

“SIN RECONOCER LA HISTORICIDAD DE LA COMUNIDAD Y LA PROPIA, NO SE PUEDE HACER TRABAJO EN Y CON COMUNIDADES”: ENTREVISTA A LUCÍA VIVANCO EN SUS CUARENTA AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL EN CHILE

“Without recognizing the community and one’s own historicity, work cannot be done in and with communities”: Interview with Lucía Vivanco based on her forty years of professional practice in Chile

“Sem reconhecer a historicidade da comunidade e a própria, o trabalho não pode ser feito nas e com as comunidades”: entrevista com Lucía Vivanco, em seus quarenta anos de prática profissional no Chile

Lucía Vivanco Muñoz ¹
Débora Grandón Valenzuela ²



RESUMEN

Lucía Vivanco Muñoz es terapeuta ocupacional, egresada de la Universidad de Chile en 1983 y una de las primeras en incursionar en la Terapia Ocupacional social y comunitaria en Chile. En esta entrevista, realizada por su colega Débora Grandón, analiza el desarrollo de la Terapia Ocupacional social y comunitaria a través de su incursión, a finales de la década de 1980 y durante los años 90, en áreas no tradicionales de la Terapia Ocupacional, como el acompañamiento a personas viviendo con VIH-SIDA, la desinstitucionalización de niñeces vulneradas y la reinserción en sus familias y comunidades. También, colaboró en el diseño de políticas públicas para la superación de la pobreza desde el Estado chileno y en otros países, en su rol de consultora para el Banco Mundial. Actualmente, es académica de la Escuela de Terapia Ocupacional en la Universidad de Santiago de Chile -USACH. Esta experiencia como iniciadora de áreas de práctica hoy instituidas en el ejercicio de la profesión tiene un relevante valor histórico y constituye un aporte significativo al desarrollo de estos campos y a la formación de nuevas generaciones.

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, comunidad, política pública, VIH, planificación de programas

ABSTRACT

Lucía Vivanco Muñoz is an occupational therapist who graduated from the University of Chile in 1983 and is one of the pioneers in the development of a social and community Occupational Therapy in Chile. In this interview, conducted by her colleague Débora Grandón, she analyzes the development of a social and community Occupational Therapy throughout her involvement at the end of the 1980s and during the 1990s in non-traditional areas such as accompanying people living with HIV/AIDS, the deinstitutionalization of vulnerable children, and their reintegration into their families and communities. She also participated in designing public policies for overcoming poverty within the Chilean government and other countries in her role as a consultant for the World Bank. She is currently an academic at the School of Occupational Therapy at the University of Santiago de Chile -USACH. This experience as an initiator of areas of practice established today in the exercise of the profession has a relevant historical value and constitutes a significant contribution to the development of these fields and the training of new generations.

KEYWORDS: Occupational Therapy, community, public policy, HIV, program planning

RESUMO

Lucía Vivanco Muñoz é terapeuta ocupacional, formada pela Universidade do Chile em 1983, e uma das primeiras a se aventurar na Terapia Ocupacional social e comunitária no Chile. Nesta entrevista, conduzida por sua colega Débora Grandón, se analisa o desenvolvimento da Terapia Ocupacional social e comunitária por meio de sua incursão no final dos anos 80 e durante os anos 90, em áreas não tradicionais da Terapia Ocupacional, como o acompanhamento de pessoas vivendo com HIV-AIDS, a desinstitucionalização de crianças em situação de vulnerabilidade e a reintegração em suas famílias e comunidades. Além disso, colaborou no desenho de políticas públicas para a superação da pobreza no Estado chileno e em outros países, atuando como consultora para o Banco Mundial. Atualmente, é professora na Escola de Terapia Ocupacional da Universidade de Santiago do Chile - USACH. A experiência da professora como pioneira em áreas de prática, hoje instituídas no exercício da profissão, tem um valor histórico relevante e constitui uma contribuição significativa para o desenvolvimento desses campos e para a formação de novas gerações.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional, comunidade, política pública, HIV, planejamento de programas


¹ Terapeuta ocupacional. Educadora popular. Diplomada en Docencia Universitaria. Magíster en Terapia Ocupacional Psicosocial. Profesora asistente, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

lucia.vivanco@usach.cl

 <https://orcid.org/0009-0004-0263-3933>

² Terapeuta ocupacional. Magíster en Estudios de Género y Cultura. Doctoranda en Estudios Latinoamericanos, Centro de Estudios Culturales Latinoamericanos (CECLA), Universidad de Chile. Académica, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

dlunagrandon@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8709-2902>

INTRODUCCIÓN

Lucía Vivanco Muñoz (1960) es una terapeuta ocupacional chilena, pionera en el desarrollo de la Terapia Ocupacional social y comunitaria³, así como en el diseño de políticas públicas nacionales e internacionales para la reducción de la vulnerabilidad social y la superación de la pobreza. Recién terminada la dictadura cívico-militar chilena, fue una de las primeras cuatro terapeutas ocupacionales⁴ dedicadas al abordaje del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en Chile; dirigió la organización no gubernamental (ONG) FRENASIDA y lideró la instalación de la línea telefónica de apoyo y contención denominada FONOSIDA, una de las primeras estrategias nacionales de apoyo a personas que viven con VIH en el país. Desde el año 2000, ha participado en el diseño de programas de superación de la pobreza en el marco de políticas públicas para la vulnerabilidad social de la Secretaría de Protección Social del Ministerio de Planificación (hoy Ministerio de Desarrollo Social y Familia). Esta trayectoria, le valió ser la primera terapeuta ocupacional latinoamericana que trabajó como consultora del Banco Mundial en la inclusión de la variable de discapacidad en las políticas de superación de la pobreza en distintos países, especialmente en Jamaica. Desde hace catorce años, se ha dedicado a la docencia universitaria en diversas casas de estudio, desarrollando clases sobre Terapia Ocupacional y protección social, Terapia Ocupacional y trabajo, enfoques de intervención comunitaria y territorial, así como abordajes centrados en los derechos humanos.

³ Perspectiva de la Terapia Ocupacional que comprende a la ocupación como el devenir sociohistórico de comunidades, con o sin un territorio determinado, producido por relaciones sociales, económicas, políticas, sexuales y culturales. Desde esta comprensión, prima el quehacer transformador sobre aquellas condiciones y situaciones que producen opresión, subalternización, vulneración, desigualdad y exclusión.

⁴ Además de Lucía, se trata de las terapeutas ocupacionales Ximena Toro Vega y Luz María Yaconi, y el terapeuta ocupacional Carlos Salinas.

