutica, los Talleres Protegidos, el Hospital Tobar García y un hogar de ancianos. Y otros sobre abordajes de problemáticas específicas tales como alcoholismo y retraso mental.

En estos trabajos, que movilizaban la producción de nuevos conocimientos en la búsqueda de la “palabra propia” (Narváez e Itovich, 2019) muchas terapistas y equipos mencionados en este libro participaron como autoras y autores, produciendo un salto que va de la experiencia a su sistematización en palabras para ser compartida en el espacio público, cualificando así los saberes producidos en estos primeros años de desarrollo de la profesión. Algunos de ellos expresaron nuevas conceptualizaciones y “dieron lugar a un salto y crecimiento teórico en el abordaje terapéutico de la disciplina” (Destuet, 1999: 23). En otros casos, las consideraciones teóricas surgidas de los grupos de estudio y espacios de práctica compartidos quedaron plasmadas bajo autorías individuales, generalmente de médicos psiquiatras.

Algunos de estos trabajos fueron publicados en las revistas de la AATO que se editaron entre 1970 y 1972, otros circularon en forma de material de cátedra en espacios de formación en años posteriores. De la mayoría, sin embargo, contamos sólo con sus referencias y han quedado invisibilizados por entrar dentro del

marco de lo que se conoce como “literatura gris, no convencional o semipublicada”, y por el corte de silencio de la escritura pública de la profesión que implicó la última dictadura militar y que duró hasta entrada la década de 1980 (Sbriller y Warschavski, 1990).

HACIA 1976 Y MÁS: RELATOS DE PERSECUCIONES, CIERRES Y RENUNCIAS

Los relatos sobre los últimos años del período estudiado estuvieron marcados por el aumento de tensiones que acompañaron los procesos sociales, la inclusión de las prácticas y saberes de salud mental entre los objetivos de la embestida anticomunista en América Latina y con el empuje de la psiquiatría manicomial a las experiencias de transformación en salud mental. En este campo, tanto la creciente politización y diferencias internas en los equipos como la intervención del INSM de 1970 por la cual Esteves fue reemplazado por Agustín Héctor Badano, constituyen puntos de inflexión (Carpintero y Vainer, 2005). En 1970, la asunción de Roberto Levingston en la Presidencia y Francisco Manrique en el Ministerio de Salud, marcaron un cambio en las relaciones de fuerza que aumentó la tensión y la polarización en la heterogeneidad de propuestas y experiencias que coexistían en el campo. Pocos años después, con el accionar de la Triple A, comenzaron las represiones, los secuestros y los atentados, que fueron in crescendo y adquiriendo características cada vez más siniestras hacia el final del período estudiado, a partir de la instalación de la dictadura cívico-militar de 1976 y el Terrorismo de Estado.

En los relatos sobre circunstancias y hechos de estos años aparece un cambio en el tono de los relatos, que se acentúa en las experiencias laborales a partir de comienzos de la década de 1970. En general describen el clima laboral como cargado de discusiones y tensiones fuertes, sin el antiguo espíritu de transformación, ni apropiación y disfrute. Los procesos de rigidización y que buscaron romper con experiencias transformadoras se dieron tempranamente en los hospitales monovalentes dependientes de Nación (a fines de la década de 1960 y comienzos de la siguiente) y más cerca o durante la última dictadura en los espacios dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires.

Aunque la mayoría de las terapistas ocupacionales no tenían una militancia política activa, la profesión fue considerada peli-

grosa por el sólo hecho de pertenecer al campo de la salud mental y por el tipo de prácticas desarrolladas. Lo relatos de las entrevistadas dan cuenta también de una miríada de sufrimientos, castigos y hostigamientos, y de movimientos de resistencia que tomaron forma de exilios, repliegues y renunciaciones, personales y colectivos, que imprimieron giros en las trayectorias profesionales²⁸.

Algunos autores han postulado que durante la dictadura la Terapia Ocupacional pudo continuar en algunos espacios trabajando con grupos de pacientes “tal vez porque la idea de ‘hacer’ no parecía tan peligrosa como la de hablar” (Martínez Antón, 1998: 3); otros atribuyeron la supervivencia de la formación a la escasa visibilización de la profesión dada por la inferioridad numérica y el hecho de que la carrera permaneciese todavía, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires con la ENTO, por fuera de la Universidad (Daneri, 2008).

INSTITUCIONES DEPENDIENTES DE NACIÓN

La “retirada” de los hospitales comenzó a fines de la década de 1960, con Lía Eyssartier y Susana García de Ravachini, que estaban a cargo de los espacios de Terapia Ocupacional en el Moyano y el Borda, respectivamente.

Hospital Borda

Por su organización interna, el número de profesionales que convocaba y el renombre que había adquirido el espacio fuera del hospital, el Servicio N° 3 se conformaba como un espacio privilegiado y ello se reforzó cuando comenzó el hospital de día. Pero en esta etapa recrudeció la interna entre la vieja psiquiatría y las nuevas prácticas, que finalmente provocó el cierre del hospital de día. García de Ravachini recuerda que la relación con el hospital era tensa, porque el director era el “archienemigo” de García Ba-

28 Debemos a la Agrupación Terapeutas Libres (ATL) el trabajo de recuperación de la memoria de estudiantes y colegas desaparecidas (Briglia et al., 2017).

daracco y porque se trataba de un espacio privilegiado y por ello también envidiado.

Hasta el más amigo, que era el doctor López de Gomara, que era el más amigo de García Badaracco venía y me veía a mí escribiendo en mi propia máquina de escribir que yo llevaba al Borda y me decía “la terapeuta pituca” porque tenía máquina de escribir. Entonces eran ataques por todos lados, hasta nos rompían los vidrios los fines de semana (García de Ravachini).

Las resistencias que se generaron en el hospital, en especial por parte de su director, Omar Ipar, hicieron que finalmente sacaran a García Badaracco (Carpintero y Vainer, 2004). Ipar aparece primero como jefe del hospital de día y la sala del tercer piso que García Badaracco coordinaba fue llamada “Terapia a corto plazo”. García Badaracco señala que para ese entonces él “ya estaba trabajando en la idea de una comunidad terapéutica psicoanalítica multifamiliar que había comenzado en el propio Servicio de Internación, dentro del Hospital de Día” y comenzó a pensar en irse, “porque era imposible la convivencia con estos sectores de los psiquiatras” (citado en Carpintero y Vainer, 2004: 87). A la partida de Badaracco siguió la renuncia de gran parte de su equipo, muchos de los cuales fueron a trabajar en su clínica privada.

Un diálogo entre Rita Omacini²⁹ y María Celia Wernike durante las entrevistas sirve de completo relato de la circunstancia:

Omacini: En un momento cuando lo sacan [a García Badaracco] del hospital de día, volvemos a la sala y tratamos de en la sala hacer algo parecido, pero al poco tiempo lo echan a Badaracco. [...] Me acuerdo porque a mí me llama la terapeuta que era coordina-

29 Estudiante ENTO 1962-1965. Terapeuta ocupacional en Hospital Borda, servicio a cargo de Dr. García Badaracco 1967-1971 y en Centro de Salud Mental N°2. 1972-1979.

dora de salud mental y me dice “acá quieren crear un grupo de perfeccionamiento, para hacer asistentes de terapia ocupacional para las asistentes de enfermería y familiares del interior”. Entonces yo digo “Bueno, sí”, porque yo ya me quedaba, no me quería quedar sin Badaracco y sin la gente de Badaracco porque se cerró ahí el hospital de día, lo cerraron ya como que era algo... comunista, era comunitario. [...] Ahí ya empieza a moverse una cosa... todo lo que no era tradicional, empieza a... ya se empezó a gestar eso [...] Claro, ya en el Borda había un coronel, que era el doctor Carlos Sisto. Así que nos fuimos a Salud Mental, que era al lado... Ella [la terapeuta que estaba en el INSM] sentía que dejábamos lugares que se habían ganado, tenía un poco de razón, no había que abandonar los hospitales, pero había que quedarse en esas circunstancias! Yo no estaba dispuesta... teniendo juventud y ganas de trabajar, porque lo que teníamos eran ganas de trabajar.

Wernike: En realidad el hospital, si vos tenés una ideología humanitaria, te va segregando, el hospital te empuja para que te vayas [...]. El abandono de los hospitales que se discutía no era un abandono de los hospitales, era el abandono de trabajar con una ideología donde no te dejaban trabajar.

Hospital Moyano

En el caso de Eyssartier en el Moyano, su partida estuvo determinada por el conflicto con el INSM y tuvo como consecuencia la renuncia de la mayor parte de las terapeutas de la institución en adhesión a ella. El recorrido que hace una terapeuta que trabajó en este hospital es ilustrativo de las condiciones en las que se desarrollaba la práctica de Terapia Ocupacional en esos años y de cómo ello impactó en las trayectorias profesionales.

Pero después ya vino la intervención [del Hospital] y ahí ya cambia la cosa [...]. En el Moyano había un servicio muy grande, se fueron todas. Yo no me podía dar el lujo de irme, entonces me quedé. Mandé una carta a la Escuela [ENTO], diciendo que no estaba capacitada para enseñar. Se armó un lío, me llamaron, y después, como no me pudieron echar, me pusieron como en penitencia. [...] Era una dictadura militar, entonces que vos dijeras... Esa carta fue interpretada como que yo había dicho que en este momento en el hospital no había nada que enseñar. Y lo que yo decía era que en ese momento no podía enseñar porque estaba sola. Me hicieron una junta, en ese momento yo tenía 21 años, me hicieron como una penitencia, que era ir al Pabellón Santa Ana, que estaba bien atrás... Hasta que me encuentra en los pasillos en ese mundo un médico y me dijo “Voy a hacer un hospital de día, venite”. ¡Me rescató! Ese era Santa Coloma. Entonces empezamos a trabajar así, fue muy lindo el trabajo. Y yo te voy a decir por qué me sacan a mí, bah, nos sacan a todos, para que te des cuenta el nivel de presión o de... no sé cómo llamarlo. Yo me ocupaba toda la mañana de buscar la comida, de hacer distintas cosas. Después había una reunión de comunidad muy grande que duraba una hora y media... y después había una reunión de equipo. Y después yo me quedaba sola, estábamos, limpiábamos, y después me iba a un salón a leer con los pacientes. Un día había lectura. Entonces, ¡me acuerdo tan bien!, le pregunto a un paciente vos ¿qué libro querés traer?, porque traíamos libros, ahí no había nada. Me dice “Voy a traer El Capital, de Marx”, “Bueno”, le contesté, qué se yo... Otro podía traer el capitalismo de no sé quién... Entonces el tipo leía, me acuerdo paciente de ese paciente, ¡cómo me hacen acordar! Bueno y él leía... yo me acuerdo cómo le costaba articular las palabras cuando leía eso, le costaba mucho. ¡Pero a él

se le había respetado! Como a otra se le podía ocurrir traer otro libro... La caba va y hace una denuncia, entran un grupo chan, chachachan, chachachan [sonido y gesto de marcha militar] las fuerzas, así. Y van a Santa Coloma, y a las psicólogas, y a la gente. “Bueno, a ver ¿qué hacen a la tarde?”, con tono de orden. “Bueno, hacemos esto, lo otro...” [...] “Ah, mire ¡lo que leen!”, dice la caba. ¡Eso es textual!, parece una novela... Nos cerraron, ¡nos cerraron! (Wernike).

Hospital Tobar García, Talleres Protegidos y Centro de Salud Mental Ameghino

En el Tobar García, las presiones surgidas a partir de la intervención del Hospital llevaron a la renuncia del doctor Turri, quien fue seguido por su equipo en un “exilio” institucional hacia el Centro de Salud Mental N° 1 de la Municipalidad de Buenos Aires.

Al Centro de Salud Mental Ameghino, ya a comienzos de la década había sido enviado a modo de castigo un médico psiquiatra que hacia los años 1973 y 1974 había comenzado a trabajar con modalidad de grupos operativos con los pacientes en los Talleres Nacionales Protegidos. Como en los demás centros y servicios con la dictadura se prohibió el ingreso de todo el personal ad honorem. No obstante, Liliana Paganizzi logró ingresar como pasante; de su paso por el espacio recuerda que el lugar fue decayendo hasta transformarse en las ruinas de lo que había sido, con las historias clínicas rotas, el horno explotado. Varios de los profesionales habían renunciado y otros habían recibido telegramas de cesantía que argumentaban su peligrosidad potencial.

Policlínico de Lanús

Ya en 1972 Goldenberg se había ido a trabajar al Hospital Italiano, acompañado por parte de su equipo, y Valentín Barenblit quedó a cargo del Servicio. Las terapistas que habían trabajado

allí hasta ese momento acompañaron este movimiento y algunas fueron a trabajar a espacios abiertos por el Plan Goldenberg. Otras ingresaron entonces al Servicio en esos cargos. El relato de una de ellas sobre el cierre del hospital de día, ya entrada la dictadura de 1976, da cuenta de lo ocurrido:

Me lo cerraron a mí. Vino... yo estaba atendiendo a la tarde con todos los pacientes sola, como hacemos siempre las terapistas. Y vino un militar [...] era de tierra, no me acuerdo el nombre, con todo un montón del ejército, abren la puerta, apuntando y dice “¿quién está a cargo?” ta ta ta ta ta [onomatopeya de ametralladora] “bueno... yo estoy con los pacientes, yo soy terapeuta ocupacio...”, “¿Dónde está el médico?” [...] Y después cerraron, lo clausuraron y nunca más pudimos... Se había ido ya casi toda la gente, te digo, quedábamos muy pocos en Hospital de Día, porque cuando lo llevan a Valentín [Barenblit, en 1976] después se van casi todos,... se fue Kuten, se fue Susana Siculer, que era la jefa de Hospital de Día, se habían ido todos y quedamos muy poquitos en Hospital de Día, haciendo lo que podíamos... (Trepicchio).

Cierres de comunidades terapéuticas

En otras fuentes se pueden encontrar testimonios de hechos similares. Uno de ellos fue en Experiencia Roballos. Guedes Arroyo, referente de la misma lo describe así “Al sobrevenir la crisis producida por el choque frontal entre las orientaciones tradicionales y modernas de la Psiquiatría, los funcionarios responsables que habían ayudado a promover los cambios no pudieron resistir la presión ejercida por representantes de la orientación tradicional [...]. Al cumplirse un año de la experiencia Roballos, la oposición a que esta continuara había excedido toda posibilidad de proseguir su desarrollo (...) La comunidad entrerriana fue la única que se movilizó decididamente para defender la Institución que había visto nacer y crecer (Guedes Arroyo, 1977: 12 y 18).

Sobre Colonia Federal, Raul Camino dice: “Tuve problemas con el final de Onganía. Y después tuve problemas por el nombre porque se sospechaba que era como comunismo, con la gente de Manrique... Me mandaron un bando a no hacer comunidad terapéutica. Nunca más hice comunidad terapéutica en los papeles, el administrador me preguntó y digo “seguimos como antes simplemente que ahora se va a llamar reuniones” y yo durante diez años aproximadamente nunca más volví a usar lenguaje académico, como el que uso ahora: asamblea, reuniones de esto... todo eran reuniones y cuando me preguntan “¿por qué hace reuniones?”, “y... soy el único psiquiatra para 400 locos” yo les decía, así a los que me venían a poner palos en la rueda y [me decían] “ah... bueno, no claro, claro”. [...] todos estos libros de estrategia militar, me sirvieron para saber dónde rumbar y me permitió sobrevivir diez años; ya con los últimos militares no se pudo”.

El caso de El Sauce lo describe un trabajo de recuperación de la memoria histórica del campo psi de Mendoza: “Alrededor de 1973 algunos de los impulsores de esta experiencia [de comunidad terapéutica] abandonan el hospital. El Dr. Hernández se radica en la provincia de Misiones, con la idea de continuar allí con esta metodología terapéutica; el Dr. C. Vollmer se vuelca a la gestión pública. Estos sucesos, sumados a la prohibición, por parte de las autoridades, de la realización de reuniones en las cuales participaran más de dos personas, llevaron a que en 1976 quede definitivamente truncada la Comunidad Terapéutica en el Hospital El Sauce. Al comenzar el gobierno de facto también se persiguió a algunos de sus referentes, ya que para este régimen las características en que se basaba la comunidad resultaban “sospechosas y peligrosas” (Buyatti *et al.*, 2010: 102).

El conflicto institucional que desencadenó el desmantelamiento de la experiencia del Hospital Esteves ha sido bien documentado en el trabajo de Grimson *Sociedad de locos*, y puede conocerse también en la película *Comunidad de locos, Comunidades Terapéuticas en la Argentina de los 60' y 70' (Otra salud mental es posible)*, documental dirigido por Ana Cutuli y estrena-

da en 2005. Según Grimson: “Y así se destruyó el Centro. Se lo destruyó porque funcionaba, y ese mismo funcionamiento resultaba una acusación cotidiana. Se lo destruyó porque no se podía poner en evidencia que las instituciones pueden ser cambiadas. Se lo destruyó para que la gente que se dedica a estas cosas entienda que pueden tener razón pero no tienen la fuerza, y que la irracionalidad y la violencia están del lado de la psiquiatría tradicional y del lado de la sociedad que produce esa psiquiatría y que la necesita (Grimson, 1972: 270).³⁰

ESPACIOS DEPENDIENTES DEL PLAN GOLDENBERG

En los espacios dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires, la represión y desarticulación de experiencias llegó más entrada la década de 1970. Los relatos mencionan que a los lugares de psicopatología los tenían “marcados de cerca”, aun hasta más adelante, cerca del retorno de la democracia.

