

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN  
Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento  
Licenciatura en Terapia Ocupacional  
Diseño de Trabajo Final

## TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**APORTES DEL MODELO DE LA DIVERSIDAD A LAS PRÁCTICAS DE LAS TERAPIAS OCUPACIONALES. ANÁLISIS DESDE LAS PERSPECTIVAS DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES Y USUARIOS EN ARGENTINA DURANTE EL AÑO 2021.**

**DOCENTE DE CÁTEDRA:**

- Lic. TO Florencia Durand

**TUTORES:**

- Dra. TO Mariela Nabergoi
- Lic. TO Daniela Cerri
- Lic. TO Sebastián Goncalves

**ESTUDIANTES:**

- Kopp Castagna, Nicole    DNI: 40.975.967    [nicolekoppcastagna@gmail.com](mailto:nicolekoppcastagna@gmail.com)
- Jablonski, Victoria    DNI: 40.748.099    [victoriajablonski28@gmail.com](mailto:victoriajablonski28@gmail.com)
- Chaparro, Tamara    DNI: 33.872.016    [tamachaparro@gmail.com](mailto:tamachaparro@gmail.com)
- Pérez Benítez, Vanina    DNI: 40.890.453    [vaninaperezbenitez@gmail.com](mailto:vaninaperezbenitez@gmail.com)

Fecha de presentación: 17/10/2021

## Agradecimientos

A nuestras familias y seres queridos por estar presentes en cada paso de este proceso tan significativo para nosotras. Por el apoyo incondicional a cada una y compartir nuestras alegrías y acompañarnos en los momentos de frustraciones.

A le Lic. Sebastián Goncalves, quien supo inspirarnos y acompañarnos con sus valiosos aportes sobre la temática elegida. Por entregar generosamente su tiempo, sus saberes y disposición para el desarrollo de este trabajo.

A la Lic. Mariela Nabergoi y la Lic. Daniela Cerri por brindar las palabras justas, las cuales nos motivaron e impulsaron a seguir avanzando, incluso en el contexto de pandemia.

A la educación pública y de calidad por formarnos.

A Silvina Peirano por acercar el Modelo de la Diversidad a nuestro país, por difundirlo y por crear contenido nacional sobre el mismo.

A les entrevistades por compartir sus experiencias, opiniones y poner a disposición su tiempo para enriquecer este trabajo con sus relatos. Al escucharles nos hicieron reflexionar y ampliar aún más nuestra perspectiva sobre esta temática.

## Índice

Tema	4
Palabras claves	4
Introducción	5
Planteamiento del problema	5
Relevancia	9
Supuestos	10
Objetivos	11
Marco Teórico	13
Terapias Ocupacionales. Formas de comprensión de la profesión en Argentina	13
Modelo de la Diversidad. Una propuesta conceptual superadora al Modelo Social de la Discapacidad	29
Aspectos metodológicos	37
Tipo de diseño	37
Caracterización de los universos y las muestras	38
Matrices de datos	40
Fuentes de datos e instrumentos	40
Aspectos éticos	42
Análisis de los datos	42
Resultados	44
Terapeutas ocupacionales	44
Usuaris	50
Conclusiones	58
Bibliografía citada	65
Bibliografía consultada	71
Anexos	72
Anexo A	72
Anexo B	75
Anexo C	77
Anexo D	80
Anexo F	82
Anexo G	86
Anexo H	90
Anexo I	91

## **Tema**

Aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de las Terapias Ocupacionales. Análisis desde las perspectivas de terapeutas ocupacionales y usuaries en Argentina durante el año 2021.

## **Palabras claves**

Terapias Ocupacionales

Prácticas de Terapia Ocupacional

Modelo de la Diversidad

Movimiento de Vida Independiente

Diversidad Funcional

## Introducción

### Planteamiento del problema

Las luchas que se han llevado a cabo desde los colectivos oprimidos en Argentina y América Latina, como también en el mundo entero, han logrado la conquista de derechos y la promoción de cambios en la manera de concebir a la persona. Gracias a esto, hoy en día, existe un consenso mayoritario que define a la discapacidad o *diversidad funcional*<sup>1</sup> como una construcción que da un significado social a un grupo de personas que reúnen una serie de características físicas, comunicacionales y perceptivas que tienen una carga valorativa para la sociedad. Por lo tanto, la discapacidad como construcción social no se puede definir por una condición médica de una persona, sino que se define de acuerdo con las circunstancias sociales existentes en un momento determinado, en una cultura determinada y en un territorio determinado (REDI, 2011).

Así, a lo largo de la historia, pueden distinguirse diferentes maneras de trato social hacia las personas con diversidad funcional, lo cual son reflejos del pensamiento social de un momento específico (Romañach, 2009).

Agustina Palacios (2008) caracteriza los tres modelos de tratamiento hacia las personas con discapacidad. El primer modelo que describe la autora es el de *prescindencia*, donde se creía que las causas de la discapacidad estaban relacionadas a la religión y las personas con discapacidad eran consideradas innecesarias ya que no contribuían con las necesidades de la comunidad, por esto, a través de políticas eugenésicas, se prescindía de ellas (Palacios, 2008).

El segundo modelo que describe la autora es el denominado *rehabilitador*, el cual comienza tras la Primera Guerra Mundial, pero su auge se produce luego de la Segunda Guerra Mundial para tratar a los llamados *mutilados de guerra*. Las causas de la discapacidad en este modelo, son científicas y están basadas en las limitaciones individuales, ya que el foco se encuentra en la persona y su deficiencia (Palacios, 2008). Se sostenían tratamientos de rehabilitación, bajo los cuales se buscaba la cura de las personas con discapacidad, lo que fue fuente de instauración del saber médico como palabra de autoridad más allá de la lógica humanitaria (REDI, 2008).

El último modelo que desarrolla Palacios (2008) es el *social*, que surge a partir de la lucha de personas con discapacidad, donde se considera que las causas de la discapacidad

---

<sup>1</sup> Término acuñado por el Foro de Vida Independiente desde principios de 2005 para designar lo que habitualmente se conoce como 'discapacidad'. El mismo pretende eliminar la negatividad en la definición del colectivo y reforzar su esencia de diversidad. En este trabajo se utilizará dicho término, con excepción de las citas textuales, en las que se respetó el original.

no son religiosas, ni científicas, sino que son sociales. Desde esta perspectiva, se reconoce a las personas de este colectivo como sujetos de derechos y se busca potenciar la inclusión, el respeto, la igualdad y la libertad, sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno y diálogo civil (Palacios, 2008).

El modelo social se desarrolló a partir del cuestionamiento del discurso del modelo médico rehabilitador y las consecuentes condiciones de exclusión social de las personas con discapacidad. Así, “se plantea desde el seno de la confrontación una idea revolucionaria: si el discurso se construye desde afuera, se destruye desde adentro” (REDI, 2011, p. 32). De esta manera, el lema *nada sobre nosotros<sup>2</sup> sin nosotros* quiere decir que el discurso ya no es construido por una tercera persona, sino que son las mismas personas con discapacidad quienes asumen el poder de construcción de su identidad y de su destino social y político (REDI, 2011). Actualmente, es un lema que posiciona al colectivo de personas con diversidad funcional como sujeto de derechos y que se ha expandido por todo el mundo gracias al Movimiento de Vida Independiente.

Como consecuencia de las influencias del Movimiento de Vida Independiente, surge en España el Modelo de la Diversidad, un modelo conceptual que propone una perspectiva superadora al modelo social y que busca dar respuestas a determinados retos bioéticos, proponiendo los siguientes cambios fundamentales: erradicar la capacidad como indicador para el colectivo y sustituirlo por la *dignidad*; reivindicar el valor de la diversidad humana y la participación en la diversidad de este colectivo, y; propugnar un cambio de terminología, sustituir *personas con discapacidad* por *personas con diversidad funcional* (Foro de Vida Independiente [FVI], s/f).