En una tarde de sábado del frío invierno de Santiago de Chile, motivada por el anhelo de sistematizar una praxis profesional ininterrumpida de cuarenta años, yo, Débora Grandón, la entrevisté con el objetivo de reconocer y sistematizar su praxis profesional, así como analizar el desarrollo de la Terapia Ocupacional a través de su atípica trayectoria.

Distanciadas cronológicamente por treinta años, nos une la voluntad de historizar los movimientos y cambios epistémicos que la profesión ha tenido en Chile, especialmente aquellos relativos al surgimiento de la Terapia Ocupacional social y comunitaria en el país, incluso antes de que se le pudiera nombrar como tal. Con este ímpetu, presentamos esta entrevista, entendida como documento de valor histórico no solo para la Terapia Ocupacional chilena, también para nuestra región latinoamericana.

En adelante, se identifican en **negrita** las intervenciones de la entrevistadora y en *cursiva*, las respuestas y reflexiones de la terapeuta ocupacional Lucía Vivanco.



¿Cómo fue tu formación de pregrado? Te lo pregunto para poder entender cuál fue el currículum en el cual te formaste como terapeuta ocupacional, para después ir cruzando eso con tu trayectoria profesional.

Yo recibí una formación muy biomédica, visto desde los ojos de la Terapia Ocupacional contemporánea. Al poco andar, sentí una especie de desconexión entre los cursos médicos, que me encantaban, y por otro lado, los ramos de lo que llamaban ergoterapia (trabajo en cuero, carpintería, telar, juguetería, macramé, cerámica), que también me encantaban. Estas actividades manuales debíamos usarlas para apoyar la recuperación de personas afectadas por las patologías que aprendíamos en las asignaturas médicas. Y ahí apareció mi escisión: ambas cosas me gustaban mucho por separado, pero aplicadas en lo que eran asignaturas como Terapia Ocupacional en Pediatría, Psiquiatría o Neurología, no me hacían sentido. Me costaba creer que hacer macramé en un hospital tres veces por semana le mejoraría la vida a alguien. Quizá sí el rango articular, pero ¿de qué serviría si sus condiciones de vida seguirían siendo miserables? Yo no fui una estudiante destacada, en las prácticas no me fue demasiado bien y, pese a que sabía mucho de las patologías, cuando tenía que reducir el tratamiento de Terapia Ocupacional a actividades para mejorar funcionalidad, así en seco, en el vacío, sin contexto ni historia, me aburría y me desmotivaba profundamente.

En la medida que crecía mi conciencia social y política –venía del norte de Chile, con una militarización y represión feroz, que no sabía cuestionarme–, encontré asidero a la controversia solitaria que me acompañó todos los años de formación. Las estrategias para “curar” eran violentas: por ejemplo, presenciar un electrochoque fue una experiencia super traumática que me costó mucho superar. También otras estrategias segregacionistas, que consistían en sacar a las personas “enfermas” de los espacios de participación social para encerrarlas en un hospital o en un taller: excluidas, desterradas a una posición de ciudadanía de tercera clase, manteniéndolas ocupadas para su funcionalidad, con el objetivo de conservar habilidades y destrezas, pero también para sostener la funcionalidad de un sistema para el cual estas personas resultaban un estorbo. Este escenario me parecía deprimente, a la vez que una tremenda vulneración del derecho de las y los “pacientes” a ser personas. Definitivamente, no quería trabajar en esto; pero, no quedaba otra, así que a apretar los dientes y a buscar trabajo.

A propósito de eso que me dices, de ver esta formación que me describes como muy centrada en actividades concretas y dirigidas, en contextos cerrados y por fuera de la vida social, ¿cómo llegaste a la Terapia Ocupacional comunitaria?

Llegué al trabajo comunitario por una casualidad. Y, por las características de lo que fui invitada a hacer, sentí que me alejaba de la Terapia Ocupacional. Es extraño, porque cuando converso con colegas de años posteriores que se dedicaron a trabajar en Terapia Ocupacional comunitaria, nunca sintieron que dejaron de hacer Terapia Ocupacional, aun cuando tampoco les tocó esa área de formación. Estábamos en dictadura, era imposible, y aún hoy siento que la comunidad organizada es una amenaza para el modelo de desarrollo. Me doy cuenta ahora de que existía la posibilidad de haber hecho el nexo entre ser terapeuta ocupacional y hacer acción comunitaria, pero no se me dio.

Porque, cuando empezaste a hacer Terapia Ocupacional comunitaria, tú sentías que no estabas haciendo Terapia Ocupacional...

Así es. Hubo algo antes de empezar a hacer trabajo comunitario puro y duro, y es donde conocí a las personas que luego me invitaron a trabajar a la comunidad. Primero trabajé en el Pequeño Cottolengo, institución colaboradora del SENAME⁵, destinado a personas con discapacidad intelectual y con medidas de protección⁶. Trabajé en un proyecto de modificación de la conducta con personas con discapacidad intelectual profunda, con altos niveles de auto y heteroagresión; aplicábamos conductismo puro. Yo me empecé a dar cuenta de que lo que mejor resultaba para conectar con esas personas era establecer un vínculo básicamente físico, corporal. Así que empecé a usar mi cuerpo para trabajar con ellas. Mi cuerpo para contener, calmar, asistir, comunicar,

⁵ Servicio Nacional de Menores de Chile, actualmente Servicio de Mejor Niñez.

⁶ Medida de protección hacia niñeces, interpuesta por un juzgado de familia por no tener adultos responsables para su cuidado, o bien ser este un cuidado negligente.

sentarme detrás de ellas en el suelo para guiar sus manos, para que pudieran hacer un encaje, hasta que llegaran a hacerlo solas... Lo que se les medía en el programa eran cosas muy reduccionistas –vistas desde estos ojos de hoy–. Por ejemplo, si reducían las ochenta bofetadas por minuto que se daban a sí mismas por aprender a hacer otras cosas con las manos. Si lo pienso ahora, ciertamente es un objetivo necesario y suficiente, hacerse menos daño, mejorar su cotidianidad, jugar. Pero en ese contexto, también es posible hacer una Terapia Ocupacional liberadora, que propicie la dignidad de, además de no agredirse, vivir mejor.

Así que empecé a fijarme en el contexto, a hurgar y a quedarme cuando los chicos y las chicas recibían visitas (una minoría, claro), a preguntar quiénes eran los del pabellón del lado, quiénes eran sus familias, y por qué este niño o niña se llama así, de dónde venía o cuál era el motivo de su medida de protección. Algunos residentes eran hijos o hijas de familias de mucho dinero que podían pagar la estadía y eso era bueno para la institución. Es decir, amaba mi trabajo individual, pero el contexto de cada quien, su historia, me interesaba muchísimo, tanto como las sesiones de trabajo. Me incomodaba y me enojaba el sufrimiento de familias que no tenían otra alternativa que internarlos, porque no los podían cuidar o porque el tribunal había determinado que no eran capaces. Eran los menos, pues el abandono y el maltrato eran las principales causas de las medidas de protección. Empecé a sentir un compromiso profundo por esas personas, las abandonadas y las que debían separarse forzosamente de sus hijos e hijas.