Algunos discursos se organizan en contrastes, a medida que el tono del relato va creciendo en aspectos que hacen de esa experiencia algo valorado al modo de epifanías, aparece un corte repentino que remite a la llegada de la dictadura. La presencia de niños pequeños y embarazos es mencionada en algunos casos en relación con las acciones emprendidas como renunciadas o exilios al interior o exterior del país. Por otra parte, el embate aparece intensificado en los servicios con las propuestas más novedosas, más valoradas y elegidos como espacios de formación, aunque se dan de forma similar en todos los espacios.

30 Aquí también aparece el repliegue al ámbito privado, donde Grimson organiza la Comunidad Terapéutica de Vicente Lopez, allí se incluye inicialmente Silvia Destuet quien participa de los “cafés psiquiátricos” y diferentes acciones de resistencia del campo que se desarrollaron durante la dictadura.

Centro de Salud Mental N° 1

El relato de Alicia Torre muestra el proceso.

Y bueno, se hizo el organigrama, y se hacían asambleas, bueno, como es un hospital de día, o como debería ser [...] Todos los sábados nos reuníamos todos, a la mañana, todos los servicios, es decir consultorio externo, hospital de día y la gente que hacía comunidad. Entonces nos juntábamos en asambleas con el director que era Hugo Rosarios. Bueno y ahí, a veces por ejemplo hospital de día presentaba un caso, consultorios externos también, o se discutían qué cosas había que hacer o qué cosas no y eran... como cinco horas todos los sábados a la mañana íbamos a trabajar. Bueno es que Hugo Rosarios fue un... muy importante [...] después estaba Hugo Hirsch, Ulloa, teníamos supervisiones de los grandes capos del psicoanálisis, la gente de consultorio externo... teníamos supervisiones con Pavlovsky, con Kesselman, qué sé yo... Fue la historia donde además se hacían grupos terapéuticos... Pero vino el año 76 y vino la intervención y se fue todo a... Yo renuncié casi finalizando el 76. Yo trabajaba tres veces a la mañana en el centro y dos a la tarde en el hospital [Italiano], así intercambiaba, trabajaba en los dos lugares... al centro, si no renunciaba, desaparecía. Yo no me animé a quedarme. [...] Cuestión que renunció al centro de salud y sigo en el Italiano hasta el 78, que Goldenberg ya se había ido a Venezuela, se fue como exilado, no sabés, todo el servicio estuvimos de duelo... y yo ya estaba de seis meses o siete, tengo a mis hijos y al año me voy a vivir a Perú hasta que asume Alfonsín [...] Muy... pesado para mí fueron esos años (Torre).

Centro de Salud Mental N° 2

Beatriz González Ortiz y Rita Omacini lo recuerdan.

Y después vino la cuestión del Centro de Salud Mental N° 2, y ahí me fui yo del Lanús al Centro de Salud Mental N° 2, que estaba en San Telmo [...] empezaba en el 71 pero se formalizó más en el 72, hasta el... el Golpe, que ahí “chau”, ahí fue terrible, lo destruyeron enseguida (Gonzalez Ortiz).

Bueno, y después de eso Badaracco abre la clínica y a mí me ofrecen en ese momento en la Municipalidad los lugares de los Centros de Salud, de Goldenberg, donde Alicia Torre va al 1 y yo voy al 2. Que también, toda nuestra experiencia es donde ‘páfate’ nos cortan la cabeza. [...] En ese momento en el Centro de Salud Mental Número 2 había 100 profesionales ad honorem, porque eran modelos de enseñanza... Los echaron a todos [...] Primero se fue una terapeuta a vivir a EEUU, la otra se fue muy pronto y yo quedé con Beatriz, que ella tuvo la suerte de volver a donde ella venía, que era el Lanús. Yo no, yo no tenía a donde volver. Yo entro en abril del 72 y en el 79 me voy, porque nos echaron a todos y echaron al director y pusieron a otro milico [...] Para entonces quedaban sólo 3 o 4 personas del equipo; yo te digo lo que hacía ocho horas: tejía. Sola, sin pacientes, los pacientes no entraban ahí porque no había consultorios tampoco, no estaba preparado, no había lugares para estar. Y ya no se podía salir a la comunidad, porque era considerado subversivo [...] Y ahí desapareció mucha gente. Yo no estaba afiliada a nada, no iba a ninguna reunión, desgraciadamente o por suerte, pero yo no tenía formación política, no venía de una casa donde se hablara de política, se hablaba de trabajo, entonces... después empecé a entender y a darme bronca (Omacini).

Hospital Alvear

Respecto del Proceso, Gladis López dice: “Después vinieron los años terribles muchos [terapistas y no terapistas] renunciaron a la Municipalidad. Como terapistas quedamos Graciela Warschavski y yo nada más creo”. En este espacio los relatos se refieren a fuertes tensiones poéticas que impedían el trabajo en equipo y la convivencia en espacios interdisciplinarios, como ateneos y grupos de estudio. Se limitó la horizontalización del equipo de salud, por ejemplo, a través de la ley que obligaba a los psicólogos a trabajar al lado de los médicos y no podían hacer diagnóstico. “Como no podíamos hacer una cosa que se llamara asamblea, en el centro de salud todavía le cambiábamos al nombre y le pusimos “reunión general”, porque la palabra asamblea era subversiva”. A algunos profesionales los echaron, otros se fueron exiliados, otros renunciaron.

Hospital Tornú

En el hospital “ya un año antes [del golpe] se empezaba a ver la cosa medio densa”, recuerda Graciela Warschavski. Y relata pormenores.

Mirá yo lo que me acuerdo es que en ese momento yo estaba en pareja con alguien que era de la FAP, de la Federación Argentina de Psiquiatría, que tenían una actitud bastante activa. Hemos quemado muchos libros en la bañadera de casa, sí sí... yo tengo un recuerdo muy feo de esa época, de que te paraban de civil y te pedían documentos permanentemente. [...]. Estas cosas de que no sabías quién es quién, con quién estabas hablando. Fue una época muy muy fulera, muy fulera. [Sobre un trabajo] me acuerdo que presentamos un trabajo que ganó un premio acá en el Hospital. Todo el servicio ¿no? De cómo habíamos dividido las salas en grupos, qué trabajaba cada área y cómo trabajábamos todos. Fue muy interesante,

insisto, hasta que llegó la dictadura. Ahí empezaron las listas negras, gente que no bancó la presión, gente que renunció y se fue, otros que fueron echados. [...] Todos los días te llamaban a dirección alguien... En realidad era el subdirector el que daba la noticia. Yo me acuerdo que éramos como cuarenta y pico en el servicio y quedamos siete. Fue muy duro, fue muy duro. De tres terapistas que había quedó sólo una. No solamente la gente que echaron, sino la gente que se fue realmente porque no se bancó esto de pasar de laburar de una manera tan abierta a tener que trabajar con el uno a uno directamente. También se chuparon mucha gente del hospital, en especial de mantenimiento, porque muchos eran de la Juventud Trabajadora Peronista. Los cambios se realizaban con el discurso que daban en todas las instituciones. Que éramos zurdos, que éramos izquierdistas, que nosotros lo que hacíamos era hacer pensar a la gente y que esto sublevaba. Vos pensá que a ellos les convenía totalmente tener pacientes acostados y que no cuestionaran el tratamiento. No fueran y preguntaran por qué me están dando tantas pastillas si a mí me caen mal. Esto que actualmente uno lo tiene como una cosa común y corriente. No se permitían reuniones de más de dos personas, tres ya era subversivo [...] de ahí pasamos a toda una época de trabajar con los pacientes de forma individual. Obviamente se dejó de atender grupalmente y el acento se puso más en la cuestión psicoanalítica; hay mucha gente que dice que no, pero para mí ahí fue la entrada de los lacanianos, por lo menos lo que yo sentí acá en el hospital, que venía de la mano de la atención así, individual. [Y con respecto a las implicancias en el presente] Y me parece que lo más doloroso de todo es que todo lo que se hizo en esa época no se pudo volver a recuperar nunca, por más que se hagan intentos. El ímpetu, y toda la cosa

grupales la destruyeron. [...] En este país, sobre todo en Salud Mental lo que se ha hecho fue como un electroshock a la historia, se borró, ¡se borró! [...] Lo que encontrás son cachitos, como que hubo un bombazo y quedan las esquirlas (Warschavski).

ESTRATEGIAS DE LEGITIMACIÓN E INDICADORES DE POSICIÓN RELATIVA EN EL CAMPO

A la vista de los hechos que se desarrollaron en los primeros tiempos de participación de la Terapia Ocupacional en el campo de la salud y la salud mental en nuestro país, y las circunstancias que los rodearon y afectaron, cabe explorar distintos aspectos, como algunos contextuales facilitadores, así como las estrategias de legitimación que le permitieron configurarse como profesión de salud.

Si se consideran las relaciones de permanencia y cambio, la disciplina ha sido determinada tanto por las dinámicas del campo como por la búsqueda de las formas en que se constituyó como una singularidad junto a otras y participó de su co-construcción. Pueden identificarse algunas cuestiones cruciales en la conformación de cierta identidad profesional nuclear dominante en el período considerado, así como líneas de fuga y multiplicidad menos definidas, también presentes y determinantes de sus devenires posteriores en nuestro contexto.

SALUD MENTAL EN EL MUNDO Y EN NUESTRO PAÍS

Como vimos, en el contexto mundial de posguerra se dieron importantes transformaciones en el campo de la salud, tanto en lo que respecta a la rehabilitación física como a la atención de problemas psíquicos. En América Latina, organismos internacionales y estados nacionales realizaron acciones de cooperación para el desarrollo de servicios modelo de rehabilitación. En nuestro país, la organización de la respuesta a la epidemia con la creación de la CNRL fue clave para la modalidad de inserción de la profesión en el ámbito local (Nabergoi *et al.*, 2013a).

En salud mental, la creación del INSM un año después que la CNRL y con similar estructura administrativa indica que el Estado comenzaba a hacerse eco de los impulsos transformadores también en la asistencia psiquiátrica. Asimismo, se desarrollaron entonces diferentes experiencias alternativas a la atención

psiquiátrica manicomial y se conformaba un campo de discursos que retomaban diferentes modos de comprensión del uso de las actividades con fines terapéuticos y de producción de salud.

Todo ello contribuyó a legitimar la inclusión en el plan de estudios de la formación en salud mental con una jerarquía equivalente a la que se propuso para el área física, aun cuando la demanda socio-sanitaria que da lugar al inicio de la formación se concentraba en la última.

EDUCACIÓN SUPERIOR, PÚBLICA Y GRATUITA

Otro elemento contextual relevante para la comprensión del proceso es la situación de la educación superior de las mujeres, así como su relación con la oferta académica de formación en salud. Si bien la presencia femenina en el mercado laboral se registraba en especial en el sector terciario y áreas de servicios, y las profesiones más feminizadas se concentraban en los sectores de servicios públicos y sociales, con la profesionalización de estas prácticas, las mujeres, en particular en los países desarrollados y en los sectores cultos de países considerados periféricos, constituyeron un grupo importante del contingente de jóvenes que ingresaban a la educación superior (Hobsbawm, 1998). En la UBA, por ejemplo, en 1951 las mujeres conformaban el 20% de los graduados, en 1966 este porcentaje alcanzaba el 33% y en 1981 llegó al 50% (Bonder, 1994).

Entre 1958 y 1966, período que es reconocido como el más floreciente en avances científicos y académicos de las universidades nacionales argentinas (Buchbinder, 2005), se crearon las carreras de Sociología, Psicología y Ciencias de la Educación en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, y otras cinco de Psicología en distintas universidades del país. Al mismo tiempo, en la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud se crearon escuelas de Salud Pública.

Históricamente la formación de profesionales de salud no recaía únicamente en las universidades sino también en espacios

asistenciales y de gestión, es el caso de las carreras de enfermería y de varias que participaron del campo de la salud antes de su incorporación a la universidad, como Nutrición, Fonoaudiología y Psicología. De hecho, la ENTO integraba un conjunto de lugares de formación de recursos humanos que se desarrollaban en la CNRL, como la de Asistentes de Psiquiatría Infantil, que se dictó entre 1957 y 1963, los cursos de Ortesis y Prótesis, que comenzaron en 1961 y a partir de 1964 se formalizaron como Escuela Nacional de Ortesis y Prótesis, y desde 1963 la Especialización en Medicina Física y Rehabilitación en el nivel de posgrado.

También en esta época se permitió por primera vez la creación de universidades privadas, algunas de las cuales, como la del Salvador, se hizo eco de las nuevas demandas y organizó una oferta que cubría distintas disciplinas relacionadas con la salud y la rehabilitación; es el caso de Terapia Física en 1961, Fonoaudiología en 1962 y Musicoterapia en 1966 (Bottinelli *et al.*, 2013).

Al analizar las características y condiciones de las distintas carreras universitarias, se observa que Terapia Ocupacional fue una de las últimas que, con características de formación superior similares a la ofrecida por las universidades (los requisitos de secundario completo y carga horaria eran equivalente a una carrera de grado), quedó bajo dependencia de una institución de gestión vinculada a lo asistencial, dada la urgencia de formación de personal especializado por la epidemia de polio.

En la misma época, la tensión entre la necesidad de contar con personal especializado en salud en lo inmediato versus los tiempos más lentos de los procesos en la Universidad se puede ver también en la creación de la Escuela de Salud Pública, primero por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, en el mismo año que la ENTO, dada la urgente necesidad de formación y las demoras en el proyecto presentado antes en la UBA, donde se concretó un año más tarde. Ambas escuelas coexistieron hasta 1962, momento en que con el cambio de gobierno y la gestión del ministro Tiburcio Padilla, la política de formación de personal sanitario buscó devolver la formación al ámbito de la universidad y

se gestionó su fusión en la de la UBA (Iriart *et al.*, 1994; Veronelli y Veronelli Correch, 2004).

La inscripción en el Ministerio de Salud y la organización de la respuesta nacional a la epidemia, por otra parte, posibilitó un mayor alcance federal de la formación de profesionales a través del entramado asistencial generado y el sistema de becas para estudiantes de las provincias.

El hecho de que la carrera de Terapia Ocupacional se creara en el marco de la CNRL determinó su carácter de pública y gratuita, replicó la modalidad conquistada para las universidades nacionales e implicó un reconocimiento de su necesidad por parte del Estado.

Crear una carrera *versus* cursos y formación en otros países

Otro de los aspectos a considerar es la decisión de la CNRL de consolidar la formación en el ámbito local, frente a la opción de enviar personas del país al exterior para formarse, muy difundida en ese entonces. Esta alternativa estaba presente en las recomendaciones de los organismos internacionales y también en las discusiones de la Comisión Directiva de la CNRL. La decisión también estuvo influenciada por la recomendación de representantes de la profesión, en especial por Macdonald: “¿Cómo podían conseguir terapeutas ocupacionales? ¿Deberían mandar algunas personas para formarse? Mi respuesta fue ‘sí’, pero, mucho más importante, les aconsejé que abrieran una escuela propia. Esto iba a satisfacer la necesidad más rápidamente y permitiría sortear, a través del principio de la seguridad en los números, la [ya referida] tragedia del matrimonio” (Macdonald, 1961, s/p). Durante las entrevistas, Marta Suter se refirió a esta recomendación.

Ella [Macdonald] se tomó un compromiso con la política de la Comisión Nacional, porque lo que le propuso en este interín que empezó a funcionar la Comisión Nacional, que fue en el 56, hasta que esto surgió, que estaban en tratativas con... las posibilidades de formar gente. Y ellos tenían interés en mandar alguna

gente a Oxford y Macdonald les dijo que no, que eso no solucionaba una política del país, que ella lo que les aconsejaba era armar una carrera (Suter).

MÁS QUE UNA CARRERA

El Plan diseñado por Macdonald contaba con un conjunto de estrategias destinadas a consolidar la Terapia Ocupacional como profesión en el país, que implicaron una rápida y planificada institucionalización. Entre ellas, la creación de una asociación profesional no bien se recibieran las primeras egresadas, solicitar en ese mismo momento el reconocimiento oficial del Estado y el de la carrera por la FMTO.

Luego del egreso de la primera cohorte de terapeutas ocupacionales, a fin de 1961, comenzaron a cumplirse estos y otros logros. La ENTO fue reconocida por la FMTO el 15 de octubre de 1962, poco después de la creación de la AATO, el 17 de agosto de ese mismo año (AATO, 2012). En junio del año siguiente el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública autorizó la inscripción y matriculación de los certificados expedidos por la ENTO y en 1967 la profesión fue incluida como actividad de colaboración de la Medicina, lo que constituyó un importante logro antes de las leyes de autonomía profesional. En los discursos de las entrevistadas estos eventos aparecen como importantes conquistas.

De modo similar al mandato inicial, esta planificación y organización tempranas de las instancias institucionales necesarias para el logro del reconocimiento como profesión y su fuerte inscripción representacional en las primeras cohortes, posiblemente contribuyó a la permanencia en el tiempo de la formación y a dar mayores oportunidades a la profesión de mostrar su eficacia en la respuesta a necesidades locales, más allá de las originadas por la epidemia.