Así como en el modelo social los principios fundamentales eran la capacidad de las personas con diversidad funcional y su posibilidad de aportación a la sociedad, en el Modelo de la Diversidad, estos principios básicos son la *dignidad* y la diversidad (Palacios y Romañach, 2006).

En consonancia con el recorrido histórico respecto a las diferentes concepciones sobre la diversidad funcional, Medeiros (1999) afirma que el concepto de salud, como

---

<sup>2</sup> El uso de la ‘e’ permite generalizar de manera neutra, ya que, de esta manera, no se da por sentado que los géneros sean dos, masculino y femenino, sino que permite incluir la diversidad de todas las personas. La Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2015), en la Guía para el uso de un lenguaje no sexista e igualitario define como lenguaje inclusivo o no sexista, a aquel que es responsable al considerar, respetar y hacer visible a todas las personas, reconociendo la diversidad sexual y de género. Considerando esto, el Consejo Superior de la Universidad Nacional de San Martín en la Resolución 167.18 (2018) resuelve: “promover la utilización de lenguaje inclusivo en los instrumentos administrativos y documentos de gestión que se generen en la Universidad”.

podemos observar, varía de acuerdo al contexto histórico en función de una lógica social, y, por ende, también se modifican los presupuestos y las prácticas de las profesiones de la salud. Esto quiere decir que cambian los sustentos epistemológicos, las fundamentaciones teóricas y los modos de intervención de estas profesiones según se modifican los valores y las configuraciones de los poderes políticos en los contextos en que ellas están incluidas (Medeiros, 1999).

De esta manera, las tres concepciones de salud y capacidad mencionadas anteriormente, están presentes, en mayor o menor medida, en la práctica profesional de Terapia Ocupacional y favorecen o coartan las posibilidades de replantearse trabajar en, con y desde la comunidad (Sanz Victoria, 2016).

Medeiros (1999) explica que la Terapia Ocupacional se interesa por los problemas de las personas en su vida de actividades, es decir, pretende recuperar la dimensión activa de la persona como indicador de salud, valiéndose para eso del uso de las actividades emprendidas a lo largo de su vida. Así, el punto de partida y meta de la intervención de Terapia Ocupacional es estructurar un conocimiento acerca de la persona activa, de sus posibilidades de acción y de la interrelación de sus diferentes dimensiones y contextualización histórico-social, en la construcción de sí misma y de un mundo humanizado (Medeiros, 1999) logrando dejar a un lado las intervenciones basadas en actividades, en talleres, en ejercicios y en manualidades propuestas por les terapeutas ocupacionales, donde se busca cambiar aspectos de la persona y del contexto en el cual realiza las ocupaciones (Nabergoi, et al, 2019). Esto último dejaría en evidencia el rol pasivo de la persona con diversidad funcional durante las intervenciones de Terapia Ocupacional.

En un período histórico marcado por el neoliberalismo, el pragmatismo, las prácticas basadas en la evidencia y la eficacia instrumental, resulta esencial y relevante reflexionar e interrogarse bajo qué condiciones socio históricas se está produciendo la Terapia Ocupacional en Latino América (Guajardo, 2016a).

Michael Iwama (2016) advierte que la epistemología, la teoría y el estado del arte de la práctica de Terapia Ocupacional están dominados por les colegas de América del Norte, donde la lengua autorizada del progreso es el inglés.

Guajardo (2016a) cuestiona el desarrollo convencional de la Terapia Ocupacional contemporánea, sobre todo en las zonas del Norte; ya que su visión, holística y social ha sido reducida por los contextos sociales que se han desarrollado durante el pasado siglo y que, en lugar de responder a las necesidades reales diarias de todas las personas de la sociedad, la práctica de la Terapia Ocupacional en el Norte se ha alineado con la

biomedicina; un discurso que reduce las necesidades y prioridades de las personas para la vida cotidiana a unas patologías corporalizadas. Así, se reproduce de manera repetitiva el modelo creado por otros, generando modos de abordaje en nuestra profesión y el sostén de intervenciones dominantes funcionales al modelo médico hegemónico que naturalizan diferencias sociales excluyentes y una globalización hegemónica donde se construye un relato justificador de la exclusión del otro social- latinoamericano (Cella y Polinelli, 2017).

De esta manera, la Terapia Ocupacional aún mantiene su foco de intervención en el individuo y en su cuerpo físico, en lugar de enfocarse en las consecuencias de estos trastornos en los individuos y en las comunidades (Guajardo, 2016a).

En la misma línea, Medeiros (1999) repara que al incorporar el conocimiento médico en forma acrítica, se incorpora también su discurso, sus diagnósticos, sin entender que tales conceptos son resultado de un proceso sociopolítico anterior más amplio. Por eso, es necesario que como profesionales de Terapia Ocupacional, en tanto agentes de salud, tomemos conciencia de que debemos luchar para que se entienda a la salud como derecho de cada persona.

Guajardo (2016a) también plantea que es necesario reflexionar sobre nuestra profesión, problematizar su fundamento y su práctica, pero que es riesgoso hacerlo estando en el centro de la reflexión en lugar de poner en el centro a las personas y a los colectivos destinatarios de nuestros servicios.

Por todo esto, consideramos relevante revisar las formas de comprensión de nuestro objeto de estudio e intervención, la racionalidad con la que como profesión construimos conocimiento y prácticas cuando las personas destinatarias de nuestros servicios se constituyen como sujetos de derecho (Nabergoi et al., 2019). Asimismo, nos resulta valioso visibilizar las prácticas de las Terapias Ocupacionales en Argentina que se enmarcan en el campo social y se van construyendo alrededor de la filosofía de Modelo de la Diversidad.

A partir del conocimiento empírico previo por parte de las integrantes del equipo de trabajo, los intereses personales relacionados a la ampliación de derechos en pos de una sociedad más justa y reconociendo el valor que tiene el Modelo de la Diversidad, es que resulta necesario repensar el rol de los terapeutas ocupacionales, el foco de intervención de las prácticas que llevan a cabo y la idea de persona que está presente durante las mismas. Por ello, surge este trabajo final integrador que nos lleva a formular las siguientes preguntas:

¿De qué manera se puede articular la filosofía que promueve el Modelo de la Diversidad con las prácticas de las Terapias Ocupacionales?

¿Cómo son las prácticas de los terapeutas ocupacionales que se inspiran en la filosofía del Modelo de la Diversidad en Argentina?

¿Qué valoran los usuarios que militan el Modelo de la Diversidad de las prácticas de las Terapias Ocupacionales inspiradas en este modelo en Argentina?

Los cuestionamientos mencionados con anterioridad dan lugar a la pregunta de investigación central del presente trabajo:

¿Cuáles son los aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de las Terapias Ocupacionales desde las perspectivas de terapeutas ocupacionales y usuarios en Argentina durante el año 2021?

## **Relevancia**

Retomando a Medeiros (1999), podemos decir que la Terapia Ocupacional, como cualquier otra práctica profesional, cumple una función ideológica dentro de la sociedad. Por lo tanto, el proceso de producción y el uso del conocimiento producido no son neutros, sino que están influenciados por la concepción valorativa de persona dominante en ese momento histórico. La autora continúa reflexionando que, al proponernos un análisis crítico del conocimiento de nuestra profesión, nos ubicamos como un agente institucional capaz de entender y cuestionar las razones de los conocimientos de las prácticas que nos son impuestas y reconocernos como productores de conocimiento, pudiendo proponer un nuevo modelo de actuación, basado en otros conceptos de persona y de salud (Medeiros, 1999).