Claro que me interesaba disminuir el número de bofetadas por razones obvias, pero me interesaba más vincularme, que me reconocieran, reconocerlas y descubrir que detrás de esos diagnósticos o clasificaciones de “severos o profundos”, como se calificaban, sí había posibilidades, sí pasaban cosas, aprendían, y que el contacto físico y la conexión emocional era lo que realmente movilizaba la aparición de ciertas conductas. Si bien eso ocurría, habíamos llegado tarde, pues si la comunidad y la sociedad les brindara las oportunidades de una salud oportuna y de calidad, tal vez el daño no sería tanto; que, si la comunidad hubiera tenido sistemas de soporte eficientes, si las familias hubieran contado con apoyos especializados cercanos, no estarían en esa institución total, lejos de todo e invisibilizadas.

Lo que te digo se verifica en la historia que te cuento ahora: tengo un hijo con discapacidad intelectual severa y fuimos a la fundación Daya porque quisimos probar con subproductos de cannabis. Nos atendió una médica, de mi edad aproximadamente, que me terminó contando con una tristeza profunda que su hermano estaba en el Cottolengo, como dándome explicaciones, pues su madre, inmigrante, sola con cinco hijos, no pudo hacerse cargo de ese hijo. Bueno, comencé a hacer ruido entre los curas dirigentes del Cottolengo porque trataba de conversar con los pocos familiares que iban, de entender el dolor profundo de esa gente; y yo decía: “la cosa no está aquí... no está aquí”. Pero no sabía dónde estaba.

Entonces ahí constataste: “aquí no es”. Comprendiste que el contexto es crucial.

El contexto era opresor, tenía una mirada religiosa, el bienestar se basaba en que estas personas estuvieran bien cuidadas, alimentadas, limpias y confortables... aunque eso fuera teniéndolas amarradas. Y pensé: “aquí no vamos a lograr nunca nada”.

¿Cómo seguiste después de constatar eso y de percibir esto que me decías hace un rato, como que, de pronto, lo que estabas haciendo no era Terapia Ocupacional? ¿O eso fue después?

O sea, yo me sentía súper terapeuta ocupacional ahí, porque “hacía actividades con los chiquillos”, pero estas actividades eran conducentes a disminuir la frecuencia de los golpes, a aumentar el tiempo que fijaban la mirada, el encaje que lograban hacer. Y claro, podría haber seguido, pero el proyecto, una vez que obtuvo los objetivos propuestos de ese orden, se acabó. Se presentó en congresos la utilidad de estas intervenciones en el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, con esos logros... pero eso no era financiable, no había ni una posibilidad de continuidad. Sirvió para el conductismo, se produjo saber, pero para la “ciencia”. Solo fue una pausa en su sole-



dad y abandono; luego nos fuimos. Quedaron igual que antes. A eso hoy le llamamos extractivismo.

Claro, hoy logramos reconocer y nombrar esas malas prácticas institucionales...

No me quería ir del Cottolengo, me ofrecieron trabajar en la escuela ahí mismo y fui la terapeuta. De hecho, tuve que pedir un permiso especial para trabajar en educación como docente. Estuve ahí trabajando un par de años, haciendo desarrollo psicomotor, porque a la escuela iban las y los más capacitados. Se me ocurrió hacer un sistema de “economía de fichas”, donde las personas capaces de hacer aseo hicieran el aseo, otras ordenaban, otras ayudaban en los pabellones a las monjas y así, múltiples tareas laborales, si tú quieres, y se les daba una ficha por hacer bien su trabajo. Instalamos una tienda donde podían ir a cambiar sus fichas por perfumes, jabones, dulces o lo que fuera. Hasta que los curas me censuraron. Su argumento era que los y las internas eran “Cristo en la tierra” y “a Cristo hay que servirlo”, entonces, no tenían por qué trabajar. Esa era la visión de su misión. Además, aparecieron los robos de fichas, lo típico que pasa con el dinero la verdad: unas personas empezaron a aprovecharse de otras, así que me prohibieron ese tipo de prácticas al interior de la institución; y yo renuncié.

Entonces, la misma psicóloga con que habíamos realizado este proyecto de modificación de la conducta, que era funcionaria del SENAME, me recomendó para un proyecto con la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile, que se trataba de la desinstitucionalización de niños, niñas y adolescentes cuyas familias vivían en las poblaciones Los Copihues y Las Araucarias. Estas personas se encontraban en “hogares de menores”, ya sea por medidas de protección simple o por solicitud de sus familias; era un sector muy vulnerable. El psicólogo que estaba a cargo de ese proyecto era Víctor Martínez Ravanal, hoy un referente en la Psicología comunitaria en Chile, que recién retornaba del exilio en Francia.

¿En qué consistió tu trabajo y el del equipo en ese proyecto?

Nos instalamos como equipo en una junta de vecinos, algunos y algunas teníamos jornada completa, lo que para cualquier proyecto comunitario es un lujo. Psicólogas y psicólogos, un sociólogo, una asistente social, una terapeuta familiar y monitoras de dinamización comunitaria que podíamos pasar mucho tiempo juntas, dialogando, discutiendo, reflexionando, etc. Fue mi primera experiencia en eso de que el equipo entero me preguntase “¿Qué eres tú? –terapeuta ocupacional... “Y, ¿eso qué es?”. Cuando trataba de explicar que sabía de anatomía, algo de neurología, traumatología, psiquiatría, psicología, algo de pediatría, pero también sabía juegos, manualidades y dinámicas, la cara de pregunta del equipo no había cambiado mucho.

Y empezamos a hacer. Víctor nos enseñó cartografía social, redes sociales, yo aporté mis conocimientos de Educación Popular, porque hice un curso. El primer gran trabajo fue generar el vínculo con la población, que nos miraba con mucho recelo, preguntándonos de qué partido político éramos. No confiaban en nosotros y nosotras, obviamente. Desarrollamos el proyecto en distintos ejes. El primero era el trabajo con las redes institucionales locales y las redes comunitarias, lo que implicaba mapearlas, generar vínculo con estas y validarnos como parte de esa red. El segundo eje era el trabajo directo con las familias, desarrollando redes focales: atenciones psicológicas, acompañamientos, terapia familiar, visitas domiciliarias, etc. Un tercer eje, que se dio de forma inesperada, resultó porque teníamos artistas en el equipo.