Señoritas, extranjeras y notables

Una estrategia inicial que fue clave para posicionar a la formación como educación superior fue haber colocado como requisito de ingreso excluyente el haber concluido estudios secundarios, sostenido estrictamente por Macdonald. En este aspecto, otro elemento, tal vez no intencional pero que pudo haber contribuido al capital cultural y social de la profesión, fue la extracción social de las egresadas, regulado a través de las formas de difusión de la carrera y los aspectos considerados para el ingreso.

Distintos elementos, como una conferencia dictada por Macdonald en la que se refirió a la sociedad argentina y el papel de las mujeres en ella, sugiere que la formación de Terapia Ocupacional en sus primeros tiempos tenía como principal destinatario señoritas de clase media alta y alta. Macdonald no habló de todas las mujeres sino de las que eran dependientes económicamente de su familia por cierto tiempo, hijas mujeres que comenzaban a acceder a la educación superior y que entre sus posibilidades estaba obtener ayuda doméstica para delegar parte de las actividades de reproducción y cuidado en el ámbito privado para el desempeño profesional. Mujeres pertenecientes en muchos casos a familias lo suficientemente progresistas para propiciar que las mujeres estudiaran, en algunos casos viviendo incluso en otra ciudad que la de origen.

Otro punto a favor de este argumento es que la CNRL estaba conformada por un grupo de notables, médicos en su mayoría, pero también colaboradores de otras disciplinas que trabajaban en forma honoraria en el desarrollo de las políticas y servicios de rehabilitación. Fue a través de ellos, así como de personas que habían participado en las gestiones para la creación de la carrera, como algunos miembros del Consejo Británico, que las jóvenes residentes en el área metropolitana conocieron su existencia.

En el caso de las estudiantes de las otras regiones del país la situación fue distinta, ya que la mayoría estaban ya desempeñando tareas como maestras, voluntarias, enfermeras o similar en instituciones de rehabilitación de sus lugares. En este caso influenciaban la modalidad de becas de estudio, la posibilidad de

vivir en el hogar de becarias y que continuaran cobrando el sueldo de las instituciones de procedencia.

Otro elemento facilitador en términos de capital simbólico y social fue la condición institucional de colaboración internacional entre los gobiernos argentino y británico, y la intermediación del Consejo Británico, que invistieron a las primeras docentes inglesas de cierta legitimidad, dada por ser extranjeras, estar implicadas en relaciones internacionales e insertarse por solicitud del gobierno o de personas con poder. Esta condición las habilitó y protegió para imponer o instalar prácticas que en principio podrían chocar con las existentes o serían más difíciles de legitimar de no estar estas condiciones presentes, aun desconociendo el idioma.

El hecho de provenir de la que era considerada la mejor escuela de Terapia Ocupacional de Inglaterra otorgó a las docentes de seguridad y sentimiento de tener qué ofrecer a pesar de ser tan jóvenes. La experiencia previa de Macdonald en las gestiones estatales, su cercanía con el proceso de conformación de la FMTO, la dirección de la Escuela de Dorset House durante dos décadas y otras experiencias internacionales, la ubicaron en una posición que le permitió negociar durante varios meses las condiciones de los contratos y del viaje. También se tuvieron en cuenta la formación teórica y las experiencias previas de las otras docentes en dispositivos asistenciales que eran novedosos en ese entonces, lo que constituyó un capital cultural que fue volcado en la formación inicial y aportó especialmente a las experiencias de transformación de la asistencia en salud mental, potencial primero y efectiva después.

Terapia ocupacional *versus* laborterapia

Otra estrategia promovida por Macdonald fue el fuerte distanciamiento inicial respecto de las prácticas laborterapéuticas que se desarrollaban en las instituciones al momento de la llegada del equipo inglés y que conformaban parte de los discursos presentes en el campo, como se ve en los artículos de la revista *Acta Psiquiátrica* de la época. Se produjo así una construcción de identidad pro-

fesional “calificada” por distinción y oposición a las experiencias anteriores y contemporáneas de utilización de actividades y trabajo con fines terapéuticos que se venían desarrollando en décadas previas a la llegada de la profesión al país, consideradas en la perspectiva de Macdonald como “no expertas” por la falta de formación superior de quienes las desarrollaban. Las líneas de continuidad con estas prácticas y su potencial para la comprensión del desarrollo local, fueron reconstruidas muy posteriormente a través de los trabajos de Sara Daneri (Daneri, 2005, 2010).

Profesión feminizada y paramédica

La condición de profesión femenina, junto con los aspectos vocacionales y la subordinación jerárquica con respecto a la medicina, compartida con otras profesiones que participan en el campo de la salud, le confirió a Terapia Ocupacional una doble subordinación inicial dada por su condición de profesión paramédica, por una parte y, por otra, su condición feminizada (Testa, 2021a), aspecto reforzado por el requisito de género en la admisión a la carrera. De acuerdo con Graciela Zaldúa, el mandato del cuidado de los otros por las mujeres produce significaciones imaginarias que actualizan prácticas sociales y discursivas naturalizando los mandatos a través de normas y matrices relacionales y prescriptivas que operan en la producción de subjetividades (Zaldúa, 2010). La creación de una “mística femenina” fue una manera de esencializar el mandato, que se sostenía en la creencia de que la identidad se realiza en el hogar y la familia (Friedman, en Zaldúa, 2010). Estos procesos presentan diferenciales de clase, determinando formas diversas tanto de opresión como de resistencia. En las clases medias y altas, el acceso a altos niveles educativos, el control anticonceptivo y la resolución de tareas domésticas a cargo de otras mujeres o instituciones de sostén permitieron ampliar el nivel de autonomía y abrieron nuevas posibilidades simbolizantes y de realización que difieren de las tradicionales y que las ubican en posición ventajosa respecto de las mujeres de sectores populares (Zaldúa, 2010). No obstante, el

mandato tradicional reaparece en forma de la profesionalización del cuidado que extiende las actitudes de protección, atribuidas como responsabilidad a las mujeres, del mundo doméstico y privado al ámbito laboral público.

Reconocimiento universitario

El primer reconocimiento universitario se logró en 1967 con la creación de la carrera en la Universidad de Mar del Plata, la primera de tantas otras que le siguieron en años posteriores. Desde el comienzo Macdonald sugería vincular la carrera a la universidad, y con vistas a lograrlo estableció los requisitos de ingreso y una propuesta curricular que buscó distinguirla de formaciones intermedias y posicionarla como carrera de grado. Pero sostenía que debía ser realizado después de que la carrera estuviera a cargo de egresadas argentinas durante un año.

Algunas precisiones observadas en las actas de la CNRL permiten determinar que existieron conversaciones entre algunos de sus miembros y autoridades de la UBA para considerar la posibilidad de crear la carrera. No obstante, hay indicios de que Macdonald habría sido ambigua a este aspecto, posiblemente en defensa de lograr mayor autonomía profesional, algo que podría conseguirse mejor en el marco de la CNRL y con su apoyo, que en un contexto de menor comprensión de la profesión como podía ser la Facultad de Medicina. Por ejemplo, ello permitió que fueran terapeutas ocupacionales quienes ocuparon los cargos de dirección y docentes de las materias específicas, algo que no se logró en algunas carreras de otros países de América Latina (Trujillo Rojas, 2002).

La falta de reconocimiento universitario del título durante la primera década para la profesión y durante mucho más tiempo para la ENTO, a pesar de los numerosos intentos de pasaje a la universidad, y la consecuente posición “intermedia” entre una formación técnico-profesional y una profesional-universitaria se conformó en los relatos analizados como uno de los principales límites para el desarrollo de la disciplina, tanto en lo que respecta a lo académico

y de investigación, a las limitaciones legales que ello implicaba para su posicionamiento en los agrupamientos funcionales de las estructuras institucionales, como a la multiplicidad de niveles de reconocimiento del título para el ejercicio profesional que devino de esta situación en los diferentes distritos y sectores. Y esto obligó a la ENTO a un esfuerzo extra de gestión para el sostenimiento de una propuesta educativa en el marco de una institución asistencial, debiendo recurrir permanentemente a mecanismos de excepción administrativos para el adecuado funcionamiento.

La diferente lógica valorativa de las trayectorias docentes y de estructura administrativa entre la ENTO y la universidad dificultaron las condiciones necesarias para lograr un pasaje sin pérdida de autonomía, equipos de trabajo y reconocimiento docente. Considerada la Terapia Ocupacional en relación a otras profesiones que participaban del campo, esta situación la dejó en desventaja con respecto a la inscripción universitaria en los primeros años.

El número de egresadas

Identificamos también como condicionante de la expansión el número reducido de egresadas y del porcentaje que se dedicó al área de salud mental, lo que limitó la difusión de las prácticas en mayor número de espacios, la restringió principalmente a ámbitos especializados, y contribuyó a su escasa visibilidad en el imaginario social. Como referencia, entre los años 1961 y 1975 egresaron de la ENTO 271 terapistas ocupacionales, un promedio de 18 por año. El 51% provenía de las provincias, el 41% de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires y el 8% de otros países, a través de convenios de colaboración y becas. A partir de 1972 se sumaron las egresadas de la Universidad de Mar del Plata. Este número es bajísimo cuando se lo compara, por ejemplo, con los egresados de Psicología: en 1975 se recibieron 5.700 psicólogos y psicólogas en un total de 27 universidades, 7 de ellas de gestión pública (Alonso *et al.*, 2010).

Un análisis realizado para actualizar esta información permite establecer que, ya en 2021, buena parte de este problema

fue resuelto con la creación de carreras en diferentes lugares del país, y se estima que se encuentran en ejercicio más de 10.000 terapistas, aunque todavía la composición de la fuerza laboral en salud mental en Argentina da cuenta de una carencia marcada de terapistas ocupacionales, y de otras profesiones que participan del campo (Mercer, 2021).

Límites y posibilidades

En referencia a las dinámicas subjetivas observamos que el fuerte mandato inicial de supervivencia de la profesión, prácticamente sin andamiaje posterior, potenció los escasos recursos iniciales para instalarse en el país. Pero también operó como límite generando lo que hemos considerado una ideología defensiva ligada al no cuidado y a la “inconsciencia”, naturalizando situaciones de soledad y desprotección, así como el sostenimiento “a pulmón” de las prácticas y la formación en condiciones institucionales, materiales y humanas que no se condicen con las expectativas de resultados hetero y autoatribuidas. Identificamos que fue recién con el andamiaje de Annikken Whitmore primero como docente en el que acompañó desde una formación distinta que la del equipo inglés de Dorset House, y luego con los espacios de reflexión sobre la propia tarea y las relaciones de colaboración y sostén de los equipos una vez que se dio esa inserción, que se incluyeron prácticas de cuidado de la propia salud mental y se generaron condiciones subjetivas que habilitaron la recreación de lo aprendido.

Como vimos antes, en los primeros tiempos el mayor lugar de reconocimiento y legitimación provino principalmente de los pacientes en formas de valoración de las prácticas, elección voluntaria de participación en los departamentos de Terapia Ocupacional de los hospitales y protección tanto del espacio como de la integridad física de las profesionales, que promovió la sustentabilidad de la práctica y determinó elecciones profesionales de continuidad del ejercicio en el campo mental, así como también contribuyó a la construcción de la identidad profesional en el área. Colegas, docentes y algunos psiquiatras y residentes de psiquiatría, en particular

de orientación dinámica o llamados “reformistas”, con quienes se tuvo oportunidad de compartir la tarea, fueron las principales fuentes de reconocimiento y legitimación desde el ámbito profesional.

La transformación de la vida cotidiana y de los espacios físicos donde se desarrollaron las prácticas se constituyeron también como gratificadoras y promotoras de procesos salutíferos en profesionales y estudiantes, así como también protectoras ante el sufrimiento generado por las situaciones cronificantes de abandono, la falta de reconocimiento institucional y el arrasamiento subjetivo que implica la asistencia en instituciones manicomiales, colaborando en dar continuidad deseante a las trayectorias profesionales.

EL “CABALLO DE TROYA”

Al considerar el aspecto académico-disciplinar observamos que, en las clases de los primeros tiempos, tanto en el llamado “campo físico” como en el “campo psicológico” predominaba una forma de razonamiento que organizaba la selección y adaptación de las actividades, así como los objetivos terapéuticos, en base al diagnóstico médico. Esto refuerza lo dicho por varios autores respecto del predominio al momento de la llegada a nuestro país del modelo médico en la disciplina, denominado en las historizaciones posteriores de Terapia Ocupacional como “paradigma reduccionista”. Entendemos, junto a ellos, que responde a una estrategia de legitimación de la profesión propia del desarrollo del modelo de rehabilitación, que fue “importado” en el marco de una lógica de colonialidad (Iwama, 2006; Monzeli, 2021).

Pero esta estrategia operó a la vez como “caballo de Troya” para el ingreso de un campo de saberes con otras cualidades que sólo se ajustaron mediante un forzamiento a las exigencias y requerimientos de un sistema profesional y científico patriarcal, al mismo tiempo que los empujan a una “feminización” (Peters, 2006). En las prácticas y discursos se encuentran elementos que permiten considerar que la comprensión disciplinar estructurada en base al discurso médico coexistía con otras menos visibles y

que pueden ser rastreadas, por ejemplo, en las consideraciones sobre la recreación y otros espacios menos cargados de la mirada externa. Estos también se entran en la formación, dando lugar a saberes imprescindibles para la efectividad de las prácticas, aunque muchas veces invisibilizados y con menor reconocimiento.

En cuanto a las líneas de transformación contenidas en las concepciones y prácticas con las que la carrera se inició en nuestro país observamos que las marcas iniciales de la formación aportaron modos epistémicos, relacionales y de asistencia que agenciaron y contribuyeron a los procesos locales de transformación del modelo de atención en salud mental. Estos fueron presentados como principios teóricos y valorativos, pero también como modalidades operativas de trabajo en las instituciones y transmitidos sobre todo bajo las formas tradicionales de aprendizaje de oficios en la gran cantidad de horas de práctica clínica.

HACIA OTRAS FORMAS DE LEGITIMIDAD

La inserción en equipos interdisciplinarios y experiencias transformadoras de la atención, así como las redes intra e interprofesionales de colaboración con quienes se compartía la tarea cotidiana, fueron los determinantes de la construcción de otros caminos de legitimidad. Estos se consolidaron con la convocatoria a formar parte de los equipos de gestión y asistenciales en las políticas nacional y municipal en Salud Mental que se desarrollaron a partir de 1967. La participación en estos espacios promovió de diferentes maneras incipientes formas de producción escrita publicadas en la Revista de la AATO y otras del área.

Búsqueda de la palabra propia

Con respecto a la relación con la producción de conocimiento, en los inicios el límite estuvo marcado por el uso de apuntes, lo que obstaculizó la identificación y el acceso a las fuentes y a sus contextos de producción, aspectos claves del desarrollo académi-

co y científico. De esta manera, se vio limitada la posibilidad de visualizarse como co-productoras del conocimiento disciplinar, así como de recrear y construir nuevos conocimientos situados.

La organización de jornadas y congresos propios de la disciplina, la participación en eventos conjuntos del campo y la participación en grupos de estudio expresaron, sobre todo a partir de mediados de la década de 1960, innovaciones y movimientos de formalización de los nuevos saberes que se fueron generando en las prácticas locales y fruto del cruce con nuevas fuentes y referenciales teóricos. Además de la puesta en común de experiencias de trabajo, algunas de estas producciones enfatizaron aspectos teórico-epistemológicos y se construyeron nuevas propuestas teórico-prácticas para el análisis de la actividad. En algunos casos estos procesos de formalización fueron facilitados y compartidos por otros profesionales del área.

Quienes fueron estudiantes a fines de la década de 1960 y comienzos de la siguiente tuvieron fuertes inquietudes en torno a la producción de conocimiento y el rol profesional, referidos a las movilizaciones que se generaban en el contacto con las prácticas clínicas y que dan cuenta de los procesos de debate y re-creación de los núcleos profesionales que atravesaba el conjunto de protagonistas del campo de la salud mental de entonces. Este proceso coincide con el desarrollo de la primera iniciativa de publicación disciplinar, la Revista de la AATO. De estos años es la mayor producción escrita, aunque lamentablemente poco fue publicado más allá del formato de apuntes o actas no completas de los congresos y jornadas, donde coexisten procesos incipientes de construcción de autonomía discursiva a la vez que subsidiarios de los embates y hegemonías del campo.

Podemos considerar el conjunto de esfuerzos de producción y circulación de conocimiento desde la disciplina como una importante estrategia de legitimación propia de este período, tendiente a lograr la acumulación de capital simbólico y cultural para sí y para otros, a través de la articulación de nuevas fuentes de validación con la búsqueda de construcción de autonomía epistémica.

Sin embargo, visto desde el conjunto de producciones del campo de la época, los límites de circulación tanto cuali como cuantitativos y la dificultad de reconstruir el corpus de producciones, hacen pensar que tuvieron impacto más al interior de la comunidad profesional que en el conjunto del campo, lo que dificultó la cualificación epistemológica de los saberes y prácticas desarrollados y la consiguiente capitalización simbólica necesaria.