A partir de esta reflexión, es que concebimos necesario el hecho de pensar críticamente nuestro rol como futuras profesionales del campo de la salud y nuestra forma de vincularnos con los destinatarios de nuestro servicio. ¿Vamos a intervenir por y para ellos o vamos a hacerlo con ellos? ¿Se puede pensar la Terapia Ocupacional como medio para el empoderamiento de todos? Desde una perspectiva social de Terapia Ocupacional, creemos necesario respetar la voz de los usuarios, aceptando que pertenecemos todos a un mismo colectivo, el que busca la igualdad de derechos y el acceso a ellos.

Con este trabajo, esperamos poder dar cuenta de la importancia de la intervención desde un paradigma social, al cual creemos que el Modelo de la Diversidad, un modelo que no es propio de Terapia Ocupacional, puede brindar aportes valiosos a la profesión y contemplar una mirada más amplia, desde una perspectiva de derechos, al momento de intervenir como profesionales de la salud.

Los resultados obtenidos en este trabajo final integrador pretenden ser de utilidad de manera directa, principalmente, a estudiantes y profesionales de Terapia Ocupacional en Argentina. Esperamos que estos inviten a repensar el rol profesional que responden a prácticas hegemónicas más relacionadas al modelo médico-rehabilitador y se considere adoptar una posición activa como agente de cambio social en pos de los derechos humanos, así como a considerar una perspectiva social de intervención, que sea capaz de favorecer el desarrollo de las personas con las que trabajamos. Creemos también, que profesionales de la salud de otras disciplinas, quienes trabajan inter y transdisciplinariamente con terapeutas ocupacionales, pueden resultarles de utilidad los resultados de nuestro trabajo para, de igual manera, incorporar formas de comprensión y prácticas relacionadas con esta perspectiva de derechos humanos en sus intervenciones.

Finalmente, consideramos que las personas con diversidad funcional son quienes se verán beneficiadas por los resultados de este trabajo, las cuales podrán asistir a servicios de Terapia Ocupacional con profesionales que, desde una mirada social, fomenten una conciencia crítica sobre salud, participación, ciudadanía y derechos humanos de las mismas.

## **Supuestos**

Cabe aclarar, como plantea Bottinelli (2003), que los diseños exploratorios así como los diseños cualitativos incluyen supuestos en lugar de hipótesis, ya que en este tipo de trabajos es difícil tener hipótesis en el sentido fuerte del término. Las investigaciones cualitativas se caracterizan, entre otras cosas, por generar hipótesis inductivamente ya que se fundamentan en la realidad, están orientadas a los descubrimientos, son exploratorias y expansionistas. Es por esta razón que preferimos utilizar el término de supuestos en lugar de hipótesis.

Los supuestos de partida de este trabajo final integrador son los siguientes:

1. Les terapeutas ocupacionales que inspiran sus prácticas de Terapia Ocupacional en el Modelo de la Diversidad conciben la idea de ser humano como sujeto de derechos.
2. El foco de intervención de les terapeutas ocupacionales que inspiran sus prácticas de Terapia Ocupacional en el Modelo de la Diversidad se centra en la participación en la comunidad.

3. El rol de les terapeutas ocupacionales que inspiran sus prácticas de Terapia Ocupacional en el Modelo de la Diversidad establece horizontalidad en el vínculo con les usuaries.
4. Les usuaries valoran que les terapeutas ocupacionales conciban una idea de ser humano como sujeto actuante durante las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad.
5. Les usuaries valoran que el foco de intervención en las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad se centre en la participación en la comunidad.
6. Les usuaries valoran que les terapeutas ocupacionales tengan un rol que establezca horizontalidad en el vínculo durante las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad.

## Objetivos

1. Objetivo General:  
Describir los aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de Terapias Ocupacionales que se inspiran en dicho modelo según la perspectiva de terapeutas ocupacionales en Argentina durante el año 2021.
  - 1.1. Identificar la idea de ser humano que tienen les terapeutas ocupacionales en sus prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021.
  - 1.2. Identificar el foco de intervención de les terapeutas ocupacionales en sus prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021.
  - 1.3. Identificar el rol de les terapeutas ocupacionales en sus prácticas profesionales inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021.
2. Objetivo General:  
Describir los aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de Terapias Ocupacionales que se inspiran en el Modelo de la Diversidad según la perspectiva de usuaries en Argentina durante el año 2021.

- 2.1. Identificar la valoración que le otorgan los usuarios a la idea de ser humano que tienen los terapeutas ocupacionales en las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021.
- 2.2. Identificar el valor que le otorgan los usuarios al foco de intervención en las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021.
- 2.3. Identificar el valor que le otorgan los usuarios al rol de los terapeutas ocupacionales en las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021.

## Marco Teórico

*Las palabras o términos llevan asociados ideas y conceptos, y esta correspondencia no es azarosa sino que representa valores culturalmente aceptados del objeto o ser nombrado.*

*Palacios y Romañach.*

### Terapias Ocupacionales. Formas de comprensión de la profesión en Argentina

La Terapia Ocupacional surgió tras la Primera Guerra Mundial en Estados Unidos, con la creencia de que la ocupación tenía la capacidad de mantener y recomponer la organización de los cuerpos afectados por enfermedades y traumas (Medeiros, 2008).

En Argentina, luego de la epidemia de poliomielitis de 1952, que fue la que afectó a mayor cantidad de personas, se creó la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, hecho que significó un paso muy importante para la creación de un plan nacional de rehabilitación y, algunos años más tarde, llegó la carrera de Terapia Ocupacional con la finalidad de tratar las secuelas que dejó dicha epidemia (Briglia y Sartirana, 2013). Se buscaron, entonces, recursos humanos y modelos teóricos de Estados Unidos e Inglaterra para formar profesionales, principalmente mujeres (Briglia y Sartirana, 2013).

En 1959, se inauguró la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) con la terapeuta ocupacional Miss Mac Donald como directora, quien coordinó junto con otras colegas británicas. La ENTO fue dirigida por las terapeutas inglesas hasta 1964, cuando asumió la dirección la terapeuta ocupacional argentina Marta Fortain (Briglia y Sartirana, 2013).

El plan de estudio de la carrera cumplió con los requisitos de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, por sus siglas en inglés), que contempló la formación tanto en el área física, relacionada a la poliomielitis, como en el área mental, otorgándoles igual importancia (Botinelli et al., 2016).

En 1962, se creó la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (AATO), un colectivo profesional que representa y defiende los intereses de Terapeutas Ocupacionales y estudiantes. Además, es miembro de la WFOT y representa al país en la Confederación Latinoamericana de Terapia Ocupacional (CLATO).

La misma define Terapia Ocupacional como una profesión que

interviene en los ámbitos sanitario, educativo, laboral, judicial y social-comunitario. Sus profesionales brindan servicio a personas de diferentes grupos etarios que presentan situaciones de estrés, enfermedad, discapacidad y/o disfunciones que ven afectado su desempeño ocupacional, su calidad de vida y por consiguiente su salud integral. Esas personas requieren de la atención especializada a fin de desarrollar destrezas, habilidades y capacidades que le permitan reposicionarse ante las nuevas situaciones, mejorar su capacidad funcional, la calidad de vida y alcanzar el máximo grado de autonomía personal (AATO, 2013).