Tanto Víctor como la tallerista era grandes músicos: cantaban y tocaban guitarra, y ella bailaba muy bien; yo también canto, y así se fue formando como un núcleo cultural en torno a nuestro “estar” cotidiano ahí. Llegaron los zancos⁷, payasos, jóvenes que hacían pasacalles, y empezó a funcionar lo que luego llamamos “dinamización comunitaria” con la colaboración de estos chicos y chicas más grandes, con otros perfiles, que empezaron a jugar con los niños, niñas y adolescentes, a hacer talleres artísticos, a fortalecer el entramado comunitario como mecanismo protector de las niñeces de su propia comunidad. Hasta celebramos el aniversario de la toma, y ahí se formó un festival que entiendo dura hasta el día de hoy.

⁷ Artistas que caminan sobre zancos.

En esta línea de trabajo y al vincularnos profundamente con la comunidad, fuimos descubriendo su historicidad, a sus líderes y lideresas históricas, a quienes participaron de la toma en los años 50-60. Nos dimos cuenta de que la “historia oficial” del sector era bien distinta a la real. Los espacios (calles, plazas, puentes, sitios eriazos, etc.) tenían un significado distinto al otorgado por la municipalidad. Entonces, mi primera conclusión fue que sin reconocer la historicidad de la comunidad y la propia, no se puede hacer trabajo en y con comunidades.

En el eje de atención a las familias previamente nominadas por el SENAME para bajar el retorno de sus niños, niñas y adolescentes, nos dimos cuenta de que “no están todas las que son, ni son todas las que están” en las nóminas. Es decir, había familias que internaron a sus hijos e hijas por una necesidad situacional, la internación era un recurso recurrente en estas familias, ya que la persona cuidadora, generalmente la madre, declaraba: “trabajo, y no tengo con quién dejar a mis hijos”, trabajaba puertas adentro⁸, no había padre y no había alternativa. Nada disfuncional, solo pobreza. Y en el otro extremo, familias profundamente afectadas por relaciones dañinas, adicciones, tráfico de drogas, y justamente esas no estaban en las nóminas. Esto lo fuimos sabiendo al trabajar con las lideresas que conocían a cada una de las familias desde siempre. En este eje, entonces, incorporamos intervenciones mediatizadas, es decir, ellas mismas trabajaban con nosotras como monitoras comunitarias y tenían otra forma de vincularse con estas familias desde su rol. Esta modalidad de intervención era de gran eficacia para poder levantar mapas de necesidades y de recursos que cada familia tenía.

Rápidamente, nos dimos cuenta de que así como debíamos brindar apoyos a las familias para gestionar el retorno de sus niños, niñas y adolescentes, había que generar sistemas de apoyo para aquellas que estaban en situaciones muy críticas y con riesgo de que les quitaran la custodia de sus hijas o hijos y se la dieran al Estado. En esto, las monitoras fueron centrales, porque estábamos trabajando con tal o cual familia y salía información como: “pero hay una vecina... y esta vecina conoce a esta familia hace treinta años, desde que se formó la toma. Hablemos con la vecina”. Y la vecina empezó a trabajar con el equipo en favor de retener a esos niñas, niños y adolescentes en sus familias. Teníamos la convicción de que quitárselos era una vulneración atroz, así que nuestro trabajo fue en este eje, evitar esa práctica por parte de profesionales que tenían esa facultad, en pro del “bien superior del niño”. Es verdad que había niños, niñas y adolescentes en condiciones y ambientes de altísimo riesgo, pero sus familias no sabían cuidarlas porque a ellas tampoco las cuidaron y la mayoría no se quería separar de sus hijas e hijos. Así que apoyamos a esas familias en mejorar sus sistemas de cuidado comunitario para evitar las medidas de protección. Me hice cargo de ese eje, formamos el equipo de apoyo cercano especializado. Hacíamos visitas domiciliarias en las que hacíamos desde arquitectas, decoradoras, cocineras, cuidadoras, porque las madres no sabían cómo cuidar mejor, mientras el equipo de la Red trabajaba en las escuelas, los jardines infantiles, los centros de salud familiar⁹, la municipalidad, las organizaciones comunitarias, la iglesia, etc., generando condiciones institucionales y comunitarias de apoyo para las familias.

¿Esto era todavía en dictadura?

Saliendo de la dictadura. Nos costó mucho validarnos, pero nos validamos. Varios de esos niños, niñas y adolescentes con quienes trabajamos con buenos resultados, al pasar el tiempo, después de que nos fuimos, empezaron a consumir drogas, lo supimos porque mantuvimos el vínculo con algunas familias. Muchos se quedaron en las esquinas, son alcohólicos, pero varios salieron también. A muchos se los tragó la pobreza, la desesperanza, al suprimirse la Red de Apoyo Especializado Cercano, que fue el dispositivo que teorizamos, modelizamos, pusimos en práctica y evaluamos. Al terminar el proyecto me dije: “esto es lo que a mí me gusta hacer”. O sea, trabajar en los contextos, con las historias –historizar–, con los vínculos, con la cultura. Pero eso no lo aprendí en la universidad. Nunca más vi a terapeutas ocupacionales y, a quienes vi, también tenían la sensación de estar haciendo “otra cosa”.

⁸ Expresión utilizada para referirse al régimen laboral de trabajo doméstico que incluye pernoctación semanal.

⁹ Conocidos como CES-FAM, son un dispositivo de atención primaria en salud de Chile.



¿Fue de ahí que empezaste a trabajar en políticas públicas?

Sí, pero primero está mi experiencia en la ONG. Durante los 90, llegaban fondos extranjeros para hacer lo que el Estado neoliberal no hacía, entonces, había organizaciones no gubernamentales de todo tipo: de salud, de educación, de vivienda, y ahí nos fuimos a trabajar muchos y muchas. Víctor, junto con otros profesores de Psicología de la Universidad de Chile, comenzaron a hacer consultorías en estos temas, dos entraron a trabajar al SENAME y yo me fui a FRENASIDA, Asociación Chilena de Prevención del VIH/SIDA. Cuando llegué ahí, me encontré exactamente con lo mismo: gente absolutamente vulnerable, olvidada, además estigmatizada, enferma, abandonada por su familia. Gracias a recursos que venían desde Francia, se montó en ese lugar un centro de documentación, de atención psicológica, un grupo de trabajo con familias portadoras y el FONOSIDA 800 20 21 20. El área de trabajo con familias era bien desde la caridad, porque es verdad que pasaban hambre, el nivel de discriminación y rechazo que sufrían era terrible, vivían con el terror de que alguien les descubriera. Entonces, les dábamos una bolsa de mercadería, hacían actividades familiares grupales bien interesantes, recreativas, de apoyo, intercambio, y eso, hasta la otra semana.