El acercamiento al psicoanálisis

Sería adecuado ubicar también como estrategia de legitimación el progresivo acercamiento al psicoanálisis, como referencial teórico alternativo al esquema que ligaba la disciplina al modelo médico. La incorporación del equipo de García Badaracco a la ENTO y la ampliación de la formación en el área psi acompañó el proceso de sostenido aumento del predominio del psicoanálisis en las formas de comprensión y asistencia en salud mental en la CABA. El pasaje se dio hacia una validación centrada en referencia al discurso psicoanalítico, en particular el kleiniano, para la comprensión del objeto de estudio e intervención. En función de estos últimos la disciplina reconfiguró algunos de sus aspectos nucleares iniciales, con un corrimiento del eje en el diagnóstico hacia una mayor consideración de la singularidad, una ampliación y modificación de los componentes psicosociales considerados en el análisis de la actividad, y un centramiento en las dimensiones terapéutico-clínicas de la actividad como medios expresivos de funciones psíquicas y formas alternativas de lenguaje. Esto quebró el anterior razonamiento basado en los diagnósticos “a modo de receta” que era vivido como limitante para la participación en los equipos.

La relación con el psicoanálisis debe ser comprendida en términos amplios, como una articulación disciplinar con las modalidades psi de la época, como un predominio que cruza lecturas de una multiplicidad de perspectivas y abordajes que coexistían y convivían en las prácticas, que abarcaban desde la psiquiatría clásica a la antipsiquiatría, la psiquiatría social y la fenomenología. Ello se ve reflejado en la diversidad de cursos y espacios alternati-

vos de formación en áreas como psicodrama, dinámicas grupales, prácticas expresivas, etc. Se nutrían de diferentes conocimientos y experiencias sobre lo grupal, vinculados a la modalidad de las prácticas y aspectos relacionales considerados en los procesos de tratamiento y el análisis de la actividad.

Otra operación similar se encuentra en los posicionamientos que se distancian del psicoanálisis y colocan su centro en las influencias de la Psiquiatría social (por ejemplo, la lectura de los apuntes de las inglesas como influenciados por el psicoanálisis vs. la referencia a las influencias de la psiquiatría social y el valor por el trabajo iniciales que luego “se habrían perdido” en la ENTO con el giro al psicoanálisis). La tensión entre estos diferentes énfasis valorativos del campo y de comprensión del lugar de la actividad en relación con la salud, permaneció en el núcleo profesional produciendo tanto formas de integración como de distancia entre quienes priorizaron uno y otro aspecto.

Terapia sí, pero no verbal

En el proceso de incorporación al campo en un contexto cambiante, y en el que se fue volviendo predominante el psicoanálisis y se daba protagonismo creciente no sólo a los psiquiatras dinámicos sino también a los psicólogos que con diferentes estrategias de inserción también fueron abriendo y definiendo su campo de intervención, se pueden distinguir dos operaciones que dan cuenta de la posición que la Terapia Ocupacional fue tomando. Por una parte, la disciplina quedó definida, junto con expresión corporal y musicoterapia, en el marco de lo que se denominó “terapias no verbales”. Esta definición expresa un logro de legitimación de su participación en el campo, en tanto reconocimiento en calidad de terapia, pero también da cuenta de que las fuerzas del campo privilegiaban en ese entonces las formas verbales de terapia, dejando al uso terapéutico de la actividad un lugar de menor valoración simbólica.

La otra operación es un desplazamiento de sentido que deviene de la diferencia entre espacios terapéuticos al interior de una determinada modalidad asistencial y de las disciplinas (y profesionales que las representan) a su cargo. Por ejemplo, el organigrama de un hospital de día con modalidad de comunidad terapéutica podía incluir espacios de “psicoterapia grupal” “taller de...” “terapia familiar”, “terapia ocupacional” “recreación”, “almuerzo”. En este esquema se ubicaban los profesionales a cargo de estos espacios de acuerdo con sus incumbencias profesionales, su experiencia previa, algunos incluso con coordinación compartida por más de una profesión.

En esta organización psiquiatras y psicólogos solían estar a cargo de las psicoterapias, mientras que las terapistas solían coordinar espacios como los de recreación, talleres así como acompañar otros momentos del cotidiano, además del específico con su nombre. Ello tuvo como consecuencia, para la mirada externa, la equiparación en la nominación de la profesión con una técnica específica circunscrita a un momento particular de la organización diaria. Por una parte, ello suponía el logro del reconocimiento de su práctica como espacio terapéutico definido en un marco temporal que le permitía distinguirse como una “sesión”, operación de jerarquización que la acercaba a la modalidad de la psiquiatría y la psicología y la alejaba de otras prácticas ubicadas en espacios de menor valor social y económico atribuido en el campo. Como contracara quedó invisibilizada su participación en los otros espacios del programa de actividades del dispositivo; podía trabajar full time pero al ver el organigrama aparece en algunos casos como si su práctica se restringiera a una o dos sesiones semanales.

La nominación del espacio “de terapia ocupacional” daba cuenta de una forma paradigmática, una práctica con una modalidad nuclear que aparece diferenciada de otras actividades, bajo la forma de un modelo “clínico”, con foco en lo terapéutico de la actividad, y que tomó la forma de espacio de taller en el que se desarrollaban proyectos individuales de producción en un marco grupal con la coordinación de uno o más profesionales. Esta prác-

tica, seleccionada como “específica” en el período estudiado, ha influido en las representaciones de sí y de los otros como parte de la conformación del núcleo profesional.

En cuanto a los dispositivos, se puede aventurar que el hospital de día con modalidad de comunidad terapéutica, como dispositivo asistencial ambulatorio o como esquema de organización en salas de internación, fue la forma que, presente de manera incipiente desde el momento inicial de las prácticas, se consolidó a lo largo del período como el escenario donde la profesión parecía encontrar su espacio nuclear de legitimación y reconocimiento por parte del equipo interdisciplinario. Esta marca puede encontrarse en diversas iniciativas y escritos en años posteriores a los considerados en el trabajo de investigación original, conformándose como marca fundante y núcleo de permanencia / insistencia en el tiempo.

Esto implicó para otras modalidades de intervención profesional menos específicas o centrales una menor visibilidad, la exigencia de mayores explicaciones y efectos subjetivos de menor reconocimiento y valoración de las prácticas. Observar esto permite advertir las consecuencias tanto de la selección de ciertos rasgos como de las multiplicidades que quedan invisibilizadas.

Procesos identitarios

Más allá de estas operaciones, encontramos que en el segundo período la búsqueda de legitimación no se centró tanto en la disciplina como en los procesos compartidos por los profesionales del área. La inscripción como trabajador de salud en el equipo interdisciplinario reconocido por las políticas del sector, en relativa igualdad de condiciones contractuales, la apertura de oportunidades de participación en espacios y la definición co-construida de funciones como en el caso del Plan Goldenberg y otras experiencias, se entretajan con identidades profesionales que se corrían de la discusión disciplinar específica hacia referencias relacionadas sobre la constitución, funciones y actividades del equipo cuando éste está presente.

Así, desde las primeras incorporaciones en equipos interdisciplinarios y, con mayor intensidad, hacia el final del período estudiado, se observan procesos identitarios más referidos a los espacios de trabajo y a los equipos de pertenencia que a la propia disciplina de origen. Discursos en los que se cruzan referencias al clima social de la época, los modos colaborativos de trabajo, el disfrute ligado a las posibilidades de experimentación y las nuevas posibilidades asistenciales. Estos, junto a la valoración por referencia a la pertenencia a espacios reconocidos en el campo, se configuran como epifanías en los relatos.

Fue en estos espacios de ejercicio profesional, que se conformaron paralelamente como formativos, donde ocurrieron las mediaciones necesarias para las transformaciones y permitieron la contextualización de la formación en relación con los procesos político sociales así como teórico-epistemológicos locales del campo de la salud mental, invirtiendo la relación de determinación entre la formación y las prácticas (primero de la formación a las prácticas, luego de las prácticas a la formación). En estas experiencias se plasmaron y resolvieron de diversas maneras tensiones interdisciplinarias (tendencias de mayor o menor horizontalidad en las relaciones de los equipos; diferencias de valor relativo en las posiciones de cada disciplina; lógicas de reconocimiento, respeto, valoración y escucha así como de invisibilización de los aportes, hostigamiento, acoso e indiferencia, etc.) e intradisciplinarias (posicionamientos polarizados respecto del lugar que la profesión le cabe en las políticas públicas, desarrollo diferencial de los campos de actuación, etc.) en las que quedaron jugados los procesos de construcción identitaria individuales y colectivos.

Muchos de estos procesos resultaron en nuevas síntesis integradoras. En otros casos, la subsidiariedad respecto de las hegemonías del campo determinó estrategias defensivas de aislamiento o retraimiento en la participación (por ejemplo, no animarse a tomar parte en las discusiones teóricas, no aceptar invitaciones a escribir sobre las prácticas, etc., en un doble sentido posible de no sentirse habilitadas o reconocidas por los otros como pares), y/o de compen-

sación vicaria por sobreidentificación con otras profesiones y sustitución de la propia por otra de mayor valor relativo en el campo, lo que podría relacionarse con la elección de algunas terapistas de continuar posteriormente su formación en otras carreras, como Psicología, en la búsqueda de profundización teórica y nuevas herramientas.

Se destaca como ejemplo de síntesis integradora la co-construcción del Plan Goldenberg como operacionalización planificada de la participación interdisciplinaria, ya no sólo en la tarea asistencial sino también en el diseño e implementación de las políticas públicas en el área. En el proceso de diseño del Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires destacamos que “lo común” no fue algo asumido como dado con anterioridad, sino que debió ser construido colectivamente, dedicando tiempo y dispositivos específicos destinados a la definición conjunta de las problemáticas, las estrategias de abordaje y la construcción ética de acuerdos y normas de trabajo. En este proceso, la diferenciación de saberes y prácticas que configuraban las identidades profesionales e inicialmente era dada por la formación disciplinar puede ser reencontrada a partir del trabajo colectivo como singularidad, emergiendo como el aporte único que cada profesión puede realizar a la tarea colectiva (Stolkiner, 1999; Mecha *et al.*, 2010).

En el otro extremo, el advenimiento de la dictadura de 1976, y desde antes, las fuerzas manicomiales que se oponían a los procesos de modernización en el campo de salud mental bloquearon de diferentes formas la participación activa, los procesos de horizontalización, y la continuidad de las prácticas y de la memoria del campo. La polarización de posicionamientos teóricos y políticos primero, y las prácticas de hostigamiento, persecución y desapariciones forzadas después, determinó la ruptura de las dinámicas de cooperación y reconocimiento en los equipos y resquebrajaron su potencia de intervención, destruyendo las prácticas asistenciales innovadoras y comprometiendo la salud mental y la vida de quienes las sostenían. Estos procesos empujaron a lo que en algunos casos fue leído como “abandono” de los cargos y que nos parece más adecuado comprender como formas de resistencia individual y colectiva.

UN RECORRIDO QUE SIGUE: NUEVAS APERTURAS

La visión de algunos de los aspectos fundantes de la Terapia Ocupacional y sus devenires como núcleo profesional, así como su integración en la construcción en el campo de la salud mental, deja entrever que su influencia todavía se observa en los planes de estudio, en algunas prácticas y en formas de comprender y experimentar el trabajo profesional.

Sin embargo, luego de este largo recorrido por la memoria del pasado, es necesario recordar que los saberes y las prácticas actuales de Terapia Ocupacional, tanto en nuestro país como en el marco internacional, también distan en enorme medida de aquellos iniciales. En más de cuatro décadas desde la finalización del período estudiado otros procesos han transformado importantes aspectos del núcleo profesional. En salud mental, la influencia de las Declaraciones de Alma Ata y Caracas, de las reformas de salud mental italiana y brasilera, los desarrollos de rehabilitación psicosocial, el cúmulo de experiencias y de producción de conocimiento generado en la construcción de emprendimientos sociales y laborales en salud con base en los desarrollos de empresa social y la economía social y solidaria, así como las prácticas organizadas en torno a problemas definidos como de vulnerabilidad social y con centro en las perspectivas y participación de usuarios, expresan principios y valores que se introdujeron con posterioridad y sin los cuales sería imposible comprender el presente. También es cierto que “el conjunto de problemáticas y desventajas que históricamente limitaron el desempeño e inserción” de los destinatarios de los servicios y la trama de la expulsión, permanecen vigentes (Alippi, 2005: 13).

Algunos de los puntos relevantes en este recorrido necesarios para incluir en la lectura de nuestro presente deberán abordar los efectos que el desmantelamiento de las experiencias transformadoras y las múltiples formas de resistencia en los años de dictadura tuvieron en las trayectorias profesionales y en las teorías y prácticas de la profesión, marcados también por el corte de la producción es-

crita en ese período. Y el retorno de la democracia marcó un giro en las políticas del sector y la instalación de una nueva lógica de gestión, un nuevo lugar del Estado, y cambios profundos en las relaciones sociales y las subjetividades. En el ámbito disciplinar la democracia reinauguró los espacios de encuentro y participación, se organizaron los primeros congresos nacionales, se crearon nuevas asociaciones profesionales y se retomó la actividad de la AATO.

En relación con el campo de la salud mental se reabrieron distintas líneas de transformación. Entre ellas se destacan la convocatoria a participar en el Plan Nacional de Salud Mental asesorado por Goldenberg, que retomó los principios del anterior, de 1969; la inclusión de la profesión entre las disciplinas convocadas a participar de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental creadas en 1986 y la presentación del primer libro argentino de la profesión *Terapia Ocupacional en salud mental*, editado por la Comisión Organizadora del Libro de Terapia Ocupacional (COLTO) en 1989. También se reincorporaron terapeutas que habían trabajado en el Plan Goldenberg y se abrieron nuevos cargos en hospitales y centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Los de la década de 1990 fueron años en que se desarrollaron una gran cantidad de publicaciones nacionales de la profesión, que expresan grandes e importantes esfuerzos de producción escrita. Fueron también años donde la oferta académica se multiplicó: se abrieron carreras de Terapia Ocupacional en las universidades de Quilmes, del Salvador y de Buenos Aires, y se inició el traspaso de la ENTO a la de San Martín, que se sumaron a las de La Rioja y Litoral. Esto trajo un crecimiento exponencial de graduados respecto de los años anteriores. Asimismo se revisó el centramiento en las actividades en la formación profesional y se produjo un giro hacia la ocupación como objeto de la disciplina que introdujo nuevas posibilidades a la vez que operó generando discontinuidades con los recorridos discursivos del campo local. La Ley de Educación Superior de 1994 contribuyó a la generalización de las licenciaturas al definir un nuevo espacio para la profesión y posibilidades de acceso a la realización de posgrados,

de los que antes estaba excluida. También fue tiempo de debate de propuestas de actualización de la legislación sobre el ejercicio profesional y sobre los rumbos que la profesión debía tomar; además, se incorporó a la Terapia Ocupacional en el sistema de residencias de la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires.

En el comienzo del siglo XXI se consolidó la formación universitaria de grado, se crearon nuevas carreras en diferentes lugares del país, se sancionó la Ley de Ejercicio Profesional 27.051 y se desarrollaron nuevos campos e inclusión de temas sociales en la definición de las currículas a partir de un giro en las tendencias y recomendaciones de la FMTO, promovidos por una mayor participación de países del sur. También se crearon carreras de posgrado, se comenzó a trabajar sobre las especialidades, se generaron y consolidaron redes federales y espacios colectivos de asociaciones y carreras, y se definió la carrera como de bien público mediante su inclusión en el artículo 43 de la Ley de Educación Superior. La Ley Nacional de Salud Mental posibilitó una mayor participación en la definición de las políticas en el área a través de diversas instancias participativas, como el Consejo Consultivo en Salud Mental y Adicciones, y jerarquizó el lugar de las estrategias interdisciplinarias e intersectoriales orientadas a la efectivización de derechos y la construcción de ciudadanía en el cotidiano.

El primer congreso mundial de la profesión realizado en Latinoamérica en 2010 contribuyó a revalorizar la producción de conocimiento de la región en sus aportes conceptuales, epistemológicos y sociales como parte constitutiva de la configuración global actual de la disciplina, que desde entonces se vio fuertemente impulsada cuali y cuantitativamente. También se desarrollaron nuevos trabajos de historización de la profesión con distintas focalizaciones en países de la región. La creación y sostén continuado de la Revista Argentina de Terapia Ocupacional, junto con otras publicaciones y esfuerzos de recuperación y visibilización de la producción nacional, se destacan también en este período.

En los últimos años, los aportes de los feminismos, los estudios decoloniales, las epistemologías del sur y la participación

creciente de personas con discapacidad y usuarios en la definición de políticas públicas, prácticas y discursos profesionales sobre sus vidas, promovieron procesos de revisión histórica y de los fundamentos de conocimientos y prácticas contemporáneas cuya potencia abre cada día nuevas posibilidades de lectura, comprensión y transformación.

Estos son solamente algunos de los elementos centrales que marcaron las más de cuatro décadas que distancian el tiempo del relato de la actualidad.

La Ley Nacional de Salud Mental nos interpela a poner al servicio de su cumplimiento la caja de herramientas construida en los diferentes momentos que atravesó el campo de la salud mental y los devenires de las profesiones que en él participaron. También, a tener en consideración las voces de usuarios, el saber sobre sus vidas, poniendo a disposición todos los conocimientos teóricos y técnicos específicos, así como los aprendizajes de las formas que facilitaron procesos de construcción conjunta a partir de la diversidad de saberes y perspectivas de los equipos de salud mental como condición para una tarea asistencial sustentable en el tiempo y constructora de mundos que muchos podamos habitar saludablemente.