Además, la AATO (2013) determina que las áreas en las que se desempeña la Terapia Ocupacional son educación, gerontología, salud mental, rehabilitación neuromotora, comunidad, cuidados paliativos, entre otras.

Sin embargo, Simó Algado (2016) cuestiona que se han desarrollado praxis institucionalizadas lejos de las comunidades y que centran la intervención en la persona como individuo, desde una perspectiva totalmente descontextualizada, ignorando sus potencialidades, así como los condicionantes sociales, económicos y medioambientales que determinan su bienestar. Por ello, el autor plantea una definición de Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico:

La Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia, al integrar la filosofía humanista y holista con la excelencia científica y la investigación, de capacitar y empoderar a las personas (grupos, comunidades) para que puedan desarrollar un proyecto de vida pleno a partir del desarrollo de ocupaciones significativas, que potencien tanto su independencia como interdependencia, aportando sentido a sus vidas. Su finalidad última es fomentar la justicia ocupacional, co-creando comunidades saludables, inclusivas y sostenibles, donde toda persona pueda desarrollar plenamente su potencial humano, experimentando bienestar físico, psicológico y social; y participar como un ciudadano cosmopolita de pleno derecho desde una solidaridad intra e intergeneracional (Simó Algado, 2016, p. 88).

Retomando el recorrido histórico de la Terapia Ocupacional, Fernández-Moreno y García-Ruiz (2016) destacan que en las décadas de los setenta y los ochenta predominaban las acciones de caridad y beneficencia en relación al quehacer de la profesión. Pero, en los noventa, estos manejos fueron cuestionados por los movimientos sociales, tanto de las personas con discapacidad como de los terapeutas ocupacionales que proponían planteamientos holísticos en lugar de la rehabilitación clásica (Fernández-Moreno y

García-Ruiz, 2016). De esta manera, se instaura el lema *nada de nosotres sin nosotres* y se busca que exista un reconocimiento intersubjetivo de las personas con discapacidad como seres activos y productivos en la sociedad (Fernández-Moreno y García-Ruiz, 2016).

Desde esta perspectiva, se puede comprender que el fin de la Terapia Ocupacional es actuar sobre problemáticas sociales para que dejen de serlo. Dichas problemáticas se expresan en ámbitos como salud, educación, trabajo, justicia, protección social y corresponden a personas, colectivos, grupos concretos que se encuentran en situaciones de marginalidad, vulneración, sufrimiento y pérdida del bienestar social (Guajardo, 2016a).

Continuando con esta visión social, Sanz Victoria (2016) define a la salud desde un lado positivo, relacionándolo tanto con lo biológico como con factores psicológicos, culturales, sociales, económicos y políticos y, de este modo, rompe con la cuestión de asociar el término salud al de enfermedad.

Guajardo (2016a) plantea que la Terapia Ocupacional debe dejar de ser una institución homogénea, unilateral, que sólo pueda ser comprendida de una sola forma, y por este motivo, propone hablar de Terapias Ocupacionales, en lugar de Terapia Ocupacional. De esta manera, se puede reconocer que hay tantas terapias ocupacionales como terapeutas ocupacionales, lo que implica reconocer las identidades, la diversidad, la diferencia, variedad de posiciones y articulaciones en la comprensión de lo real y conlleva una democratización del oficio, el conocimiento y el saber (Guajardo, 2016a).

Guajardo (2016a) entiende por identidades a lo plural, tanto en las relaciones con los otros, como a los diferentes lugares, contextos y posiciones históricas y, también, hace referencia a las distintas comprensiones del mundo y los diversos fundamentos. Es decir, que en una persona pueden coexistir distintas identidades, al igual que en las instituciones. Por eso, en las identidades hay un conjunto de significados que se producen de manera social e intersubjetiva que brinda orden y estructura a la vida institucional (Guajardo, 2016a).

Como explica Medeiros (2008), la Terapia Ocupacional al estar basada en un modelo médico, sufre la influencia de esta disciplina en su campo de aplicación, en la producción de conocimientos y en el poder social que esta representa. Por esto, Sanz Victoria (2016) afirma que la Terapia Ocupacional debe cuestionar la hegemonía del modelo biomédico y reconocer la relación existente entre factores sociales y la salud, generando una visión donde la sociedad y sus actores sean llamados a intervenir.

Entender la Terapia Ocupacional como un complejo ocupacional nos permite cuestionar la imposición del sujeto independiente como objetivo principal dentro de

contextos terapéuticos, reconocer la vulnerabilidad y discriminación social, identificar la relación terapéutica y reconocer a las personas con diversidad funcional como ciudadanos activos y autónomos en y a su manera (Higgs y Titchen, 2001).

Higgs y Titchen (2001) también mencionan que visibilizar la dimensión política de la disciplina, nos permite promover acciones en pos de lograr la dignidad, más que la capacidad, cuestionando nuestro rol profesional, cuestionando y problematizando la neutralidad y despolitización del ejercicio profesional.

Desde una perspectiva social de Terapia Ocupacional, si les profesionales se involucran en acciones intersectoriales, estarán contribuyendo a un equilibrio o disminución de circunstancias que surgen a partir de desigualdades y contradicciones sociales y también de conflictos culturales, intentando garantizar la accesibilidad a los derechos sociales (Simó Algado, 2012).

Cabe aclarar qué se entiende por prácticas de Terapia Ocupacional en este trabajo final integrador. Moruno Miralles (2003) las define como:

El conjunto de acciones emprendidas por un terapeuta ocupacional, sus consecuencias y los mecanismos que la ordenan y regulan desde la recepción de una derivación o demanda hasta el alta, el seguimiento posterior al alta y la valoración de la totalidad del procedimiento, que se articulan conformando un proceso global, habitualmente caracterizado como una serie de etapas, pasos o secuencia de procesos de menor entidad. (p. 198)

Esta definición permite designar un proceder genérico para cualquier terapeuta ocupacional que ejerza su profesión, alrededor del cual se articulan distintas perspectivas teóricas, métodos y técnicas de intervención diferentes (Moruno Miralles, 2003).

Ante las necesidades surgidas de la práctica profesional, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 1989) elabora el *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso* (a partir de ahora Marco de Trabajo) para aclarar conceptos, demarcar incumbencia y articular el objetivo de la Terapia Ocupacional con las áreas ocupacionales y actividades de la vida diaria de las personas. Este constituye parte de una serie de documentos que se desplegaron durante varias décadas perfilando el lenguaje y los términos que describen el objetivo principal de la profesión, dando lugar a la tercera edición en el año 2014 (AOTA, 2014).

Para definir las prácticas de Terapia Ocupacional, el Marco de Trabajo se divide en dos secciones principales: el dominio y el proceso. El dominio define las áreas de

incumbencia de la Terapia Ocupacional, mientras que el proceso describe las acciones que realizan los profesionales de la disciplina. El dominio y el proceso están descritos por separado, pero están unidos estrechamente dado que al momento de intervenir, uno interactúa con el otro (AOTA, 2014).

En cuanto al proceso definido por el Marco de Trabajo (AOTA, 2014), este incluye tres etapas que definen las prácticas de Terapia Ocupacional: evaluación, intervención y focalización de los resultados.

Dentro de la primera etapa, se realiza el perfil ocupacional, en donde se recaba información de la persona sobre su historia ocupacional, experiencias, rutinas, intereses, etc.; y luego, como siguiente paso, se realiza un análisis del desempeño ocupacional que sirve para observar el rendimiento real de la persona e identificar problemas activos o potenciales (AOTA, 2014).