El área de atención psicológica estaba compuesta por jóvenes muy interesantes, con una mirada muy respetuosa, no estigmatizante, humanizante. Había contacto con los hospitales, con médicas y médicos tratantes (infectólogos/os)¹⁰, trabajo de redes con consultorios que tenían un área de consejería en VIH/SIDA. Hacíamos capacitaciones a personal de salud en eso (consejería) y a cualquiera que la pidiera. Hacíamos campañas de prevención, trabajo en los colegios. Lo mejor de esa experiencia fue conocer a la terapeuta ocupacional Ximena Toro Vega, una increíble mujer, súper comprometida, ecuánime, que me enseñó mucho acerca de mis propios prejuicios. Yo no los notaba, pero en largas conversaciones me fui dando cuenta de que sí tenía, ya sea por ignorancia o por educación católica, no porque me espantara frente al tema. Por ejemplo, darme cuenta de que no había superado el juicio sobre una persona respecto a su forma de contagio. Ximena me enseñó que eso era extremadamente discriminatorio, opresor y vulnerable, porque, efectivamente, había un mejor trato de parte de los equipos de salud hacia las personas consideradas “víctimas” de una relación sexoafectiva con alguien portadora. Y tenía toda la razón, como siempre la tuvo. La mujer víctima contagiada por el hombre infiel era menos culpable y más respetable que la persona homosexual que practicaba sexo anónimo en lugares nocturnos.

Hoy suena vergonzoso decirlo, pero así aprendí que la matriz judeocristiana penetró en mi mente muy fuerte. Hice consciente el conservadurismo de este país, sumado a la experiencia de la opresión de clase en la población Los Copihues, la opresión de género, el estigma, la exclusión, el desprecio, la enfermedad y la muerte en soledad de las diversidades sexo-genéricas. De ahí en adelante, todo eso me hizo deconstruir y reconceptualizar la vida entera. Guardo hasta hoy grandes amigos y amigas activistas, militantes, artistas de esa época, como Daniel Palma, diseñador teatral y gestor, junto al director de teatro Andrés Pérez, de las fiestas SPANDEX¹¹ en Chile, Claudia Rodríguez, la poeta y escritora, Roberto Pablo, el director y diseñador teatral callejero, entre otras y otros.

En ese tiempo, las personas morían de enfermedades huéspedes, por la inmunodepresión, así es que comenzamos a trabajar con la preparación de la muerte. Junto a la auxiliar del aseo, otro auxiliar, y sin tener mucha idea, con el equipo técnico comenzamos a contactar familiares, a hablar sobre dónde y cómo querían morir, quién se iba a encargar de sepultarles, si había hijos o hijas, quién se haría cargo de ellos para que no fueran al SENAME, etc. Quedábamos rotas, pero nunca dudamos que era lo que había que hacer. Algunas de las familias se negaban por miedo al contagio, fue difícil. Gané un tesoro en ese trabajo, cambió mi lugar de habla, me posicioné desde otro espacio, comencé a entender las relaciones de dominación de otra manera, profundicé mis cuestionamientos y las respuestas estaban en ese cambio de perspectiva.

Y esto estaba muy ligado con la militancia. No se podía hacer el trabajo desde el lugar de la ONG sin un posicionamiento ético-político claro y definido. Lo técnico, por

¹⁰ La especialidad médica que se dedica al abordaje de VIH/SIDA en Chile es la Infectología.

¹¹ Fiestas masivas con asistencia transversal, con fuerte presencia de disidencias sexuales. Hicieron un aporte en la visibilización de esta población y en la posibilidad de encuentro de diversos segmentos sociales. Fueron suspendidas por autoridades de gobierno.

así decirlo, no podía separarse de lo político, sin comprometerse con la calle, con la lucha por la visibilización de la descarnada exclusión, discriminación y abandono total de este aspecto por parte del Estado, que solo cumplió con la medicalización de la vida de esa comunidad. Todo lo demás quedó en manos de las propias organizaciones apoyadas por algunas ONG dedicadas a esto. Pero, se acabó el financiamiento. Yo, como directora, no logré conseguir más apoyo. Y se fue muriendo FRENASIDA, junto con los compañeros y las compañeras con quienes trabajamos.

En materia de políticas públicas hacia el VIH en Chile, esta debe haber sido de las primeras que existió, ¿no?

Yo diría que fue el momento en que el contagio estaba haciendo estragos en la población mundial. Desde la Organización de Naciones Unidas se armó toda una estrategia de enfrentamiento ante la contingencia y aquí se crearon organizaciones no gubernamentales para enfrentarla. El organismo estatal que se ocupó de esto fue la CONASIDA¹², desde el Ministerio de Salud, dirigida por la Dra. Raquel Child, que tenía un enfoque de trabajo con la comunidad bien robusto. En la medida de los avances en torno a la terapia farmacológica –que mejora sustantivamente la calidad de vida de las personas– y, aparte, a medida que mejoraban los índices de desarrollo en Chile, el apoyo internacional comenzó a disminuir, ya que íbamos dejando de ser un país prioritario para el apoyo económico desde la comunidad internacional, debilitándose las ONG y desapareciendo.

Toda esta experiencia te armó una trama entre, digamos, el peso de la cultura respecto a la construcción simbólica y cultural de la experiencia del VIH, no solo como una cuestión médica o serológica.

Exactamente, ya que el abordaje de esta problemática con este colectivo de hombres y mujeres portadores, además de las prestaciones de salud disponibles en la época, se cruzaba con elementos éticos, políticos y sociales que había que abordar desde la horizontalidad. El respeto a la voluntad, como tomarse o no los remedios, practicar o no la abstinencia, usar o no preservativo, comunicarle o no a sus familias o parejas su seropositividad, ejercer o no el comercio sexual, eran decisiones personales sobre las cuales, más allá de aconsejar y acompañar como terapeutas ocupacionales, no podíamos controlar. Y para la formación que traíamos de esa época, donde la verticalidad era aceptable en pro del bien de “los pacientes”, tuve que enfrentarme a dilemas muy complejos cuando sus decisiones no concordaban con lo que, a mi juicio, “debía ser”. ¿Dónde estaba el límite? ¿Hasta dónde podíamos intervenir?

Claro, porque ahí aparece el peso de la autonomía y la pregunta ética, ¿no? Que desde los dispositivos y la institucionalidad tiende a aplacarse.

Claro. Para la trazabilidad, tiene que haber información activa del usuario o la usuaria, porque si se omite, hay más riesgos de que aumenten las cifras, como cuestión de salud pública. Por ejemplo, si una pareja serodiscordante decide tener relaciones sexuales sin protección, aparte de la consejería, no hay mucho más que hacer. O como quien decide no comentarle su condición a su pareja sexual. Es muy difícil cuando tú lo sabes.