Del recorrido realizado podemos destacar como elementos para retomar y recrear en el presente, la formación para el trabajo interdisciplinario desde el comienzo mismo de la carrera, la flexibilidad de la currícula para adaptarse a los cambios en el campo, la importancia del trabajo en equipo para la construcción de identidades colectivas con permeabilidad de frontera, las dinámicas subjetivas implicadas en dichos procesos, en particular las de reconocimiento por parte de compañeros de trabajo, superiores y usuarios, y el cuidado de la salud del equipo en los procesos de trabajo.

Esperamos que estos, junto con otros elementos desarrollados, tengan la capacidad de agenciar, desde múltiples lecturas y perspectivas, con el presente, y potenciarlo hacia formas de comprender y actuar en salud más democráticas, plurales, interdisciplinarias, cuidadoras, sinérgicas y potenciadoras de la vida de usuarios y trabajadores del área.

ANEXO: MARCO TEÓRICO

En la investigación que dio como resultado la tesis origen del presente texto se consideraron distintos conceptos teóricos, como la noción de campo y sus derivaciones, así como los referidos a la profesión y el ámbito laboral.

Campo y núcleo en salud y salud mental

Según Pierre Bourdieu, el *campo* es un espacio “integrado por un conjunto de relaciones históricas objetivas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder” (Wacquant, 1995: 23), que prescribe valores y normas, donde se configura una autoridad capaz de determinar jerarquías y tasas de conversión. El campo se presenta “como una estructura de posibilidades, recompensas, ganancias o sanciones, que siempre implica cierto grado de indeterminación” (Wacquant, 1995: 24), o como un espacio de juego que existe únicamente en tanto hay jugadores que participan y creen en él, y persiguen activamente las recompensas que este ofrece (Bourdieu y Wacquant, 2008).

Bourdieu define también el concepto de *habitus*, comprendido como “un conjunto de relaciones históricas ‘depositadas’ en los cuerpos individuales bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción” (Wacquant, 1995: 23), que implica la disposición de los agentes y permite explicar ciertos aspectos de regularidad y previsibilidad que presenta la vida social. Así, podemos comprender a la profesión como un campo, es decir un “espacio estructurado de fuerzas y luchas sociales” (Bourdieu, 2005: 337) que incluye el esfuerzo que fue necesario para su *agregación* e imposición simbólica. La profesión se conforma entonces tanto como el *producto social* de un trabajo histórico de construcción de un grupo como de una *representación* de los grupos.

Según Sandra Galheigo, los aportes de Bourdieu permiten comprender al campo de producción en salud como “un micro-

cosmos que incorpora diferentes escenarios, instituciones, grupos y agentes sociales” (Galheigo, 2008: 22), donde se producen y compiten capitales diversos (económico, cultural, social, simbólico), con jerarquía y distribución desigual. Este campo se organiza por la acción e interacción de productores, distribuidores, consumidores e instancias reguladoras y legitimadoras tales como las asociaciones científicas y profesionales, universidades y agencias nacionales. El capital económico está conformado por la fuerza de trabajo y los bienes económicos y de producción, el capital cultural implica la calificación intelectual que se produce en la familia y la educación, el capital social implica las relaciones entre individuos, grupos y colectividades, mientras que el capital simbólico incluye los rituales relacionados con el reconocimiento, la legitimación y la honra.

El campo de la salud colectiva es, entonces, una “red móvil, asimétrica e incompleta de servicios” (Galheigo, 2008: 22) a las que personas y grupos acceden de forma desigual y en la que coexisten distintas lógicas de funcionamiento; y donde intereses políticos, económicos, ideológicos, diferentes posicionamientos éticos y diferentes visiones de mundo derivan en una disputa por el monopolio de la producción científica y el espacio corporativo profesional.

Según Emiliano Galende podemos considerar la salud mental como un campo al tener en cuenta el pasaje de la psiquiatría hacia la definición de *salud mental*. Esto implicó una transformación profunda de las dimensiones involucradas, como el daño psíquico, las teorías, las prácticas y el ámbito disciplinario nuevo (Carpintero y Vainer, 2004), así como campos de valoraciones más amplios que atraviesan el sector salud. Esto introduce nuevos valores y genera un campo de lucha que modifica o transforma los valores que la disciplina sostenía hasta entonces. Ello se observa, por ejemplo, en la incorporación de categorías sociales para la comprensión de los problemas de salud mental, y en las referidas a los derechos y la ciudadanía como articuladoras de las prácticas (Galende, 1989).

En este marco podemos definir al campo de la salud mental como interdisciplinario. Las disciplinas que lo integran, sus conformaciones y devenires, tienen un lugar central y complejo en los procesos de pasaje del modelo psiquiátrico, monodisciplinar, al de salud mental. Este implica el trabajo en equipos conformados por profesionales de diferentes disciplinas y posturas teóricas articuladas en la comprensión de la problemática de los usuarios, comprendidos como personas con necesidades, fortalezas y debilidades, y en el establecimiento de estrategias de trabajo que les permitan mantener o reanudar su vínculo con lo social y evitar la estigmatización y el aislamiento (Galende, en Bottinelli, 2013). Esto no supone un borramiento de los aportes singulares de las diferentes disciplinas sino que constituye una construcción continua que procede de una tensión permanente entre diferenciación e integración. Desde esta perspectiva, se comprende que la hegemonía entre los campos disciplinares “no es fija ni predeterminada, no depende del valor intrínseco de alguna de las teorías, sino por el proceso de conceptualización del problema, del nivel de análisis en que se sitúa y de las estrategias que devienen de ello” (Stolkiner, 1999).

Un uso de la noción de campo que se conforma como herramienta conceptual para comprender la dinámica diferenciación-integración o especificidad-construcción de lo común es la que define campos y núcleos de competencia, a través de las cuales se daría la institucionalización de saberes y su organización en prácticas en salud (Sousa Campos, Chakour y Carvalho Santos, 1997).

En este trabajo se comprende, en un sentido análogo al de Sousa Campos, a la salud mental como campo en el doble sentido, de competencia multiprofesional e interdisciplinar y de producción en salud, conformado por sus diferentes componentes y las relaciones que determinan el acceso desigual a los diferentes capitales y la posición y posibilidad de movimientos de una profesión particular. Y comprendemos a la Terapia Ocupacional como un núcleo de competencia que opera dentro del campo de la salud / salud mental a la vez que es constituido por este, donde la relación entre ambos los organiza como diferenciados y diferenciables.

Galheigo señala que, desde esta perspectiva, se debe comprender la posición del terapeuta ocupacional en el sector salud a la luz de la composición de fuerzas en que el profesional se inscribe y que determina una posición en la jerarquía del campo. Dicha posición y movimiento dependen de tres aspectos: su capital simbólico, económico, cultural y social; sus estrategias de enfrentamiento y adhesión al orden social establecido; y la consistencia de la reproducción social de sus saberes y prácticas. Dice esta autora: “uno de los aspectos que contribuye a la consolidación de prácticas y saberes profesionales es cuando determinado núcleo profesional es capaz de acumular capital simbólico suficiente para su reconocimiento por determinado sector o campo. Tal situación se constata cuando las políticas del sector pasan a incorporar determinado profesional en su equipo mínimo o por lo menos reconocen que el trabajo se cualifica por su presencia. Otro aspecto es cuando el núcleo profesional transita por las discusiones y composiciones de un determinado campo, pasando a componer sus prácticas y saberes y, al mismo tiempo, creando un campo-espejo dentro de su propio núcleo profesional. La constitución de un campo-espejo depende, por lo tanto, de la capacidad del núcleo profesional de escuchar, acoger y delimitar con claridad las demandas de su cuidado y ser capaz de articular y efectivizar sus acciones, de forma que su papel sea comprendido e incluido, pasando su contribución a componer la lista de servicios requeridos por el campo más amplio. Para ello es igualmente esencial el ofrecimiento de formación continua en el área y la cualificación permanente de los saberes y prácticas desarrollados. Por último, su capitalización simbólica depende de la capacidad de los profesionales de compartir y así perpetuar el conocimiento producido en la asistencia y en la investigación a través de su divulgación y publicación en vehículos de divulgación científica. Caso contrario, no ocurre ninguna cualificación epistemológica y parece que cotidianamente el profesional tiene que “inventar la rueda” (Galheigo, 2008: 26).

Disciplina y profesión

Existe cierto acuerdo en definir una disciplina como un campo de conocimiento dentro de un ámbito cognoscitivo más amplio, referido como ciencia, dentro del cual realiza una selección particular. Es desarrollada por un grupo académico y conforma un recorrido formativo central para la construcción de una identidad profesional (Hawes, 2009). De acuerdo con Michel Foucault, no se trata únicamente de la delimitación de un campo de conocimiento específico sino que se define “por un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas como verdaderas, un juego de reglas y de definiciones, de técnicas y de instrumentos” (Foucault, 1992: 27). Es decir que la característica esencial de una disciplina es un principio de identidad que posibilita la construcción de nuevos enunciados siempre y cuando estos permitan “una reactualización permanente de sus reglas” (Foucault, 1992: 28). Esa reactualización de las reglas supone también la reactualización de determinadas valoraciones.

Las profesiones, por su parte, se refieren a la habilitación de sujetos para la intervención en áreas de acción específicas a través de certificaciones acreditadas. Tanto profesiones como disciplinas coexisten en el proceso y en la propuesta formativa aunque pueden diferir tanto en sus presupuestos epistemológicos como en su ontología, en la producción y la validación de sus saberes (Hawes, 2009).

La Terapia Ocupacional se originó como área de práctica, luego fue una profesión (Medeiros, 2008), y más tarde se configuró como área de conocimiento específica en salud. En parte, dicho proceso estuvo determinado por la institucionalización de la formación y su inclusión en la universidad, instancia que supone la exigencia de producción de conocimiento bajo los cánones de la ciencia.

Daniela Testa sostiene que a la hora de considerar la posición de la Terapia Ocupacional en el área de salud es pertinente tener en cuenta que “la división del trabajo médico en otras ocupaciones y prácticas, útiles y necesarias a la medicina, general-

mente dedicadas a brindar servicios relativos a la curación, reúne variadas prácticas especializadas que pueden llegar a ser ocupaciones competitivas y a constituirse en una amenaza para el monopolio de la medicina” (Testa, 2012a: 76).

También tiene en cuenta esta autora la perspectiva de género, un aspecto relevante para comprender las profesiones relacionadas con el cuidado de otros. La distinción entre femeninas y masculinas, aclara, no sería por los requerimientos técnicos de las ocupaciones o las habilidades personales sino por las representaciones sociales y culturales que se atribuyen a los géneros (Testa, 2012a). El mandato tradicional del cuidado de los otros opera en la producción de subjetividades produciendo significaciones imaginarias en las que se actualizan prácticas sociales y discursivas, y en las que los mandatos se naturalizan generando normas y matrices relacionales y prescriptivas (Zaldúa, 2010).

La Terapia Ocupacional se constituyó como femenina, compartiendo características con otras profesiones que participan en el campo de la salud, como las asistentes sociales y las enfermeras, en los aspectos vocacionales y la subordinación jerárquica con respecto a la medicina. Este último aspecto le confiere una doble subordinación inicial dada por su condición de profesión feminizada por una parte y, por otra, en su condición de profesión paramédica, que la acerca al concepto de semiprofesión y la clasifica como profesión de consulta retomando los conceptos de Friedson. Ello coexiste con grandes esfuerzos desde el comienzo por lograr niveles de autonomía profesional y ampliar sus alcances. Carole Pateman ubica la subordinación en el espacio laboral como una continuidad del patriarcado que va, en sentido opuesto a las lecturas clásicas sobre el contrato sexual, de la esfera privada hacia la pública y que estructura el espacio de trabajo (citada en Testa 2012a).

Formación profesional

En toda propuesta formativa se expresan valoraciones, un perfil profesional al que se aspira formar así como también pro-

cesos que escapan a lo explícito. Algunos autores consideran la formación profesional como un proceso de socialización en el cual se desarrolla un tipo particular de identidad social (Lodieu *et al.*, 2012). La socialización profesional implica la incorporación de conocimientos conceptuales y operativos así como también de valores y normas, aprendizajes explícitos y formalizados, e implícitos (socialización latente). En este proceso se adquiere un código simbólico que brinda referencias relacionadas con la evaluación de lo real que permite orientar contextualmente las conductas. Además, a través de un proceso de identificación en el que se asume la pertenencia a un grupo, involucra la construcción de una representación del mundo y de una identidad. Otro aspecto relevante de pensar la formación como socialización es que supone “una incorporación de las maneras de ser (de sentir, de pensar, de actuar) de un grupo, de su visión del mundo, y de su relación con el porvenir, de sus posturas corporales como de sus creencias íntimas” (Lodieu *et al.*, 2012: 20).

Una forma de aproximarse al estudio de la propuesta formativa es a través del análisis de los planes de estudio. Estos suponen “la inculcación de un orden (a la vez lógico y social) capaz de generar sistemas de pensamiento y de acción, con eficacia estructurante de la percepción, la reflexión y las prácticas posteriores” (Bottinelli *et al.*, 2010: 16). La formulación de los planes y programas se ve afectada por los contextos en los que se realiza la formación y cumple un papel regulatorio de las prácticas profesionales. Por ello se estudia su relación con las formas sociales de dominación en sus múltiples dimensiones y la reproducción o la transformación de las relaciones de poder.

Los planes de estudio de las carreras de salud pueden ser considerados expresión de las relaciones de fuerza que existen entre los diferentes actores del campo y ello se ve, en particular, en la conformación de nuevos campos disciplinares. Asimismo, “las continuidades o rupturas que se registren entre la oferta formativa para los profesionales del área y los avances mundiales y locales en el área y las necesidades manifestadas por los usuarios, deben

ser comprendidos y abordados como expresión de la fortaleza y debilidad relativa, de cada uno de los sectores involucrados, para hacer prevalecer sus opciones” (Bottinelli *et al.*, 2010: 17).

Identidades profesionales y dinámicas subjetivas en el trabajo

La relación subjetiva con el trabajo determina formas identitarias heterogéneas en las que los discursos, actitudes y narrativas sobre el trabajo, lejos de expresar una unidad, muestran relaciones subjetivas diversas (Dubar, 2001). Reconstruidas a partir de relatos biográficos que incluyen tanto aspectos profesionales como extraprofesionales, articulan procesos de reconocimiento en el trabajo con trayectorias personales y profesionales. Las formas de identidad dan cuenta de formas de vivir y dar sentido al trabajo, buscando dar coherencia a las diferentes esferas de la existencia así como a momentos sucesivos de una trayectoria, a la vez que estructuran los relatos y las experiencias profesionales, combinando identidades “para otros” tales como las culturales y de status, como identidades “para sí”, de tipo reflexivas y narrativas (Dubar, 2001: 13).

Para pensar el proceso subjetivo que implica el trabajo en el campo de la salud mental, Emiliano Galende, retomando aportes de Jean Piaget y Rolando García, propone un esquema de tres momentos consecutivos: el intrasubjetivo, dado por la formación disciplinaria; el interdisciplinario o de “subjetividad interiorizada” en el que lo aprendido se pone en juego en la experiencia; y el transdisciplinario, constitutivo de una “transubjetividad práctica”, en el que las relaciones se integran y se puede actuar y comprender en forma integrada. Este se logra “cuando de modo práctico se hace carne en la propia subjetividad una comprensión totalizadora del problema, momento de pensamiento complejo (Morin) en el cual el pensamiento refleja en su totalidad la diversidad de elementos que componen un problema” (Galende, 2008: 184). En este proceso, al menos tal como está organizada la formación académica en nuestro medio, el primer momento se desarrolla durante la formación de grado, mientras que los otros dos tendrían

posibilidad de ocurrir ya sea en la formación de posgrado, en el caso de propuestas formativas en campos interdisciplinarias, ya en la experiencia de integración en equipos interdisciplinarios.

En las profesiones de salud, la formación que habilita para el trabajo es tradicionalmente unidisciplinaria, por lo que buena parte de las representaciones relacionadas con la identidad profesional, así como de las características y rasgos que distinguen una profesión de otras, son por lo general transmitidas en ausencia de representantes de otras profesiones. Se construye así una potencial separación entre la “identidad para sí” y la “identidad para otros”, con la consecuente distancia comunicativa.

En los espacios de trabajo, dada en la conformación de equipos multiprofesionales que trabajan en forma articulada, aparecen otras dimensiones que se ponen en juego en la construcción de la identidad profesional y personal. Estos equipos se consideran, desde la salud colectiva, como unidades de producción, y se definen como un colectivo organizado con capacidad para co-gestionar su propia vida, que congrega diferentes profesionales y especialistas en una dirección en torno a un mismo proceso productivo (Sousa Campos, 2009). El trabajo es, en este sentido, uno de los territorios donde se juegan las negociaciones de incumbencias y donde las relaciones de fuerzas en el campo asistencial terminan de dar forma a las identidades profesionales que a su vez redeterminan los procesos formativos. Es allí donde se intersectan las decisiones político-técnicas, los encuadres teóricos y las prácticas, que disputan fuerzas instituyentes de trabajo vivo y modos fijados de trabajo muerto que determinan una micropolítica del trabajo en los actos de salud como espacios de intersección entre usuarios y efectores, de necesidades y demandas, y sus dinámicas de reproducción y transformación (Merhy, 2006; Zaldúa *et al.*, 2010).