En la segunda etapa, se lleva adelante la intervención a través de tres pasos: el plan de intervención, la implementación de la intervención y la revisión de la intervención (AOTA, 2014). El plan de intervención direcciona el accionar de los terapeutas ocupacionales y se desarrolla en colaboración con los usuarios. Se describe el enfoque y tipos de intervenciones para alcanzar los resultados identificados, para lo cual se tendrá que definir objetivos y modelos (AOTA, 2014).

La implementación de la intervención es el proceso en el cual se llevan a cabo las intervenciones de Terapia Ocupacional y se realiza un monitoreo de las respuestas mediante una evaluación continua y re-evaluación del progreso hacia los objetivos (AOTA, 2014).

Por último, la revisión de la intervención es un proceso continuo de re-evaluación del plan de intervención sobre la base de los objetivos planteados que se realiza en colaboración con el usuario y que puede generar modificaciones en el plan de intervención de ser necesario (AOTA, 2014).

La tercera y última etapa del proceso es la focalización de los resultados donde, mediante la evaluación de los mismos, se obtiene información para medir el progreso y ajustar metas e intervención (AOTA, 2014).

Durante todo el proceso de intervención, los terapeutas ocupacionales sostienen su razonamiento clínico, el cual será influenciado por los marcos y modelos que se decida utilizar dependiendo de los aspectos que estén afectados del dominio y de los objetivos planteados en la intervención (AOTA, 2014).

Desde una perspectiva crítica, Guajardo (2016a) se refiere a las prácticas como ocupaciones colectivas, situadas y concretas, siendo éstas siempre un acto social. Entendiendo a las prácticas de esta manera, Elelwani Ramugondo (2012) invita a que les terapeutas ocupacionales incorporen la *conciencia ocupacional*, entendida como una toma de conciencia continua acerca de la existencia de dinámicas hegemónicas y el modo en que las ocupaciones de la vida diaria, individuales y colectivas, perpetúan dichas dinámicas y poder evaluar las consecuencias resultantes para el bienestar de las personas.

Así es como se entiende, según Guajardo (2016a), que toda práctica de Terapia Ocupacional es una práctica política porque tiene que ver con una determinada sociedad, con el mundo que deseamos construir guardando relación con el tipo de sujeto que producen nuestras acciones en la sociedad neoliberal, de mercado y con el tipo de gobernabilidad deseada. El autor enfatiza: “es política porque nos producimos a partir de problemas sociales. Porque nos interrogamos de una realidad de la cual formamos parte” (Guajardo, 2016a, p. 56).

Por ende, toda práctica política implica una ética y el autor propone como ética posible los Derechos Humanos, entendiéndolos como acción colectiva y comunitaria, que admite formas de conocer muchas otredades en un plano de equidad basada en la aceptación de la distinción (Guajardo, 2016a). Así, toda práctica debe posibilitar la conciencia y autoconciencia de los grupos y personas, lo que contribuirá fuertemente a la autonomía y a las posibilidades de libertad de los sujetos (Guajardo, 2016a).

En esta misma línea, en el 2010 la WFOT publica el documento *Declaración de posicionamientos: La Terapia Ocupacional centrada en el usuario, en el cual* determina que les profesionales se centran en les usuaries y en sus relaciones, y que forman una alianza con ellos, en la que se respetan y valoran sus subjetividades, deseos y autonomía.

Navarrete et al. (2015) plantean algunos principios que guían la práctica de Terapia Ocupacional desde el modelo social que se desarrolla en Latinoamérica. Uno de estos principios es establecer como eje de la profesión los Derechos Humanos desde una perspectiva colectiva y comunitaria que se oriente hacia la justicia e inclusión social para trabajar sobre las desigualdades sociales existentes en la actualidad. Se trata de una práctica transformadora que se aleja de reproducir sistemas de opresión (Navarrete et al., 2015).

Otro de ellos se basa en alejarse del individualismo, considerando a les usuaries de Terapia Ocupacional como sujetos colectivos que en sus prácticas ocupacionales se constituyen en personas de derecho (Navarrete et al., 2015).

También, hacen hincapié en rescatar y poner en valor durante la práctica de Terapia Ocupacional lo diferente y lo participativo, con una mirada de respeto y comprensión de lo intercultural (Navarrete et al., 2015).

Y, como último principio, plantea intervenir en Terapia Ocupacional desde lo social, definido como un campo relacional históricamente constituido, situado, concreto, con relaciones económicas sociales específicas y con una cultura particular (Navarrete et al., 2015).

En cuanto al sujeto de intervención de las prácticas de Terapia Ocupacional, es preciso mencionar que el Marco de Trabajo utiliza el término *cliente* para hacer referencia tanto a personas como a familias, grupos, comunidades, organizaciones y poblaciones que reciben los servicios de Terapia Ocupacional (AOTA, 2014). Sin embargo, la perspectiva social ha llevado a cabo críticas en torno a su uso, ya que contiene un sentido economicista que plantea diferencias entre quienes pueden pagar los servicios de quienes no (Sanz Victoria, 2016). Lo mismo sucede en el caso del término *paciente*, que se entiende como una persona sin actividad, que no posee un rol protagónico en la intervención sino que debe esperar la atención de profesionales de la salud, estableciendo una relación vertical que encierra su capacidad de tomar decisiones que afecten su estado de salud (Morrison, 2006).

Por ello, Morrison (2006) señala que, al ser integrantes de un equipo de salud, los profesionales de Terapia Ocupacional deben desarrollar la habilidad de comprender el poder de las palabras y el impacto que pueden generar sobre las personas al momento de una intervención. Es por este motivo que nos invita a designar a los sujetos de atención con el término *usuaria*, porque esta palabra representa al ser humano como ser capaz de hacer uso de un servicio como consecuencia de una decisión informada. Así, se puede considerar a la persona como un ser activo en la intervención que, en lugar de esperar a ser atendida, participa de manera directa estableciendo los objetivos de la misma de manera conjunta con el terapeuta ocupacional.

En relación a esto último, Bottinelli, Nabergoi, Albino y Benassi (2016) consideran necesario advertir el hecho de no utilizar estos términos en calidad de sinónimos, dado que provienen de teorías muy distintas y entrañan diferentes formas de concebir el mundo.

Nabergoi et al. (2019) distinguen en la Terapia Ocupacional tres tradiciones. La idea de tradiciones permite la posibilidad de pensar una pluralidad, haciéndose a un lado de la idea de una sucesión lineal de paradigmas (Huarte, 2012).

Estas son la *tradición reduccionista*, la *tradición ocupacional* y la *tradición social* y en

cada una de ellas, varía la concepción que se tiene de ser humano, y, en consonancia con las mismas, se observa una forma particular de relación con el otro que influye directamente en la forma en la que se comprende a la disciplina, el rol del terapeuta y sus intervenciones (Nabergoi, et al. 2019).

En la actualidad, dichas tradiciones conviven en la disciplina (Nabergoi, et al. 2019). Si bien cada una tiene una mirada desde un contexto socio-histórico en particular, no se proponen jerarquías, es decir que ninguna tradición es superadora de otra (Bottinelli et al., 2016).

Las tradiciones reduccionista y ocupacional están bien consolidadas en la profesión. La primera, está presente desde el comienzo de la Terapia Ocupacional hasta hoy en día. La base teórica de esta tradición fue dada por conceptos de otras disciplinas, principalmente de la medicina, y la idea de persona está relacionada a sus funciones corporales, las cuales son el principal motivo de la intervención (Nabergoi et al, 2019).

Con la búsqueda de la emancipación de la medicina, la disciplina debe generar su identidad profesional y esclarecer sus incumbencias, así es como surge la tradición ocupacional. En la misma, se comienza a tener una percepción más holística de la persona incorporando componentes del humanismo. La intervención se define en conjunto con la persona, teniendo en cuenta sus roles, y apunta a modificar sus características, destrezas, patrones de ejecución y/o el contexto donde realiza sus ocupaciones (Nabergoi et al., 2019).