¿Qué complejo! Y que, por lo que me describiste, fuiste aprendiendo con y entre los equipos y las personas, entre lo transdisciplinar, gente experta por experiencia, gente que venía de otros lados, con otras perspectivas muy distintas.

Así es. De no ser por la presencia de Ximena Toro, que venía del exilio, que se había criado fuera y por lo tanto tenía una perspectiva muy distinta, horizontal, liberal, me habría costado el doble.

¿Y qué siguió después?

Por esas cosas de la vida, me llamó la persona nominada por el entonces presidente Ricardo Lagos para directora del FONADIS¹³ (ahora, SENADIS¹⁴), la terapeuta ocupacional Andrea Zondek, y me ofreció la subdirección de la institución. Esa fue mi primera incursión en las políticas públicas desde el nivel central. La reflexión ahí fue

¹². Comisión Nacional del Sida.

¹³. Fondo Nacional de Discapacidad.

¹⁴. Servicio Nacional de la Discapacidad.



que no podemos diseñar políticas públicas si no conocemos a la población a la que van dirigidas, que deben ser con pertinencia territorial. A los dos años, me fui al equipo de diseño e implementación de un programa nacional llamado Programa Puente (hoy, Familias seguridades y oportunidades), dirigido a familias de extrema pobreza (indigencia), con el enfoque de vulnerabilidad social y con un préstamo del Banco Mundial. Fui invitada por la entonces directora de programas del Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), Verónica Silva. Nos conocimos cuando ella era parte de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) de la comuna de La Florida, para el aluvión de 1993. En ese equipo y en todo el FOSIS, yo era la única terapeuta ocupacional. Me tocó participar en la elaboración del documento base del Programa Puente, aportando desde el modelo de redes sociales, que Víctor Martínez trabajó a propósito de RAICES¹⁵, y desde la metodología de intervención en crisis. Cuando comenzó a operar el programa, yo participé en el diseño e implementación de la formación y capacitación de las personas que actuarían como apoyos familiares, en el componente de apoyo psicosocial (acompañamiento, se llamaría ahora). Era la primera vez en la historia de las políticas públicas de superación de la pobreza que se incluía este aspecto relacional basado en el vínculo entre la persona del apoyo familiar (representando al Estado) y la familia beneficiaria.

Fue un programa con una penetración nunca vista en la población, lo que, por supuesto, despertó apetitos políticos. Eso se manejó a nivel de autoridades, porque dejó al descubierto la pobreza dura multidimensional, la indigencia y todos los términos asociados. Por ejemplo, descubrimos muchas personas sin cédula de identidad, no inscritas en el Registro Civil, entre muchas cosas inimaginables.

¿Cuál era la relevancia de la cuestión relacional, del vínculo, en el desarrollo de esta política pública?

Nuestra propuesta era que, a partir de la generación de un vínculo seguro con un o una representante del Estado, las familias podían movilizarse, acompañadas, hacia el mejoramiento de sus condiciones de vida, que agrupamos en siete dimensiones. Al tiempo, el Estado se movilizaba en la generación de los recursos para estas personas (salud, educación, habitabilidad, trabajo, dinámica familiar, etc.), de manera preferencial, a través del trabajo intersectorial. No era fácil, la intersectorialidad para mí sigue siendo una dificultad muy seria en el Estado, son culturas institucionales difíciles de conciliar, procedimientos rígidos y otros aspectos que la hacen muy difícil.

Volviendo a la centralidad del vínculo, le apostamos a una relación que fuera permanente mientras la familia estaba en el programa, siempre con el mismo apoyo familiar, que se generaran confianzas mutuas, que le dieran rostro a una suerte de rigidez de las familias, por decirlo de algún modo, de que aun cuando sus condiciones de vida fueran muy duras, a veces extremas, eran un lugar seguro. Atreverse a moverse de ahí implicaba la posibilidad de fracasar; no todas estaban preparadas y dispuestas a hacerlo. En las evaluaciones que se hicieron del programa (por Manuel Canales, por ejemplo), este componente fue el mejor evaluado, lo que indicaba que sí tenía efectos favorables, tal vez intangibles. Un tipo de bienestar que no conocían. Creo que en lo relacional hay un tema central en la situación de vulnerabilidad social. Bueno, con la llegada del gobierno de Piñera¹⁶, el programa cambió mucho, le perdí la pista, pero sé que el componte de apoyo psicosocial cambió sus orientaciones.

Y luego, cuando salió el primer gobierno de Michelle Bachelet¹⁷, se formó la Secretaría de Protección Social en el Ministerio de Planificación (hoy, Ministerio de Desarrollo Social y Familia) y Verónica Silva fue nombrada a la cabeza. Así que para allá me fui y se comenzó con el diseño de otros programas, como el de personas en situación de calle; "Vínculos", dirigido a personas adultas mayores solas, y muchos otros. Comenzó a desarrollarse el "Chile crece contigo", como otro sistema de protección social en conjunto con salud.

¹⁵. Nombre de fantasía usado por el equipo que desarrolló el proyecto de reinserción de niños, niñas y adolescentes institucionalizados, por protección, a sus familias.

¹⁶. Sebastián Piñera Echenique fue presidente de Chile en dos oportunidades, entre 2010 y 2014 y entre 2018 y 2022. Se hace referencia aquí al primero de estos periodos.

¹⁷. Entre los años 2006 y 2010.

A propósito de políticas públicas, ¿tú en qué momento te volviste consultora del Banco Mundial?

Cuando asumió el primer gobierno de Piñera, el 11 de marzo del 2010, yo renuncié. Y fue muy difícil reinventarme. Es ahí cuando empecé a acercarme a la academia. Primero en la Universidad de Chile, luego la Andrés Bello. Verónica se fue a Estados Unidos a trabajar en el Banco Mundial y me invitó a participar de misiones de asistencia técnica en Jamaica. En su sistema de protección social, me correspondía transversalizar la variable discapacidad. Fue una experiencia muy linda, viajé muchas veces y aporté, por ejemplo, con la capacitación de las y los trabajadores sociales de las municipalidades (allá se llaman parrishes), en la primera atención de personas con discapacidad.

Y ahí, con bagaje situado en Chile, con las particularidades que tenemos, ¿qué pasó cuando llegaste a Jamaica?, ¿hubo disonancias?, ¿qué diferencias, digamos, de ejecución, a propósito de una intervención situada y culturalmente pertinente tuviste que desarrollar?