En el trabajo, las dinámicas relacionadas con la identidad han sido estudiadas por la psicodinámica del trabajo. Desde esta perspectiva, el trabajo, en tanto función psíquica, pone en juego procesos subjetivos como los del reconocimiento, la gratifica-

ción, la movilización de la inteligencia, todos ellos ligados a la constitución de la identidad. Constituye la matriz de la integración social, permite a los sujetos estar inscriptos en estructuras y participar de interacciones portadoras de significados, siendo el mayor factor productor de sentido para la integración social en la vida adulta (Lancman y Sznelwar, 2004).

Así, el desarrollo de la identidad y la transformación del sufrimiento en placer están directamente relacionados con la mirada de los otros y los mecanismos de reconocimiento que provienen de esta mirada. En el trabajo, las formas de reconocimiento implican el funcionamiento de un orden colectivo, equipo o comunidad de filiación. El reconocimiento abarca el conocimiento, la constatación y la gratitud por las contribuciones que realizan los trabajadores. Este se realiza a través de dos tipos de juicios: el de utilidad, que se refiere a la contribución de utilidad técnica, social y económica; y el referido a la conformidad del trabajo con las “reglas del arte”, y la singularidad, que valora la originalidad que el trabajador aporta y lo distingue de lo común esperable (Lancman, 2004).

Por otra parte, la movilización de los recursos de los trabajadores se da a través de la cooperación, que supone la voluntad de trabajo conjunto y superación de las brechas entre el trabajo prescrito y el real, conformando una voluntad común. Esta cooperación no puede ser obligada ni prescrita, es voluntaria y libre y se basa en el deseo de cooperar. Supone el establecimiento de relaciones de confianza generadas a partir de la construcción ética de acuerdos, normas y reglas de trabajo o del oficio.

Otro de los conceptos centrales de la psicodinámica del trabajo es el de las estrategias defensivas, que constituyen una forma específica de cooperación entre los trabajadores para enfrentar colectivamente el sufrimiento generado por el trabajo y proteger su salud mental. Este incluye el miedo a los accidentes, los despidos, las agresiones de los usuarios o clientes, la dominación y la autoridad ejercida por las jerarquías, a no poder seguir el ritmo de la cadena productiva y el aburrimiento, entre otros (Lancman

y Sznelwar, 2004). La conciencia del riesgo limitaría la capacidad de producir eficazmente, por lo que los mecanismos de defensa tienen un valor funcional respecto de la productividad. Estas estrategias pueden volverse tradición, logrando cohesión y solidez en un grupo profesional; en ese caso se habla de “ideología defensiva” (Dejours, 1992). Otra forma de sufrimiento ocurre cuando la cooperación y las formas de solidaridad se resquebrajan, generando “patologías de la soledad” (Lancman y Sznelwar, 2004).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- AATO (2012). *50 aniversario. Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales 1962-2012*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales.
- Alippi, M.A. (2005). “Desempeño ocupacional en un emprendimiento productivo en Salud Mental”. Trabajo final en Licenciatura en Terapia Ocupacional, Ciclo de Complementación, UNSaM.
- Almeida, M.C. de (1997). “Deficiencia y cotidianidad: reflejos y reflexiones acerca de la rehabilitación”, en *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 8, 2/3: 81-86.
- Alonso, M.M.; Gago, P.T. y Klinar, D. (2010). “Profesionales de la psicología en la República Argentina: Síntesis cuantitativa 2008”, en *Anuario de investigaciones*, 17, 375-382.
- Bellomo, L.E. (2011). *La rehabilitación psiquiátrica en la Argentina: una crónica del tema a través de la historia hasta la actualidad*. Buenos Aires: Akadia.
- Benassi, J.; Fraile, E.; Nabergoi, M. y Yujnosvky, N. (2013). “Procesos del hacer. Aspectos temporales de la actividad humana”, en Simó Algado, S.; Guajardo Córdoba, A.; Correa Oliver, F.; Galheigo, S. M. y García Ruiz, S. (comp.) *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile.
- Bermann, G. (1956). “Enseñanza de la psiquiatría y formación del psiquiatra”, en *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 1958, 2, 3: 277-283.
- Bonder, G. (1994). “Mujer y educación en América Latina: hacia la igualdad de oportunidades”, en *Revista Iberoamericana de Educación*, 6, septiembre- diciembre. Disponible en <https://rieoei.org/historico/oeivirt/rie06a01.htm> [consulta, abril 2021].

- Borelli, N. (1958). *Terapia Ocupacional. Acta Neuropsiquiátrica Argentina, 1958*, 4, 9: 399-400.
- Bottinelli, M.M. (2013). “Reflexiones sobre la ética en los procesos de salud y educación”. Material de cátedra de Teorías y prácticas de la investigación en salud y salud mental, Maestría en Salud Mental Comunitaria, UNLa.
- Bottinelli, M.M. (2022). “Evaluación, logros y desafíos pendientes en la implementación de la Ley nacional de salud mental”, en Bottinelli, M.M.; Garzón, C. y Nabergoi, M. (coords.) *Tramas en la Formación de profesionales en salud. Investigaciones y experiencias a 10 años de la Ley de Salud Mental*. Buenos Aires: Teseo
- Bottinelli, M.M.; Nabergoi, M.; Remesar, S.E.; Pérez, M.; Kanje, S.; Tetelbaum, A.; De la Fuente, M.G. y Salgado, P.A. (2010). “Interfases cuali y cuantitativas sobre las necesidades y competencias en la formación de recursos humanos en salud en el área del adulto mayor. Exploración desde la perspectiva de las instituciones, usuarios y efectores”. Informe final SACYT. Informe final Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.
- Bottinelli, M.M.; Nabergoi, M.; Mattei, M.; Mulholland, M. y Spallato, N. (2013). “El contexto de la Educación superior en Argentina durante los inicios de la formación en Terapia Ocupacional”, en *Memorias del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación y IX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Universidad de Psicología, UBA.
- Bourdieu, P. (2005). “La práctica de la sociología reflexiva”, en Bourdieu, P. y Wacquant, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2008). “La lógica de los campos”, en Bourdieu, P. y Wacquant, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Briglia, J.; García Ariceta, V.; Maiani, A.; Nogueras M.S.; Popritkin, M.C.; Portela, A. y Rosemblat, F. (2017). “Silvia Rivadera, la huella de una colega desaparecida en la última dictadura argentina. Aportes a la memoria y a la perspectiva histórica-ética-política de la Terapia Ocupacional”, en *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3, 1: 25-34.
- Buchbinder, P. (2005). *Historia de la Universidad Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Buyatti, D.; Carballo, E. y Carballo, J. (2010). “Comunidad Terapéutica El Sauce”, en *Actas del XI Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis. Estudios, Producciones e Intervenciones en El Bicentenario*. Rosario, 15 y 16 de octubre.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los años '60 y '70. Tomo I: 1957-1969*. Buenos Aires: Topía.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2005). *Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los años '60 y '70. Tomo II: 1970-1983*. Buenos Aires: Topía.
- Daneri, S.M. (2005). “Antecedentes de la Terapia Ocupacional en el Hospital José T. Borda. De la Asunción del Dr. Domingo Cabred como Director de la Institución (1892) a la Presencia Efectiva del Primer Grupo de Terapistas Ocupacionales (1960)”. Licenciatura en Terapia Ocupacional, Ciclo de Complementación Curricular, Universidad Nacional de San Martín.
- Daneri, S.M. (2008). Entrevista realizada en calidad de informante calificado en la ENTO/UNSaM por el equipo de investigación del proyecto “Revisión Histórica de la Terapia Ocupacional en la ENTO/ UNSAM. Medio siglo de crecimiento”.
- Daneri, S.M. (2010). “Una mirada retrospectiva sobre el uso del trabajo y las actividades manuales, artísticas y recreativas en el tratamiento de la enfermedad mental en el Hospital José T. Bor-

- da”. Presentación, XV Congreso Mundial de Terapeutas Ocupacionales: Ocupación desde Latinoamérica. Santiago de Chile.
- Dejours, C. (1992). *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires, Humanitas.
- Destuet, S. (1999). *Encuentros y marcas*. Buenos Aires: COLTOA.
- Dubar, C. (2001). “El trabajo y las identidades profesionales y personales”, en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 13, 7): 5-16.
- ENTO (1959a). “Memorandum I. Plan de adiestramiento en Terapia Ocupacional. Sugerencias para cursos/s propuesto/s en Terapia ocupacional en el Instituto Nacional de Rehabilitación del Lisiado”, 26 de abril.
- ENTO (1959b). “Memorandum 2-A. Práctica en Hospitales. Clínica para estudiantes en Terapia Ocupacional”, 4 de mayo.
- ENTO (1959c). “Memorandum 2-B. Esquema para organizar el personal y abrir departamentos de Terapia ocupacional en las provincias”, sin fecha.
- ENTO (1959d). Programa analítico de la carrera 1959.
- Esteves, J.R. (1970). “El Programa Nacional de Salud Mental sigue en marcha”, en *Revista Salud Argentina*, 1: 91-94.
- Fishman, M.; Iglesias, M.I.; Mordkowski, S.; Teubal, R. y Trepichio, V. (1976). “Fiesta en la sala. Una comunicación sobre nuestra práctica”, en *Revista Argentina de Psicología*, 21: 109-113.
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets.
- Galende, E. (1989). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (1996). “Mauricio Goldenberg, por su estilo”, en Goldenberg, M. *Mauricio Goldenberg: (maestro, médico, psiquiatra, humanista)*. Colección Testimonios para la experiencia de enseñar. Facultad de Psicología, UBA.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Paidós.
- Galheigo, S.M. (2003). “O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social”, en *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 14, 3: 104-109.
- Galheigo, S.M. (2008). “Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática”, en *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19, 1: 20-28.
- Galheigo, S.M. (2011). “What needs to be done? Occupational Therapy responsibilities and challenges regarding human rights”, en *Australian Occupational Therapy Journal*, 58: 60-66.
- Goldenberg, M. (1958). “Estado actual de la asistencia psiquiátrica en el país”, en *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 4, 9: 401-410.
- Goldenberg, M. (1970). “El Departamento de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires”. Grupo de trabajo sobre la administración de Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental. Viña del Mar, Chile 14-19 de abril de 1969. Washington: publicación científica N° 210. OPS/OMS.
- Goldenberg, M.; Barenblit, V.; Fernández Moujan, O.; Galli, V.A.; Kesselman, H. Muller, A.; Perez, A.; Ricón, G.L.; Sluzki, C.E. y Stein, G. (1966). “La Psiquiatría en el Hospital General. Historia y estructura del Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico Profesor Dr. Gregorio Araoz Alfaro”, en *Semana Médica*, 1, enero.
- Grimson, W.R. (1972). *Sociedad de locos. Experiencia y violencia en un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Guedes Arroyo, L.C. (1977). *Experiencias en Psiquiatría Comunitaria*. Pre-edición.

- Hartley, (s/f): “Terapia ocupacional aplicada a condiciones psiquiátricas. Medios de tratamiento en la TO psiquiátrica. Trastornos psicósomáticos. Melancolía involutiva. Manía depresiva. Actividades: objeto y perspectiva de sus posibilidades”. Apunte de clase, ENTO.
- Hawes, B.G. (2009). “Las disciplinas, las profesiones y su enseñanza”. Presentación, Seminario Inaugural del Programa de Diplomado en Docencia Universitaria, Universidad de Chile.
- Hobsbawm, E.J. (1998). *Historia del siglo XX*. Buenos Aires: Crítica.
- Iriart, C.; Nervi, L.; Olivier, B. y Testa, M. (1994). *Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Iwama M. (2003). “The issue is... toward culturally relevant epistemologies in occupational therapy”, en *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 5: 582-588.
- Kesselman, H. (1970). *Psicoterapia breve*. Buenos Aires: Kargieman.
- Lancman, S. y Sznelwar, L.I. (2004). *Chistophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Fiocruz.
- Lodieu, M.T.; Longo, R.; Nabergoi, M. y Sopransi, M.B. (2012). “Equipos interdisciplinarios en Salud Mental Comunitaria”. Módulo “Fundamentos de la Salud Mental Comunitaria y Estrategias Comunitarias”, Curso Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.
- Macdonald, E.M. (1961). “The responsibility of exporting a profession. Opening an Occupational Therapy Training School in the Argentine”, en *Occupational Therapy. The oficial journal of Occupational therapist*, 24, 6: 14-19.
- Macdonald, E.M. (ed.) (1960b). *Occupational Therapy in Rehabilitation. A handbook for Occupational Therapists, Students and others interested in this aspect of reablement*. Great Britain: Bailliere, Tindal and Cox; University Press Aberdeen.
- Macdonald, E.M. (1972). *Terapéutica ocupacional en rehabilitación*. Barcelona: Salvat.
- Martínez Antón, M.R. (1998). “La Terapia Ocupacional. Historia y actualidad”. Apunte de clase, Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional I, Licenciatura en Terapia Ocupacional, UBA.
- MCBA (1969). “Plan de Salud Mental” y “Programa de acción N° 1 de Salud mental” Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Decreto N°4495/69 (B.M. N°13.614).
- MCBA, Departamento de Salud Mental (1969). “Informe general del estudio de roles en el equipo de Salud Mental”. Documento.
- Merhy, E.E (2006). *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar.
- Medeiros, M.H. da Rocha (2008). *Terapia ocupacional. Un abordaje epistemológico y social*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- Mercer, H. (2021). “¿Qué pasará con el sistema de salud después de la pandemia?”, en *Revista Salud Mental y Comunidad*, 8, 11: 113-118.
- Monzeli A.M. (2021). *Histórias da Terapia Ocupacional na América Latina: a criação dos primeiros programas de formação profissional*. João Pessoa: UFPB.
- Monzón, A. y Risiga, M. (2003). *Espacio de reconstrucción de la memoria colectiva*. Boletín de la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional, noviembre.
- Monzón, A. y Risiga, M. (marzo, 2004a). *Espacio de reconstrucción de la memoria colectiva*. Boletín de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales, marzo, versión electrónica.
- Motuca, M. y Cottino, G. (2009). “Entrevista al Dr. José Vilapriño, pionero de la Psiquiatría en Mendoza”, en *Temas de la Historia de la Psiquiatría Argentina*, 29: 27-32.
- Motuca, M.; Egea, C.; Alcalde, R.; Hernández, P. y Pérez, M. (2017). La influencia del Dr. Julio José Herrera en la práctica

psi de la provincia de Mendoza”, en <http://historiapsidemendoza.blogspot.com.ar/>

Nabergoi, M. (2012). “Antecedentes de la ENTO. Sobre la creación de la Escuela de Terapia Ocupacional Dorset House en Inglaterra y la formación del equipo de terapistas inglesas que inició la carrera de TO en Argentina”. Mimeo.

Nabergoi, M. (2019). “La transición del modelo inglés hacia una Terapia Ocupacional con identidad local: tres referentes históricos alternativos de Terapia Ocupacional en Salud Mental en los comienzos de la profesión en Argentina”, en *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5, 2: 4-11.

Nabergoi, M.; Mattei, M.; García Sartirana, A.; Briglia, J.; Zorzoli, F.J.M. (2013a). “Cooperación internacional y asistencia técnica en rehabilitación. Marcas y singularidades en los comienzos de la formación de terapeutas ocupacionales en Argentina”. Presentación, V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Universidad de Psicología, UBA.

Narváez, S. e Itovich, F. (2019). “Breve reseña histórica de las publicaciones argentinas”, en *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5, 2: 61-64.

Peters, C.O. (2006). “Power and professionalization in occupational therapy, 1950 until 1980”. Disertación doctoral, New York University.

Ramacciotti, K.I. (2006). “Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires”, en *Asclepio. Revista de la Medicina y de la Ciencia*, 58, 2: 115-138.

Ravachini, S; Edbrooke, S. y Torre, A. (1969). “Introducción de Terapia Ocupacional en el equipo de Salud Mental. Definición de su rol”. Presentación, III Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional, Mendoza.

Rosemblat, F.; Popritkin, C.; Portela, A.; Vázquez, N.V.; Bursztyn, A.D. y Jeroncich, J. (2019). “Entrevista a Marta Elena Fortain, primera directora argentina de la Carrera de Terapia Ocupacional. Fragmentos de su historia personal y de sus años en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional - 1963/1989”, en *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5, 2: 52-60.

Sbriller, L. (1997). *Introducción a Terapia Ocupacional. Marcos conceptuales*. Buenos Aires: Catálogos.

Sbriller, L. y Warschavski, G. (1990). *Terapia Ocupacional: teoría y clínica*. Buenos Aires: Vergara.

Scholten, H. (2010). “1969: El año de las polémicas”, en *Actas del XI Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis. Estudios, Producciones e Intervenciones en El Bicentenario*. Rosario, 15 y 16 de octubre.

Sousa Campos, G.W. (2009). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Sousa Campos, G.W.; Chakour, M. y Santos, R.C. (1997). “Análise Crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)”, en *Caderno de Saúde Pública*, 13, 1: 141-144.