Si bien la tradición ocupacional surge como una crítica a la reduccionista, comparten la misma epistemología en varios ejes fundamentales y se ubican bajo la corriente positivista (Medeiros, 2008). Además, en ambas, el saber está del lado de los profesionales (Nabergoi et al., 2019).

Por último, Nabergoi et al. (2019) describen la tradición social, la cual incorpora la perspectiva de derechos humanos, de lo comunitario y lo colectivo que la llevan a cuestionar y dialogar con las otras dos tradiciones a partir de planteamientos que reivindican la producción local y situada.

El XV Congreso Mundial de Terapia Ocupacional que se realizó en Chile en 2010 fue elemental para poder diferenciar las prácticas latinoamericanas de las prácticas hegemónicas que provienen de los países centrales y, así, lograr el reconocimiento de una identidad propia (Nabergoi et al., 2019).

Es una tradición que percibe la ocupación como una praxis social, que implica una transformación de la realidad que se genera con otros, siempre teniendo en cuenta lo

contextual (Simó Algado, Guajardo Córdoba, Correa Oliver, Galheigo y García Ruiz, 2016). Se trata de prácticas comprometidas con la realidad social que recorre y se involucra con las comunidades y sus necesidades cotidianas, desde una perspectiva de derechos, con compromiso social y político (Bianchi y Malfitano, 2017).

Con el fin de intentar comprender los discursos que circulan en la profesión, en el artículo *Tradiciones en Terapia Ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia Ocupacional en Argentina* (Nabergoi et al., 2019), las autoras elaboraron un mapa que brinda una lógica para comprender similitudes y diferencias entre los diferentes discursos, así como también, algunos indicadores para comprender lo que no está explicitado en los textos y en las prácticas (Nabergoi et al., 2019). A partir de este mapa, se tomarán algunos ejes, los cuales serán definidos desde una tradición social, que permitirán analizar las prácticas de Terapia Ocupacional planteadas en el presente trabajo final integrador. Dichos ejes son: idea de ser humano, foco de intervención y rol de le terapeuta ocupacional.

Para poder describir la idea de ser humano que toma la disciplina, Kielhofner (2006) evidencia que el ser humano es considerado como el eje central de la práctica, hacia donde van dirigidas las intervenciones de les terapeutas ocupacionales, por lo que, si no se considerara al ser humano, simplemente la Terapia Ocupacional no existiría. Profundizando esta idea, el autor reconoce la naturaleza ocupacional del ser humano como también el alto impacto que tiene la ocupación en la calidad de vida de las personas.

Por su lado, Medeiros (2008) explica que el camino de una profesión es el camino del desempeño de las funciones sociales, de sus construcciones teóricas y de las prácticas utilizadas, es decir, el camino de las diferentes concepciones de ser humano y sociedad que dan sustento a la elaboración de su saber. Además, pone de manifiesto la necesidad que existe en Terapia Ocupacional de discutir y aclarar la idea de ser humano, a partir de los conflictos que se han generado por la convivencia de diversos modelos que buscaron guiar su praxis.

Asimismo, Trujillo (2011) refiere que están naciendo nuevas miradas dentro de la disciplina generando comprensiones mucho más amplias y complejas acerca de cómo la Terapia Ocupacional debería considerar la noción del ser humano. Si bien estos enfoques sitúan al sujeto ocupado como actor que genera sus proyectos de vida, la autora también expone la falta de un abordaje aún más radical, que tendría como tarea profundizar en la comprensión del sujeto ocupacional, esto es, el ser humano desde un carácter esencial y el rol de la ocupación dentro de esta consideración.

De esta forma, se reconoce la invitación que hace Medeiros (2008) que está centrada en asumir la tarea de repensar al ser humano con el propósito de generar nuevas orientaciones que permitan una consolidación de la identidad de la Terapia Ocupacional social, a partir de una revisión de sí misma y de las diversas orientaciones que la fueron configurando.

La idea de ser humano como sujeto colectivo y comunitario se encuentra presente en la tradición social al considerarlo como un ser eminentemente social en constante interacción con lo que lo rodea y que necesita ocuparse para estar bien (Navarrete et al., 2015). Por eso, las historias de las personas, de los colectivos y de las comunidades, sus perspectivas subjetivas, los procesos intersubjetivos, sus raíces culturales y los procesos históricos, económicos y sociales no pueden quedar aislados (Galheigo, 2012).

Para Trujillo (2011) aparece con fuerza en la disciplina una comprensión más subjetiva de la persona, donde lo importante son los significados y los sentidos de las ocupaciones en sus ámbitos socioculturales. Así, lo nuclear pasa a ser lo narrativo de la persona, como también, las posiciones de orden social y político de la Terapia Ocupacional.

Gutiérrez Monclús (2015) sostiene que entender la concepción de las personas para la Terapia Ocupacional como relacional nos permite comprender que siempre se es en relación con otros, y eso nos habilita la posibilidad de agenciar y generar cambios desde lo micro a lo macro. De esta forma, las prácticas de Terapia Ocupacional dentro de la tradición social, tienen como eje central al sujeto, pero al sujeto comprendido como un nosotros colectivo, en comunidad, en territorio, en escenarios reales de vida (Nabergoi et al., 2019). Y también comprende que el ser humano busca insertarse en un espacio social para co-actuar y co-crear con los otros (Simó Algado, 2012).

Cabe aclarar que se entiende a la comunidad como el contexto donde existe cultura común y significados compartidos, comunicación, *interdependencia* e influencia mutua entre sus miembros y sentido de pertenencia (Palacios Tolvett y Pino Moran, 2016). Las comunidades se articulan en redes sociales y dan respuesta a necesidades comunes a través de la participación en actividades y ocupaciones, entonces, las personas que están involucradas activamente en sus entornos sociales tienen mayor probabilidad de obtener apoyos para realizar sus ocupaciones cotidianas (Sanz Victoria, 2016).

Hay una idea de ser humano como sujeto de derechos al comprender a la persona teniendo en cuenta sus derechos, sus trayectorias de vida y el desarrollo humano integral, donde surge como respuesta asumir la diversidad y las diferencias como propiedades de la

condición humana (Cella y Polinelli, 2017). Así, resulta imperioso promover la diferencia y propiciar la ciudadanía como forma de producir capacidades colectivas (Guajardo, 2016a), entendiendo como dice Guajardo (2010) que la ciudadanía es ser el derecho, no ejercitar el derecho. La persona debe considerarse como una ciudadana, y no como una paciente, ya que tiene derecho a votar, paga impuestos y tiene el derecho a acceder a prestaciones de salud que sean de calidad (Gutiérrez Monclús, 2015).

Es importante la definición que hace Navarrete et al. (2015) en relación a los Derechos Humanos que los define como los derechos que le pertenecen a todas las personas por el sólo hecho de ser seres humanos y los mismos dan cuenta de la concepción de lo otro, de su autonomía y de su libertad. Es por esto que, desde la tradición social, la Terapia Ocupacional busca una sociedad que se fundamente en lo colectivo, en lo justo, en la solidaridad, en la tolerancia y en la libertad, donde lo diverso sea validado como identidad (Navarrete et al., 2015).

Galheigo propone que los terapeutas ocupacionales deben tener como objetivo construir comunidades inclusivas, las cuales define como “aquel grupo humano que se reconoce interdependiente y en el que toda persona se siente y participa como ciudadano de pleno derecho, a pesar de cualquier problemática ocupacional de origen físico, psicológico o social” (Simó Algado, 2012, p. 39).