En Jamaica la pobreza, siendo de tanta carencia material, tenía aspectos distintos. Primero, siento que tienen una religiosidad ancestral, hay sincretismo cultural, por supuesto, pero Dios para ellos es su pilar. Las reuniones de capacitación, todas comenzaban y terminaban con alabanzas. Hay una hermandad que se respira, no se percibe un individualismo salvaje, como es aquí. Existe una valoración y respeto a vivir en comunidad muy distinta y beneficiosa para los miembros, además de una relación muy fuerte con la naturaleza. Son más pausados, muy alegres, y hay como una resignación y devoción a la vez... algo como: "Dios así lo quiso". Yo te diría que es difícil si intentamos trabajar solo con nuestra perspectiva de la justicia, la vulneración o los derechos humanos, que, sin duda, rigen nuestro actuar como equipo, pero hay matices en cómo transmitirlo y trabajarlo con una población con estas características históricas y culturales, y para eso estaban los equipos de las municipalidades que adaptarían la relación con su comunidad a su idiosincrasia.

¿Cuánto tiempo estuviste en este proyecto de apoyo a Jamaica?

Yo creo que tres años, varios viajes, mientras trabajaba en la Universidad Andrés Bello acá en Chile.

Tú eras, me imagino, la única terapeuta ocupacional. De ninguna otra parte, digo, la única de América Latina.

Sí, la única, la única en el Banco Mundial, no había ni otra, al menos que se conociera. Y espero que otras y otros colegas se incorporen al Banco como consultores.

Bueno, volviendo al asunto, durante el segundo gobierno de Piñera se realizó un convenio muy grande con el Banco Mundial para instalar la gestión social local, las oficinas locales de la niñez. Ahí seguí colaborando como consultora media jornada y la otra media jornada ya como académica en la USACH. El estar en la Escuela de Terapia Ocupacional de ahí, dialogar con Alejandro Guajardo y todo el equipo enriqueció y fortaleció mi forma de entender el problema social, desde la opresión de clase y este modelo capitalista neoliberal voraz en que vivimos. Sin esa reflexión de fondo, todo lo demás es paliativo, porque no se cuestiona el origen del problema. Así aparecen las epistemologías del Sur y me transforman profundamente. Por otra parte, como soy cuidadora, el trabajo era demasiado en ambas partes, así que me fui jornada completa a la USACH y dejé el Banco.

¿Qué te pasó con esa disonancia de mirada con el Banco Mundial?

En este nuevo entorno, la USACH, empecé a entender algo que hace años me hacía ruido, pero no podía conceptualizarlo. Lo mismo que me incomodaba en el Cottolengo, en FOSIS, en el Ministerio de Planificación, en FONADIS, y es que se trabaja con las consecuencias y no con las causas de la pobreza, la exclusión, la vulneración, la opresión. Esto es violencia estructural, esto es neoliberalismo. Personalmente, creo que lo que persigue el modelo de desarrollo es la producción de clase trabajadora en las me-



jores condiciones posibles, precisamente para producir. Por eso, la vulnerabilidad está entendida como un desequilibrio de tus “haberes” y tus estrategias para enfrentar los riesgos propios de la vida. Me explico: si se da una situación (enfermedad, pérdida del trabajo, catástrofe, etc.), el modelo define como vulnerables a las personas afectadas, en tanto sus “haberes” (recursos) son escasos (su capital social, capital humano, capital material), además, tienen poca capacidad de gestionarlos y no cuentan con una estructura de oportunidades pertinente y oportuna en su entorno. Es decir, lo que les ocurre a las personas es en buena parte explicable desde sus carencias y sin una consideración abarcadora de sus condiciones de vida, de su historia, ni del contexto sociohistórico.

Y lo que aparece en mi cabeza desde que empecé a trabajar en políticas públicas es ¿por qué el componente comunitario no está considerado en ninguno de los programas que hemos diseñado? El poder de la comunidad organizada puede ser una herramienta potente para superar vulneraciones como colectivo, pero, la unidad de análisis y trabajo en este modelo de políticas públicas es la familia y el individuo. La comunidad no aparecía. Ahora creo que algunos programas tienen gestores comunitarios.

Qué interesante esa distinción.

Por supuesto, la unidad, la organización, la colectividad. Me preguntaba: “pero ¿cómo vamos a trabajar con las puras familias?, si viven aquí hace cuarenta años en este mismo lugar, estamos desperdiciando un recurso fundamental para su fortalecimiento, que es su propia comunidad”. Pero este componente no está presente en los programas.

A propósito de esto que dices, siento que en todo momento ha habido, sin explicitarlo, una fuerte impronta intersectorial en tu discurso. A propósito de que la pobreza no es un asunto meramente económico, sino que es una experiencia de violencia estructural, de desigualdad, o sea, cómo no pensar, por ejemplo, volviendo a la Terapia Ocupacional, el rol desde un lugar intersectorial, evitando esto que dices de conectar a la gente solo con la red que corresponde ¿no? Entonces, ¿cómo ves tú la cuestión intersectorial en los abordajes comunitarios?

Claro, es decir, conectar a las familias de extrema pobreza con las redes o recursos existentes en el territorio está muy bien, pero ocurre que esas redes o recursos no están articuladas entre sí, y me constan los ingentes esfuerzos que se hacen desde hace años por coordinarlas, haciendo sinergia entre los recursos de los cuales dispone cada sector según su ámbito de acción. Pero, de verdad, es como si cada uno fuera una isla, con sus propios protocolos y requisitos, complejizando el acceso a las familias. Creo que tiene que ver también con culturas institucionales y con asuntos políticos. Por ejemplo, la atención de niños, niñas y adolescentes en situación de calle, con consumo problemático, ¿quién se hace cargo?, ¿el CESFAM, COSAM¹⁸, SENDA¹⁹, la escuela, el programa “Niños calle cero”? ¿Y, quién coordina las acciones?

Estando en el Banco Mundial, participé en el diseño y la capacitación en intersectorialidad a todas las gobernaciones. En general, las y los participantes mostraban mucho interés y disponibilidad. Salvo excepciones, la idea de intersectorialidad se traduce en “plazas ciudadanas”, donde se convoca a vecinas y vecinos y a la comunidad, se les invita a conocer la oferta de cada sector. Esto, claro, desde la perspectiva de la Gobernación. En la municipalidad y en el territorio mismo es muy difícil lograr acceso a prestaciones integradas, una sola puerta de entrada y equipos complementados; para eso, hay que dialogar entre los sectores y te diría que eso pasa poco.

Pasando a tu trayectoria académica, porque ahora eres profesora en la USACH, pero sé que has trabajado en otras universidades antes, entonces, te quisiera preguntar: en tanto profesora, académica, formadora de terapeutas ocupacionales, ¿qué desafíos observas en la formación actual de estudiantes, y qué desafíos proyectas que tendrán cuando salgan a trabajar, en las condiciones contemporáneas? O bien, ¿cómo percibes tú que se enfrentan las y los recién egresados a los escenarios actuales?