Stolkiner, A. (1999). “La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”, en *Campo Psi. Revista de Información especializada*, 3, 10.

Testa, D.E. (2012a). “Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la Terapia Ocupacional en Argentina”, en *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12, 1.

Testa, D.E. (2012b). “La poliomiélitis, la rehabilitación y las mujeres. Los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional en Argentina. (1956-1959)”. Presentación, V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires, del 3 al 5 de octubre.

- Trossman, C. (1993). "Homenaje al Dr. Hugo Rosarios", en AA. VV. *La marginalidad forzosa. Homosexualidad, adicciones, SIDA, pobreza*. Buenos Aires: Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N° 1.
- Trujillo Rojas, A. (2002). "Terapia Ocupacional en Colombia: retrospectiva en cuatro momentos de desarrollo", en *Terapia Ocupacional, conocimiento y práctica en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.
- Veronelli, J.C. y Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Veronelli, J.C. y Testa, A. (2002). *La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires: OPS.
- Wacquant, L.J.D. (1995). "Introducción", en Bourdieu, P. y Wacquant, L., *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Zaldúa, G. (2010). "El ethos de cuidado y las cuestiones de género", en Zaldúa, G. y Bottinelli, M.M. (coord.). *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Zaldúa, G.; Bottinelli, M.M.; Lodieu, M.T.; Pérez Chávez, K.; Pawlowicz, M.P.; Gaillard, P.; Tisera, A. y Nabergoi, M. (2010). "Salud Mental: Territorios y Narrativas entre la Reproducción y la Transformación", en Zaldúa, G. y Bottinelli, M.M. (coord.). *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Zaldúa, G.; Bottinelli, M.M.; Sopransi, M.B.; Nabergoi, M.; Lenta, M.; Tisera, A. y Freire, M. (2011). "Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental", en *Actas de las IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES CONSULTADAS

- AATO (2018). Índice de producción nacional en Terapia Ocupacional. Buenos Aires: AATO
- AAVV (2004). "Homenaje a Enrique Pichón Rivière", en *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 20): 27-53.
- Alayón, N. (2007). *Historia del Trabajo Social en Argentina*. Buenos Aires: Espacio.
- Amado, M.J. (2011). "Aproximación al perfil del psicólogo en la década del '70", en *Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis*, 12.
- Arce, H. (1993). *El territorio de las decisiones sanitarias. Las tres generaciones de hospitales*. Buenos Aires: Macchi.
- Armus, D. (2010). "¿Qué historia de la salud y la enfermedad?", en *Salud Colectiva*, 6, 1: 5-10.
- Arteaga, G. (1991). "Terapia Ocupacional en Hospital de Día", en AAVV, *Terapia Ocupacional. El Camino del hacer*.
- Azima, H. y Wittkower, E.D. (1958). "Tratamiento de la esquizofrenia basado en las relaciones objetales", en *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 4, 1: 2-8.
- Barenblit, V.; Fiorini, H.; Korman, V. y Kuten, J. (1972). "Estrategias psicoterapéuticas en el tratamiento de pacientes psicóticos internados", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 18: 244-255.
- Barry, C.; Ramaciotti, K. y Valobra, A. (eds.). (2008). *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*. Buenos Aires: Biblos.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo. XXI.
- Benassi, J.; Gueller, R.; Ocello, M.; Pradolini, V.; Rosciani, P.; Westman, S. y Yujnovsky, N (2001). "Entre cruzados y paralelas. Terapia Ocupacional". 1er Encuentro del Litoral. Santa Fe: UNL.

- Bernstein, B. (1993). *La estructura del discurso pedagógico*. Madrid: Morata.
- Bertaux, D. (1988). “El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades”, en *Historia Oral e Historias de Vida*. San José: FLACSO.
- Borinsky, M.; García, L.; Pavesi, P. y Talak, A.M. (2011). “Aportes, problemas y nuevas perspectivas en la reciente historiografía de la psicología”, en *Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis*, 12.
- Bottinelli, M.M.; Frankel, D.; Nabergoi, M.; Remesar, S.E.; Díaz, F.M.; Maldonado, C.R.; Garzón, A.C. y Albino, A.F. (2017). “Antecedentes de la formación Interdisciplinaria y Comunitaria en salud mental integral”, en Yujnovsky, N. y Arrieta, L. (comp.), *El encuentro con el otro transforma escenarios*. Paraná: Fundación La Hendija.
- Bottinelli, M.M.; Nabergoi, M.; Frankel, D.; Remesar, S.E.; Díaz, F. M.; Albino, A. F.; Maldonado, C. R. y Garzon, A. C. (2019). “Lanús, experiencias formativas interdisciplinarias, antecedentes de la salud mental comunitaria”, en *Revista Interamericana De Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 53, 2: 254.
- Bottinelli, M.M.; Nabergoi, M.; Mattei, M.C.; Manuel Zorzoli, F.J.; Díaz F.M.; Spallato, N.M.; Mulholland, M.; Martínez Del Pezzo Brederke, M.M.; García Sartirana, A.M.; Briglia, J. y Daneri, S.M. (2017). “Reflexiones sobre los orígenes de la formación en Terapia Ocupacional en Argentina”, en *Ocupación Humana*, 16, 2: 11–25.
- Bottinelli, M.M. (2012). “Entre la reproducción y la creación: los procesos de modelización del objeto”, en Díaz, E. *El poder y la vida. Modulaciones epistemológicas*. 1ra edición. Buenos Aires: Biblos.
- Bottinelli, M.M. y cols. (2003). *Metodología de la Investigación. Herramientas para un pensamiento complejo*. Buenos Aires: Grafika Hels.
- Bottinelli, M.M.; Nabergoi, M.; Pellegrini, C.M.; Mattei, M.; Mulholland, M.; Martínez del Pezzo Brederke, M.; Spallato, N.; Zorzoli, J.M.; Díaz, F. (2010). *Cortometraje: Historia de la creación de la Carrera de Terapia Ocupacional en la ENTO/ UNSAM*. Presentación, X Jornada de la Residencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Bottinelli, M.M.; Nabergoi, M.; Pellegrini, M.; Mattei, M.; Mulholland, M.; Del Pezzo Brederke, M.; Spallato, N. y Zorzoli, F.J.M (2011). *Entramados internacionales en la historia de la formación de terapeutas ocupacionales. Indicios en los comienzos de la formación profesional en Argentina*. Presentación, XII Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional y IX Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Sao Paulo, Brasil
- Bottinelli, M.M.; Nabergoi, M.; Pellegrini, M.; Mulholland, M.; Martínez del Pezzo Brederke, M. y Spallato, N. (2010). *Development of occupational therapy in Argentina. Half a century of history since the creation of the career in the ENTO/UNSAM*. Presentación, XV World Federation of Occupational Therapists Congress “Sharing the World of occupation from Latin America” / Congreso de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales “Ocupación desde Latinoamérica”. Santiago de Chile.
- Bottinelli, M.M.; Pellegrini, M.; Mulholland, M.; Nabergoi, M.; Martínez Del Pezzo Brederke, M.; Spallato, N. y Zorzoli, F.J.M. (2008). *Proyecto de investigación: Revisión Histórica de la Terapia Ocupacional en la ENTO/ UNSAM. Medio siglo de crecimiento*. R003. Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento. Universidad Nacional de San Martín. Mimeo.
- Bozzo, S. (2006). “Consideraciones actuales de la Psicopedagogía en su entramado histórico”. Presentación, Primer encuentro académico de psicopedagogos. Psicopedagogía, cincuenta años después 1956 – 2006. Centro Latinoamericano de Psicopedagogía.
- Briglia, J., y García, A. (2013). “Aspectos contextuales del surgimiento de terapia ocupacional en la Argentina”, en *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13, 1: 33-41.

- Cardinalli, I. (2016). “Conhecimentos da Terapia Ocupacional no Brasil: um estudo sobre trajetórias e produções”. Tesis de Maestría en Terapia Ocupacional. São Carlos: UFSCAR.
- Ceballos de Traversa, B.; Cantoia, M.; Joy, M. y Pardo, M.S. (1970). “Observaciones en un grupo de actividad”, en *Revista Argentina de Psicología*, 3: 135-159. Buenos Aires: Ed Galerna.
- Ceballos, B. (1967). “Terapia ocupacional”, en *Cuadernos de Psicoterapia*, 2, 2: 53-66.
- COLTO (1991) El camino del hacer. Buenos Aires: VIP.
- COLTOA (1997) Terapia ocupacional. Avances. Buenos Aires: COLTOA.
- COLTOA (1998) Terapia ocupacional. Reflexiones. Buenos Aires: COLTOA.
- COLTOA (1999) Terapia ocupacional. Trabajo y comunidad. Buenos Aires: COLTOA.
- COLTOP (1988). Terapia Ocupacional en Salud Mental. Buenos Aires: Tango.
- Dagfal, A. (2004). “Para una ‘estética de la recepción’ de las ideas psicológicas”, en *Frenia*, 5, 1: 7-16.
- Dagfal, A. (2010). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.
- Daneri, S.M. y Pérez, L.R. (2012). “La concepción de Salud Mental desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional”, en *Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII: 25-30.
- De Carlo, M.M.R. do P. y Bartalotti, C.C. (2001). “Caminhos da Terapia Ocupacional”, en De Carlo, M.M.R. do P. y Bartalotti, C.C. (orgs.), *Terapia Ocupacional no Brasil. Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo: Plexos.
- Demiryi, M. M. (2001). “La historia de T.O. en la Argentina: un análisis sociopolítico”. Presentación, 1er Encuentro del Litoral. Entre-Cruzadas y Paralelas. Universidad Nacional del Litoral.
- Di Doménico, C.; Giuliani, F.; Mansor, L.; Moya, L.; Ostrovsky, A. y Visca, J. (2007). “Del ISCE a la Carrera de Psicología en la UPMDP: un Tránsito Conflictivo”, en *Actas del VIII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis*. Mar del Plata.
- Diamant, A. (2010). *Testimonios de enseñar y aprender. Psicología y psicoanálisis*. Buenos Aires: Teseo.
- Díaz, E. (2000). “La actividad científica y su insoportable carga ética”, en *La Posciencia*. Buenos Aires: Biblos.
- Díaz, N.H. (2016). *Historia de Terapia Ocupacional en la Provincia de Entre Ríos*. Paraná: La Hendija.
- Diez, P. (2007). “El giro a la derecha”, en Actas del VIII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis.
- Dos Santos, V. y Donatti, A. (2014). *Questoes contemporâneas da terapia ocupacional na América do sul*. Brasil: CRV.
- Duarte, C. et al. (2016). “Precursores de la terapia ocupacional en Colombia: sujetos, instituciones, oficios”, en *Revista Ocupación Humana*, 16, 2: 93-109.
- Ehrenreich, B. y English, D. (2014). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Chile: El Rebozo.
- Elichiry N. (2009). “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias”, en Elichiry, N., *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*. Buenos Aires: Manantial.
- Ferrante, C. (2012). “Sobre el cuerpo discapacitado legítimo y la profesionalización del estigma en el origen del campo del deporte adaptado de la Ciudad de Buenos Aires (1950-1961)”. Presentación, V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires.
- Ferrante, C. (2014). *Renguear el estigma. Cuerpo, deporte y discapacidad motriz*. Buenos Aires: Biblos.

Fiorini, H.J. (2008). *Teoría y Técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Galende, E. (2015). *El conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires: Lugar.

Garcerón de Gómez, M. S. y cols. (2000). “Buscando otra mirada de la historia de la terapia ocupacional”, en *Materia Prima*, 4, 15: 6-10.

Garcerón de Gómez, M.S.; Moreno, M. y Aranda, R. (1999). “Buscando otra mirada de la historia de terapia ocupacional”. Presentación, V Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. La Rioja.

García Badaracco, J.; Montevechio, B.R. y Kossoy, I.N.G. de (1961). “Trabajo psiquiátrico y salud mental”, en *Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, 7, 1: 67-70.

García, R. (2006). *Sistemas Complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Barcelona: GEDISA.

Gentile, A. (2003). *Ensayos históricos sobre psicoanálisis y psicología*. Rosario: Ross.

Gentile, A.S. (2009). “El Centro de Estudios Psicoanalíticos (CEP) de Rosario, 1972 – 1975. Aporte a la reconstrucción de su historia”, en *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 28: 5-10.

Goldenberg, M. (1984). “Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental”. Informe final sobre la asesoría en salud mental al Ministerio de Salud Pública Medio Ambiente de Argentina. Mimeo

Gómez Lillo, S., y Imperatore Blanche, E. (2021). “Desarrollo de la Terapia Ocupacional en Latinoamérica”, en *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 22, 2: 207 - 217.

Gómez Lillo, S. y Fuller, A. (eds.) (2012). *Antecedentes, creación y desarrollo de la terapia ocupacional en Chile: 50 años de historia*. Chile: Abarca-Girard.

Gómez Mengelberg, E. (2007a). “Referentes históricos de la utilización de actividades en Sudamérica”, en Paganizzi, L. et al., *Terapia Ocupacional Psicosocial*. Buenos Aires: Polemos.

Gómez Mengelberg, E. (2007). “Las condiciones socio-políticas de la creación de la carrera de Terapia Ocupacional en la República Argentina”, en *Actas del VIII Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis*. Mar del Plata.

Gómez, L.; Palma, D., y Rodríguez, L. (2016). “Mujer ciudadana, universitaria y terapeuta ocupacional. Contrastes contextuales de los años sesentas y setentas desde la Universidad del Valle y la Universidad Nacional de Colombia”, en *Revista Ocupación Humana*, 16, 2: 81-92.

González Leandri, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852- 1886*. Madrid: CSIC.

González Leandri, R. (2004b). “El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado, Argentina, 1880-1900”, en *Anuario de Estudios Americanos*, 61, 2.

Goudeau Radical, D., y Silva Concha, L. (2010). “La formación de Terapeutas Ocupacionales en la Universidad de Playa Ancha: ecos del pasado reciente”, *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 10: 111-121.

Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de Asistente Social. El control de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Humanitas.

Grimson W.R. (comp.) (1973). *Nuevas perspectivas en salud mental. Instituciones y problemas*. Buenos Aires: Nueva visión.

Guajardo, A. (2016). “Lecturas y relatos históricos de la Terapia Ocupacional en Suramérica. Una perspectiva de reflexión crítica”, en *Ocupación Humana*, 16, 2: 110-117.

Hirigoyen, M.F. (2001) *El acoso moral en el trabajo*. Paidós: Barcelona.