La idea de ser humano como sujeto actuante y productor de su sociedad es evidente cuando se piensa al ser humano como un ser social e histórico, que produce, crea y transforma a la naturaleza y a sí mismo a través de su hacer. Como un agente activo, creador de sus cambios que puede encontrar su espacio propio de desarrollo individual y social siendo protagonista y reconociéndose autor de sus actos (Sbriller, 1997). Por lo que Francisco (1988 en Sbriller, 1997) propone fomentar desde Terapia Ocupacional que la persona se perciba como un ser social, reconociéndose en cuanto autor creador de la historia del mundo.

En esta misma línea, Guajardo (2016a) sostiene que para romper con el discurso y práctica institucional dominante, se requiere de terapias ocupacionales liberadoras que promuevan la autonomía y la ciudadanía, las cuales consideren a la comunidad como un sujeto actuante y productor de su realidad. Continuando con esta idea, Simó Algado (2012) destaca que: “la sociedad es producto de la acción, y la acción es producto de la sociedad” (p.38).

De esta manera, las prácticas de salud serán efectivamente terapéuticas si consiguen responder globalmente a un sujeto, no solamente con la intención de

entrenamiento o recuperación de sus patologías, sino como forma de posibilitar su desarrollo y reconocimiento en tanto sujeto perteneciente a una clase social determinada que pueda manejarse de manera adecuada por sus deficiencias y capacidades y que se valore como alguien que se relaciona con y está en el mundo para actuar y transformarlo críticamente (Medeiros, 2008).

Desde una perspectiva ontológica, Trujillo (2011) afirma que la ocupación es un factor fundamental para la trascendencia del ser humano, trascendencia que significa constituirse en gestor de sí mismo. El autor sostiene que la ocupación va más allá de un instrumento para la supervivencia. Se piensa a la ocupación como un factor a través del cual el ser humano puede ampliar sus potenciales biológicos, individuales y socioculturales para hacerse sujeto y constructor de su propia historia (Trujillo, 2011).

En primera instancia, para poder comprender el concepto de foco de intervención, se debe considerar que el término *intervenir* proviene del latín *interventio* y se refiere a un venir entre, interponerse. Además, dicho término puede ser sinónimo de mediación, intersección, cooperación, ayuda y apoyo (Salazar, 2006).

La intervención de Terapia Ocupacional definida por la AOTA (2014) consiste en los servicios especializados prestados por terapeutas ocupacionales en colaboración con los usuarios para facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud, el bienestar y la participación.

Guajardo (2011) sostiene que hay que considerar al ser humano dentro de un grupo, por lo que se debe realizar la intervención en su comunidad o de manera individual, pero teniendo en cuenta todas las esferas de su vida, y que siempre se va a tener en cuenta a la persona como quien recibe y/o construye la o las terapias ocupacionales. En esta misma línea, Corrêa (2016) explica que el foco de las acciones de los terapeutas ocupacionales son las personas en interacción con su contexto comprendido en un ámbito de derechos humanos. Dichas acciones buscan dar visibilidad a las problemáticas que enfrentan los usuarios y desafiar a la familia, a la sociedad y al poder público para que construyan espacios para la plena participación de todas las personas (Corrêa, 2016).

Para considerar a la sociedad como foco de intervención de la Terapia Ocupacional Sbriller (1997) expone que no debe centrarse sólo en las disfunciones de la persona, sino que también debe considerar a la misma como un ser social. Así, tal como explica Brogna (2006) una de las responsabilidades de los profesionales de la salud, además de estar presente y con predisposición, es tener conciencia de que la deficiencia no causa

discapacidad, sino que las posibilidades de cada persona dependen principalmente de las barreras impuestas por la sociedad.

Desde la perspectiva social, no sólo se llevan a cabo prácticas comunitarias, sino que también incluye prácticas centradas en las personas, sus potencialidades y limitaciones en la trama de las relaciones con otros y las redes que las sostienen (Galheigo y Angeli, 2008 en Paganizzi, 2015). Así mismo, Guajardo (2016) hace referencia que dichas intervenciones ponen el foco en trabajar lo común y lo diferente en las comunidades, proponiendo metas humanizadoras y descentradas del mercado y lo competitivo. De esta manera, el centro es el sujeto como identidad y no como sus capacidades para funcionar y/o competir, promoviendo así la diversidad dentro de la sociedad (Guajardo, 2016a).

En la misma línea, Galheigo (Simó Algado, 2012) refiere que el foco de intervención está en el terreno social, que se entiende como los contextos tanto individuales como colectivos. Estos contextos son objeto de políticas sociales específicas, aunque muchos de ellos hoy en día están invisibilizados. Además, menciona que las prácticas de Terapia Ocupacional centradas en el sujeto no abordan las cuestiones relacionadas a la exclusión social, sino que, en realidad, éstas deben tener un abordaje centrado en las comunidades y territorios, que busquen intervenir en lo estructural de los problemas colectivos. Entonces, explica que al existir determinantes estructurales muy marcados, si sólo centramos las prácticas en la persona, terminamos desempoderándola, ya que con el deseo y la intención no alcanza para terminar con la inaccesibilidad a los derechos que sufren poblaciones vulnerables (Simó Algado, 2012).

Otra de las líneas a desarrollar es la participación en la comunidad como foco de intervención. Sanz Victoria (2016) explica que la intervención debe buscar la creación de espacios de encuentro y facilitar la participación en ocupaciones colectivas que estimulen y faciliten la interacción positiva, la creación de redes y la transformación de las comunidades con el fin de que las personas se encuentren activamente involucradas en sus entornos sociales y obtengan el apoyo necesario para realizar sus ocupaciones cotidianas.

De esta forma, la intervención ya no es individual en un contexto médico-clínico, sino que considera lo grupal que atraviesa a la persona como los talleres, los grupos psicosociales, la familia, la situación escolar y laboral, la participación en comunidad, entre otros (Guajardo, 2016b).

Sanz Victoria (2016) plantea que la intervención con la comunidad puede aplicarse de dos maneras:

Se piensa en la comunidad como destinataria de las acciones planteadas o, por el contrario, como protagonista de las acciones, programas y proyectos que se realicen. Debemos preguntarnos si con el desarrollo comunitario nos planteamos a la comunidad como objeto del desarrollo o como vehículo para el mismo. Abogamos por una Terapia Ocupacional de base comunitaria en donde la comunidad –incluidas aquellas personas que se encuentran en situación de marginación y exclusión– estén implicadas en el diseño, la implementación y la evaluación de las acciones que se realizan (p. 235)

En relación a un foco de intervención basado en los derechos humanos, Nabergoi et al. (2019) desarrollan que se deben tener en cuenta las causas que llevan a las personas y/o grupos a situaciones de vulnerabilidad y falta de reconocimiento de derechos, que generan sufrimiento, enfermedad o discapacidad. Las prácticas deben tener como objetivo preservar la *dignidad* humana, respetar la diversidad y apoyar la emancipación y ciudadanía de los sujetos y de los colectivos de forma que puedan garantizar su acceso a los derechos y a la justicia social (Galheigo, 2012).

En este sentido, Sanz Victoria (2016) indica que en las prácticas debe estar muy presente la legitimación de los movimientos políticos del colectivo de personas con discapacidad y resulta necesario facilitar la información sobre ellos a las personas con las que trabajamos. Por ello es importante estimular la creación de grupos de autogestión, reflexión crítica y de defensa de los propios derechos durante el proceso de intervención (Sanz Victoria, 2016).