Bueno, primero, agradezco estar en una universidad pública. Por lo mismo, nuestro estudiantado pertenece en un 90% al tramo del 60% más vulnerable, que es el pun-

¹⁸. Centro Comunitario de Salud Mental, dispositivo de atención secundaria en territorios.

¹⁹. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

taje de corte en el registro social de hogares para acceder a la gratuidad. Por lo tanto, son jóvenes que vienen con una brecha importante desde los colegios, también vulnerables. De modo que hay que abordar sus procesos de aprendizaje desde esa realidad; eso me motiva mucho. Adscribo a las Terapias Ocupacionales críticas desde el Sur, totalmente, que tú ya sabes que en el fondo es una postura ética, política, epistemológica, de cómo entendemos el mundo, situado desde un Sur colonizado, diezmado en sus saberes y culturas, subalternizado, instrumentalizado, dominado hoy por un modelo de desarrollo capitalista neoliberal, donde prima la producción en manos de la clase trabajadora en favor de una clase dominante que acumula. Una clase trabajadora atomizada, convencida del valor de la meritocracia y del esfuerzo individual, de ahí que la “unidad de análisis” en políticas públicas es la familia, no la comunidad, y muchísimas otras consideraciones.

Ese es el principal objetivo de la formación inicial de las y los estudiantes: que tomen conciencia, logren situarse y reconocerse como producidas y producidos por ese modelo, identificar su posición, y no porque la vida es así o porque el destino o Dios así lo quiso. Una sólida formación ético-política. Creo que solo desde la comprensión de la desigualdad, la pobreza y la vulneración de derechos histórica de sus comunidades y territorios podrán ejercer la profesión con la aspiración de aportar a cambiar las cosas.

Luego viene la formación en las áreas específicas de la profesión y las estrategias asociadas a cada una. En mi caso, que doy el curso de Terapia Ocupacional y Vulneración, antes de entrar a los haceres desde la Terapia Ocupacional en cada programa de protección social, quiero estar muy segura de que encarnaron la formación inicial, que desde ahí se aborden las estrategias posibles en esta área de ejercicio de manera crítica y que conciban formas otras de esos haceres para favorecer la autodeterminación de las personas y fortalecer la organización de las comunidades.

Respecto al ser académica, mi trayectoria ha sido muy centrada en el hacer, llegué a la academia después de casi treinta años de recibida. Puedo entender que la academia es el lugar de producción del conocimiento, pero reconozco en mí una dificultad para transmitir lo que sé en el formato académico tipo artículo, seminario, conversatorio, porque llegué vieja y no se me da natural, también tiene que ver con mi forma de ser, ¿no? Entonces, quiero empezar a poner en común lo que he aprendido, allegarme al formato académico, porque, además, es poner el sustrato teórico a lo que hice casi intuitivamente, que es muy necesario. Ahora, tengo plena conciencia de eso. Pero le tengo miedo, como que lo asimilo a tirarme por un tobogán... y con suerte sé andar en bicicleta.

Podríamos decir que eres una académica atípica, quizás, ¿o no?

O sea, claro, me siento una buena profesora, pero no una académica. Espero acercarme lo más posible en lo que me queda de ejercicio. Un dato importante que tú conoces, es que soy cuidadora de una persona con discapacidad, lo que limita mis tiempos y energías. Entonces, encarno la realidad de las mujeres solas que tienen personas a su cargo en una sociedad individualista y segregadora. Es como tener una desventaja en la carrera académica (aparte de muchas otras desventajas). Aun cuando cuento con apoyos para poder trabajar y un equipo muy apoyador y solidario con nosotras, parte de mis energías se quedan en ese rol de cuidar.

A lo largo de esta entrevista, te voy percibiendo como una productora de conocimientos, pionera en tus cuarenta años de ejercicio. No me refiero solo a producir conocimientos en los formatos académicos, sino a incidir, a transformar las condiciones materiales que condicionan la existencia, el tiempo y el habitar de la gente. Y cómo ese proceso te ha transformado a ti y es ese el conocimiento producido: conocimiento político, emancipador, si se quiere.

Sí, puede ser. Es lo que en algún momento dice Sandra Galheigo, o al menos mi lectura de lo que ella dice, que nos enfrentamos con una situación crítica particular y esa situación es la que, como terapeutas ocupacionales, tenemos que mejorar, ¿verdad? Pero si no hacemos un análisis situado, historizado y político de lo que está ocurrien-



do, podremos disminuir la criticidad de esa situación por un tiempo, pero no haremos nada sobre las condiciones que la producen y la reproducen. Eso es lo que a mí me desmotivó de los cargos disponibles para terapeutas ocupacionales cuando egresé. Trabajar para aumentar rangos articulares o disminuir delirio, sin poder incidir en sus causas estructurales, no me hacía sentido.

Por supuesto. Ya para ir cerrando, anudando, siento que ha habido un invitado invisible en toda esta entrevista. Algo que no has explicitado y, sin embargo, ha estado de manera transversal ¿Cuál es, a tu juicio, la relación entre la Terapia Ocupacional y lo político?

La Terapia Ocupacional es política, o no es. Por la esencia de nuestro quehacer, nos vinculamos con la vida cotidiana de personas y comunidades, establecemos una relación de intimidad, diría yo, que es también un espacio privilegiado de resistencia, de compromiso y de lucha. Ahí, podemos encarnar el reconocimiento mutuo, la validación de saberes y haceres, el valor de lo colectivo, el fortalecimiento y la organización, junto con practicar (o por medio de) estrategias de intervención como la rehabilitación, las ayudas técnicas, los talleres, los juegos, la integración sensorial, todo lo que sabemos hacer. En mi concepto, si no se contextualiza nuestro hacer en ese espacio de lucha política, no es Terapia Ocupacional.



A modo de cierre, como entrevistadora, no me resta más que enfatizar cómo a través de la robusta trayectoria de Lucía Vivanco, podemos visualizar en clave histórica las transformaciones que la Terapia Ocupacional, entendida como un dispositivo, ha tenido en nuestra región, en función de las urgencias devenidas de la violencia estructural y la injusticia social. En este sentido, su praxis, atravesada por el cuestionamiento crítico permanente, nos interpela hacia la reflexión ético-política de nuestro quehacer, así como de los planes de estudio en Terapia Ocupacional, evidenciando la necesidad de posicionarnos respecto de aquellas condiciones que reproducen la exclusión y la desigualdad. Por ello, la sistematización de esta praxis ininterrumpida de cuarenta años posee un valor histórico que nos permite reconocer los procesos sociales y políticos, pero también locales, territoriales y capilares que han modulado la emergencia de la Terapia Ocupacional social y comunitaria. Es esta una perspectiva crítica, situada y necesaria ante la complejidad de las problemáticas sociales que vivimos y acompañamos.