- Iwama, M. (2006). "Ubicación en el contexto. Cultura, inclusión y terapia ocupacional", en Kronenberg, F.; Simó Algado, S. y Pollard, N. (comp), *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Kielhofner, G. y Burke, J.P. (1977). "La Terapia Ocupacional después de 60 años: un relato de identidad y conocimiento en cambio", *AJOT*, 31: 675-689.
- Klappenbach, H. (2000a). "El título profesional de psicólogo en Argentina. Antecedentes históricos y situación actual", *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32, 3: 419-446.
- Klappenbach, H. (2000b). "El psicoanálisis en los debates sobre el rol del psicólogo. Argentina, 1960-1975", *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 2: 191-227.
- Kornblit, A.L. (2007) *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblios.
- Kronenberg, E.; Simo-Algado, S. y Pollard, N. (eds.) (2006). *Terapia Ocupacional sin sronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Panamericana.
- Kronenberg, F.; Pollard, N. y Sakellariou, D. (eds.). (2011). *Occupational therapies without borders: Towards an ecology of occupation-based practices* (Vol.2). Edinburgh: Elsevier Science.
- Lancman, S.; Ghirardi, M.I.G. (2002). "Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho", en *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, 13, 2: 44-50.
- Levin, S. (2008). "Entrevista a Jorge Nonini, a propósito de su participación en los albores de la psicofarmacología moderna en Argentina", en *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 26: 27-31.
- Lorenzo, M.F. (2012). "Graduadas y profesionales. Los desafíos de las estudiantes y egresadas de medicina de la Universidad de Buenos Aires entre 1889-1940". Presentación, V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires.
- Macchioli. F.A.; Jardón, M.; Acha, O. y Ostrovsky, A.E. (2011). "Jóvenes investigadores. Problemas historiográficos en el marco de las disciplinas 'psi'", en *Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis Buenos Aires*.
- Macdonald, E.M. (1979). *Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación*. Barcelona: Salvat.
- Magalhaes, L.V. (1996). *La salud de los terapeutas ocupacionales*. Pontificia Universidad Católica de Campinas. Mimeo.
- Malavolta, M.L. (2021). "El tiempo secreto de Ana. Historia de vida de Ana Novick. Una lectura desde terapia ocupacional comunitaria". Trabajo final, Especialización en Terapia Ocupacional Comunitaria, Universidad Nacional de Quilmes.
- Martin, A.L. (2012). "Partear en Buenos Aires. 1870-1900". Presentación, V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires.
- Martin, A. L., Queirolo, G., Ramacciotti, K. I., & Arias, A. C. (2019). *Mujeres, saberes y profesiones: Un recorrido desde las ciencias sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Martincorena, F.D. (2009). "Factores que interactúan favoreciendo y obstaculizando la formación profesional de los auxiliares de enfermería de salud mental". Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria, UNL.
- Más, F. y Martín, A. (2008). "Notas para una Comprensión Histórica y Social de las Primeras Experiencias de Comunidades Terapéuticas en Argentina (1966-1973)", en *Actas del IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Mecha, A.; Nabergoi, M.; Bottinelli, M.M. y Montaldo, J.H. (2010). "Interdisciplina, transdisciplina y postdisciplina, un debate actual". Presentación, IX Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos. UPMPM.
- Minayo, M.C. de Souza (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar.
- Monzeli, G. A.; Morrison Jara, R.; Esquerdo Lopes, R. y Duarte Cuervo, C. (2021). "Historias de la Terapia Ocupacional en América Latina: la primera década de creación de los programas de formación profesional", en *Revista Ocupación Humana*, 21, 2: 113-136.
- Monzón, A. (1996). "Marta Suter: Cuestionada y respetada", en *Materia Prima*, 1, 0: 2-3.
- Morin, E. (1992). "Sobre la interdisciplinariedad", en *Boletín del Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires*, 2: 7-12.
- Morrison Jara, R. (2011a). "Revisando la historia de la Terapia Ocupacional: Eleanor Clarke Slagle. Una versión (más) desde los estudios feministas de la ciencia". Presentación, VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. ATOPBA. La Plata.
- Morrison R.J. (2011). "(Re)conociendo a las fundadoras y "madres" de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia", en *TOG*, 8: 14.
- Morrison, R.J. (2021). "El pragmatismo en la historia inicial de la terapia ocupacional", en *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29.
- Morrison, R.J. (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)", en *Historia crítica*, 62: 97-117.
- Morrison, R.; Olivares, D.A.; Graus, J.M.R.; Cifuentes, D.L.; Macari, C.L.; Rojas, E.P.; Parraguez, M.J. (2016). "Silvia Gómez Lillo y cincuenta años de terapia ocupacional en Chile: una biografía", en *TOG*, 24, 13: 01-27.
- Morrone, B. (2012). *Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina*. Mar del Plata: Suárez.
- Moruno Miralles, P. y Talavera Valverde, M. Á. (comp.) (2007). "Terapia Ocupacional. Una perspectiva histórica 90 años después de su creación" en *Revista Terapia Ocupacional de Galicia*.
- Muller, M. (2000). "Perspectivas de la Psicopedagogía en el comienzo del milenio. Psicología y Psicopedagogía". Facultad de Psicología y Psicopedagogía, USAL.
- Nabergoi, M. (2004). "Transformación de los saberes disciplinares hacia el criterio de cuidados en salud (mental). El caso de algunos desarrollos de terapia ocupacional en el contexto de la reforma del SUS, Brasil". Trabajo final, Fundamentos del Campo de la Salud Mental Comunitaria, Doctorado en Salud Mental Comunitaria UNLa. Mimeo.
- Nabergoi, M.; Rossi, L.; Albino, A.F.; Ortega, M.S; Venturini, Y.D.; Itovich, F.; Medina, L.N.; López, M.L. y Presa, J. (2019). "Tradiciones en Terapia Ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia Ocupacional en Argentina", en *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5, 2: 12-24.
- Nabergoi, M.; Bottinelli, M.M. (2004). "Saude do Terapeuta Ocupacional como trabalhador. Síndrome de Burnout: Eixo para pensar das relações entre reflexividade, pesquisa e prática", en Lancman (org.) *Saude, Trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo: Roca.
- Nabergoi, M.; Bottinelli, M.M. (2016). "Terapia Ocupacional en Argentina", en Simó Algado, S.; Guajardo Córdoba, A.; Correa Oliver, F.; Galheigo, S. M. y García Ruiz, S. (comp.) *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Santiago de Chile: USACH.

Nabergoi, M.; Mattei, M.; Bottinelli, M.M.; Muholland, M.; Martínez Del Pezzo Brederke, M.M.; Spallato, N. y Zorzoli, F.J.M. (2011). "Proyecto de investigación: Creación e institucionalización de la Terapia Ocupacional en Argentina. Los comienzos de la formación y el desempeño profesional de terapeutas ocupacionales en Argentina desde la apertura de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional". SJ10/48. Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento. UNSaM. Mimeo.

Nabergoi, M.; Mattei, M.; Muholland, M.; Martínez Del Pezzo Brederke, M.; Spallato, N.; Zorzoli, F.J.M.; García Sartirana, A. y Briglia, J. (2013). "Los comienzos de la formación de Terapia Ocupacional en Argentina como parte de un entramado regional. Diálogos latinoamericanos". Presentación, X Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional y V Congreso Venezolano de Terapia Ocupacional. Caracas.

Nogueira Fornereto, A. de P. y Yoneko Dakuzaku Carreta, R. (2010). "About the genderization process of the profession: the female in the historicity of occupational therapy". Presentación, XV Congreso Mundial de Terapeutas Ocupacionales "Ocupación desde Latinoamérica". Santiago de Chile.

Oliva, A.A. (2005). "Trabalho Social na Argentina. Traços Históricos". Tesis de doctorado, Programa de Posgraduación en Servicio Social, PUC-SP.

Omacini R (2021). "El hombre que entendía", en Mitre, M.E.; Mascaró, N. y Tardugno, C. (comp.), *Diez años después. Homenaje a Jorge García Badaracco*. Buenos Aires: DITEM.

Onocko Campos, R.; Massuda, A.; Valle, I.; Castaño, G. y Pellegrini, O. (2008). "Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes", en *Salud Colectiva*, 4, 2: 173-185.

Otero González, V. (2012). "Las disputas en el campo profesional argentino: idóneos vs farmacéuticos en el siglo XX". Presentación, V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires.

Palacios Tolvett, M. (2017). "Reflexiones sobre las prácticas comunitarias: aproximación a una Terapia Ocupacional del Sur", en *Ocupación Humana*, 17, 1: 73-88.

Paganizzi, L (1991). *Terapia ocupacional: del hecho al dicho*. Buenos Aires: Psicoterapias integradas.

Paganizzi, L (1997). *Actividad, lenguaje particular*. Buenos Aires: ed. de autor.

Paganizzi, L. (2007). "Trabajo Profesional de Terapeutas Ocupacionales en la Ciudad de Buenos Aires. 1964-1996", en Paganizzi, L. *et al. Terapia Ocupacional Psicosocial*. Buenos Aires: Polemos.

Parra, G. (2001). *Antimodernidad y Trabajo Social: orígenes y expansión del Trabajo Social en Argentina*. Buenos Aires: Espacio.

Piñeda, M.A. (2010). "La investigación en Psicología en la Universidad de Buenos Aires: 1957 – 1982. Resultados iniciales de un estudio bibliométrico", en *Actas del XI Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis. Estudios, Producciones e Intervenciones en El Bicentenario*. Rosario.

Plotkin, M.B. (2003). *Freud en las pampas*. Buenos Aires: Sudamericana.

Rascovsky, C.; Destuet, S.; Fregtman, C.; Román, A. y González Barona, E. (1979). "Terapias no verbales en la comunidad de día", en *Actualidad Psicológica*, 5, 47: 1-4.

Reis, S.C. (2017). "Histórias e memórias da institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no Brasil: de meados da década de 1950 a 1983". Tesis de Maestría en Terapia Ocupacional, São Carlos, UFSCAR.

Ríos, J. C., Ruiz, R., Stagnaro, J. C. y Weissman, P. (comp.). (2000). *Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis. Historia y Memoria*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

- Rivarola, L.; Martínez, J.L. y Fernández, O. (2000). “Notas para una historia crítica de la Fonoaudiología en nuestro país”, en *Revista Fonoaudiológica*, 46, 2: 21-28.
- Rodrigué, E. (1965). *Biografía de una comunidad terapéutica*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Rodríguez Sturla, P. (2008). “La transmisión académica de la psicología en el Curso Superior de Médicos Psiquiatras de la Universidad de Buenos Aires (1942-1962)”, en *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 24: 21-25.
- Rossi, L. (1997). *La psicología antes de la Profesión. El desafío de ayer: instituir las prácticas*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Rossi, L.; Falcone, R.; Kirsch, U.; Rodríguez Sturla, P. et al. (2005). *Psicología en la Argentina. Vestigios de profesionalización temprana*. Buenos Aires: JVE.
- Rovere, M.A. (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington: OPS.
- Rustoyburu, C. (2012). “Maternidad y Pediatría. Buenos Aires, a mediados del siglo XX”. Presentación, V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad. Buenos Aires.
- Samaja, J. (1997). *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Colección Temas. Buenos Aires: EUDEBA.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Saraceno B. (1999). “La ciudadanía como forma de tolerancia”, en *Tres al Cuarto, Actualidad, Psicoanálisis y Cultura*. Barcelona.
- Saraceno, B. (2007). “Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries”, en *The Lancet*, 370, 9593: 1164-1174.
- Sautu, R. (comp.) (1999). *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Scaglia, H.; Lodieu, M.; Déboli, M. y Arias, S. (2003). “La ecuación Psicólogo Psicoanalista. La impronta del psicoanálisis en la representación profesional del psicólogo”, en *Memorias de las X Jornadas de Investigación*, Facultad de Psicología, UBA.
- Scaglia, H.; Santos, J. y Lodieu (2006). “La representación social del psicólogo y la socialización profesional en estudiantes de psicología”, en *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología. UBA.
- Simó Algado, S.; Guajardo Córdoba, A.; Correa Oliver, F.; Galheigo, S. M. y García Ruiz, S. (comp.). *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Santiago de Chile: USACH.
- Soares, L. B. Texeira (1991). *Terapia Ocupacional, Lógica do Capital ou do Trabalho? Restrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980*. São Paulo: HUICTEC.
- Sousa Campos, G.W. (2000). “Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”, en *Saúde coletiva*, 5, 2: 219-230.
- Stagnaro, J.C. (2006). “Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina”, en *Frenia*, 6: 7-37.
- Stagnaro, J.C. (2008). “El contexto psiquiátrico internacional en el que Enrique Pichon- Rivière introdujo la psiquiatría dinámica en la Argentina”, *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 24: 26-32.
- Stolkiner, A. (1987). “De interdisciplinas e indisciplinas”, en Elchiry, N. (comp.) *El niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Testa D.E. (2011a). “Poliomielitis. La herencia maldita y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la Ciudad de Buenos Aires”, en *Revista Intersticios*, 5, 2: 309-323.
- Testa, D.E. (2011b). “La lucha contra la poliomiélitis. Intermitencias de un recuerdo eludido. Buenos Aires (1943-1971)”. Tesis de maestría. Buenos Aires: FLACSO.

- Testa, D.E. (2013). "Curing by doing: poliomyelitis and the rise of occupational therapy in Argentina, 1956-1959", en *Hist. Cienc. Saude – Mangueiras*, 20, 4: 1571-1584.
- Testa, D.E. (2018). *Del alcanfor a la vacuna Sabin. La polio en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Testa, D.E. (2018). "La poliomiélitis y el 'surgimiento' de la rehabilitación en Argentina: Un análisis sociohistórico", en *Apuntes*, 45, 83: 123-143
- Testa, D.E. (2012). "La lucha contra la poliomiélitis: una alianza médico-social, Buenos Aires, 1943", en *Revista Salud Colectiva*, 8, 3: 299-314.
- Testa, D.E. y Spampinato, S. (2010). "Implicancia de la perspectiva de género en las prácticas de Salud Mental y Terapia Ocupacional". Presentación, 15° Congreso Mundial de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional "Ocupación desde Latinoamérica". Chile.
- Testa, D.E. y Spampinato, S. (2010). "Género, salud mental y terapia ocupacional: algunas reflexiones sobre la influencia de la historia de las mujeres y la perspectiva de género en nuestras prácticas", en *Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de São Paulo*, 21, 2: 174-181.
- Valles, M.S. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vezzetti, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Vezzetti, H. (2003). *Pasado y presente. Guerra, dictadura y sociedad en la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Vezzetti, H. (2009). *Sobre la violencia revolucionaria: memorias y olvidos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Villaruel, N.L. et al. (1985). *Campo ocupacional de los terapeutas ocupacionales en la Argentina*. Presentación, 1er Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. La Rioja.
- Visacovsky, E.E. (2002). *El Lamús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza Estudio.
- Wainerman, C.H.; y Binstock, G. (1993). "Ocupación y Género. Mujeres y varones en enfermería", en *Cuaderno del CENEP*, 48.
- Willard, H. S. y Spackman, C. S. (1973). *Terapéutica ocupacional*. Barcelona: Jims.
- Wlosko, M. y Ros, C. (comp.) (2019). *El trabajo entre el placer y el sufrimiento*. Remedios de Escalada: De la UNLa.
- Zaldúa, G.; Bottinelli, M.; Sopransi, M.; Nabergoi, M.; Lenta, M.; Tisera, A. y Freire, M. (2011). "Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental", Presentación, IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población Derecho a la salud y protección social, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Zaldúa, G.; Bottinelli, M.M. y Nabergoi, M. (2005). "Reflexiones sobre la investigación de procesos de salud enfermedad de los Trabajadores de la salud", en *Revista Ocupación Humana. Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional*. 11, 1y2: 78-88.

ARCHIVOS INSTITUCIONALES CONSULTADOS

- Biblioteca de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, UBA.
- Biblioteca de Asuntos Legales, Ministerio de Salud de la Nación.
- Biblioteca de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales.
- Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, UBA.
- Biblioteca del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento, UNSaM.
- Biblioteca del Congreso de la Nación.
- Biblioteca Nacional.

Biblioteca de la Facultad de Psicología, UBA.
Archivo Ministerio de Salud de la Nación.
Archivo de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
Archivo de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional,
ICRM-UNSaM.
Archivo Dorset House. Oxford Brookes University. Oxford. Gran
Bretaña.
Centro de Documentación en Salud, GCBA.
Archivo General de la Nación. Departamento de Archivo Inter-
medi.
Dirección General de Información y Archivo Legislativa, GCBA.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las condiciones que deben darse para que un libro sea posible, condiciones materiales y afectivas, presentes e históricas, cada una en múltiples dimensiones. Las profesiones feminizadas bien lo saben. Por eso agradezco profundamente a todo el entramado que hizo posible esta publicación, que va mucho más allá de las menciones particulares que pueda hacer en estas breves líneas.

Al doctorado en Salud Mental Comunitaria y Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la UNLa. En particular a Emiliano Galende por el liderazgo en la creación del área y posgrados en Salud Mental Comunitaria, que permitió que este trabajo se desarrolle e inscriba en un campo interdisciplinario; y a Alejandra Barcala, actual directora del doctorado, por la convocatoria y la gestión de los medios para su publicación.

A las protagonistas, por su participación en la construcción del campo, la riqueza de sus relatos y su confianza para la realización de este desafío. Sus contribuciones exceden ampliamente el recorte que aquí se presenta.

A mis maestras y directoras de tesis Graciela Zaldúa y María Marcela Bottinelli, por su inmensa generosidad, habilitación y maternaje académico durante las últimas dos décadas.

A las redes locales e internacionales de colegas y compañeras de la profesión. En particular a las maestras argentinas y latinoamericanas, y al trabajo de las Terapias Ocupacionales del/ desde el Sur y el Movimiento Terapias Ocupacionales sin Fronteras en la validación de formas situadas de praxis profesionales éticas y garantes de derechos en el mundo y en la región.

A las compañeras de las carreras de nutrición, enfermería, psicopedagogía, instrumentación quirúrgica, trabajo social y psicología, por los encuentros e intercambios elucidadores sobre lo tanto que tienen en común nuestras historias y sus implicancias en el presente.

Al equipo de investigación UNSaM con quienes entre 2009 y 2014 compartí la aventura de conocer sobre los inicios de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, marco de este trabajo; en especial a Maureen Mulvey, *in memoriam*, por su acompañamiento cálido e indispensable en el trabajo de campo.

A los equipos de trabajo en UNLA, UBA y UNSaM que hacen posible la alegría de la producción colectiva. La calidad humana y profesional de quienes tengo la suerte de compartir la tarea cotidiana me conmueve y llena cada día de orgullo y responsabilidad.

A les estudiantes por su permanente invitación a pensar y a generar dispositivos para el andamiaje de nuevos horizontes y escrituras.

A los rizomáticos, compañeros de aquella primera cohorte del doctorado, por los proyectos que nos siguen encontrando.

A Julia Benassi, Liliana Paganizzi, Daniela Testa, Natalia Yujnovsky, Emilia Fraile, Luisa Rossi, Florencia Itovich, Juliana Presa, Andrea Albino y colegas de AATO y ATOGBA, por el impulso y la insistencia en la necesidad de circulación de este trabajo. Al colectivo de terapeutas ocupacionales impulsado por Susana Garcerón que lo alentó y acompañó de distintas maneras.

A Natalia Yujnovsky, Andrea Monzón y Cristina Gómez Villafañe, por su valioso tiempo dedicado a la exhaustiva revisión del texto. A Sara Daneri, Liliana Paganizzi y Silvia Destuet por la disposición para las consultas en los últimos tramos y la revisión de pasajes. A Silvina García Guevara, por la laboriosa tarea de edición y los aprendizajes que implicó el pasaje de la tesis al libro.

A la inmensa trama de cuidados que posibilitó el tiempo y las condiciones afectivas para la escritura en el cotidiano. En especial a mi gran compañero y mis amadísimas pequeñas por su enorme paciencia y apoyo en todo el tiempo de crianza y vida compartida que les tomé prestados para este proyecto.