La autora también sostiene que para que se desarrollen iniciativas que tengan un enfoque emancipatorio, los usuarios de Terapia Ocupacional deben tener conciencia crítica sobre salud, participación, ciudadanía y derechos humanos y un posicionamiento desde el activismo social (Sanz Victoria, 2016). Por lo tanto, es fundamental pensar un servicio de Terapia Ocupacional basado en la ciudadanía activa y en los derechos humanos (Simó Algado, 2012).

Según el Marco de Trabajo (AOTA, 2014), los roles son “el conjunto de comportamientos esperados por la sociedad y moldeados por la cultura y el contexto” (p. 12).

En cuanto al término *profesional de Terapia Ocupacional*, el mismo hace referencia a quienes son responsables de todos los aspectos de la prestación de los servicios de Terapia Ocupacional y que son responsables tanto de la seguridad como de la eficacia del proceso de prestación de estos servicios (AOTA, 2014).

Desde una perspectiva social y latinoamericana, el rol de los profesionales de Terapia Ocupacional no consiste en definir las acciones a tomar en la intervención desde la formación académica, sino que las acciones profesionales surgen de responder a las necesidades y demandas de la comunidad, teniendo siempre presente la noción de Derechos Humanos (Simó Algado, 2012).

Retomando la génesis de la Terapia Ocupacional, podemos decir que ésta tenía como objetivo que el individuo se adapte y busque su inserción social, y no se cuestionaba si la sociedad era la que necesitaba cambios. Por eso, actualmente desde una mirada social, se espera que el rol de la terapeuta ocupacional conste de ser articulador social y promotor de cambio (Simó Algado, 2012).

Para ello, los profesionales deben realizar acciones individuales y colectivas que sean adecuadas a las necesidades y realidades de los usuarios, con el fin de brindar el acceso a los derechos sociales (Simó Algado, 2012).

Por lo tanto, es un rol que propicia el desarrollo de las posibilidades de la persona como protagonista de su propia vida, por esto es que no sólo la intervención se centra en el entrenamiento o recuperación de la patología de una persona, sino que también, favorece su desarrollo y reconocimiento como sujeto de derechos (Medeiros, 2008).

En esta misma línea, Sanz Victoria (2016) sostiene la idea de que es importante que los terapeutas ocupacionales se posicionen desde un rol de apoyo, para promover el desarrollo social en los colectivos y para facilitar y/o brindar información a los usuarios.

Lo que se busca entonces, es garantizar el respeto a la diversidad y a la justicia social entendiendo a la emancipación como la superación de la dominación jerárquica con una mejor redistribución de poder y recursos (Galheigo, 2012). Así, Galheigo (2012) afirma que el papel de los terapeutas ocupacionales es el de articulador social en lugar del de adaptador social, tal y como fue concebido en los orígenes de la profesión.

Además, los terapeutas desde un rol como agentes de cambio, pueden acompañar y asesorar a personas con discapacidad y al gobierno nacional sobre políticas públicas relacionadas con la discapacidad para avanzar en la comprensión de las orientaciones y la toma de decisiones dentro de la sociedad (Fernandez-Moreno y Garcia-Ruiz, 2016).

El Marco de Trabajo (AOTA, 2014) define que los objetivos son el resultado final del proceso de Terapia Ocupacional porque estos describen lo que los usuarios pueden lograr luego de haber finalizado dicho proceso. Los objetivos están directamente relacionados con las ocupaciones así como también con los aspectos del dominio, los cuales son las

características del cliente, las destrezas de ejecución, los patrones de ejecución, los contextos y entornos. Además, pueden estar relacionados con las impresiones subjetivas de la persona con respecto al logro de objetivos tales como la mejora de las perspectivas, confianza en sí mismo, esperanza, alegría, autoeficacia, sostenibilidad de las ocupaciones valoradas, resiliencia y bienestar percibido (AOTA, 2014).

Al entender que la Terapia Ocupacional es una profesión social, se puede identificar que tanto sus saberes como sus prácticas se constituyen en respuesta a las necesidades de las personas y colectivos (Simó Algado, 2012). A partir de este punto de partida, es importante reflexionar quiénes y cómo participan en la definición de los objetivos en las prácticas de Terapia Ocupacional.

Por eso, continuando con dicha reflexión, con el lema *nada sobre nosotros sin nosotros*, el Movimiento de Vida Independiente reclama que quienes deben controlar los servicios y prestaciones sean las mismas personas con diversidad funcional, ya que ellas son las que hacen uso de este servicio (Sanz Victoria, 2016). Además, hacen hincapié en que la gestión de los recursos que afectan a sus vidas recaiga en las personas con diversidad funcional en vez de que sean las instituciones o profesionales quienes tomen las riendas (Sanz Victoria, 2016).

Es por esto que en el vínculo terapéutico entre les terapeutas ocupacionales y les usuaries estes últimos son quienes deciden y les profesionales cumplen un papel secundario y circunstancial en su vida (Sanz Victoria, 2016). Se debe hacer foco en la comprensión de las necesidades y demandas manifestadas por las personas, la escucha de sus historias de vida y de sus modos de vivir y entender sus redes sociales de soporte, y les terapeutas ocupacionales tiene que poder identificar qué cuidados, apoyos facilitadores y articulaciones debe y puede ofrecer (Galheigo, 2012).

Entonces, les terapeutas ocupacionales tienen la responsabilidad de tener una visión crítica sobre sus conocimientos profesionales y de este modo, ponerlos a disposición de les usuaries (Higgs y Titchen, 2001). Además, desde este rol, les profesionales deben acompañar a les usuaries en un proceso emancipatorio para que cada una conozca quién es y cómo es, y de esta manera, construir en la vida cotidiana situaciones de otredad (Cella y Polinelli, 2017).

Otra cuestión relevante con respecto al rol profesional, es el vínculo con les usuaries. En cuanto a este tema, la relación de les terapeutas ocupacionales con las personas debe ser horizontal, y se debe caracterizar por el trabajo en equipo en donde cada parte colabore

con sus potenciales y competencias en función de objetivos ocupacionales significativos, generando respeto mutuo y confianza (Reboredo Rodriguez, 2015).

Sumando otro aporte, Sbriller (1997) indica que los profesionales de Terapia Ocupacional deben prepararse para disponer, incomodar, activar y revelar un conflicto que se buscará superar en un trabajo en conjunto, desde una equiparación como sujetos, donde los terapeutas ocupacionales se convierten en un recurso terapéutico más.

Frente al aspecto vincular hay que recordar que la mirada médico hegemónica propone una jerarquía entre el paciente y el profesional, evitando que el paciente participe y decida en su propio tratamiento. Pero al centrar la práctica en la persona este vínculo se ve favorecido, posibilitando que tome decisiones (Gutiérrez Monclús, 2015).

### **Modelo de la Diversidad. Una propuesta conceptual superadora al Modelo Social de la Discapacidad**

A finales de los años sesenta y a principios de los setenta, surge en Estados Unidos el Movimiento de Vida Independiente (MVI). En aquel contexto socio-histórico, coinciden varios movimientos que reivindican luchas en relación a los derechos civiles, tales como el movimiento feminista o la lucha de las personas negras (Rodríguez-Picavea Matilla, 2010).

Con respecto al Movimiento de Vida Independiente, se destaca como pionero a Ed Roberts, una persona con diversidad funcional que luchó por su derecho a la educación (Rodríguez-Picavea Matilla, 2010). En 1962, Ed ingresó en la Universidad de California en la ciudad de Berkeley para estudiar la licenciatura de Ciencias Políticas y tuvo que alojarse en la enfermería de la Universidad debido a que no podía hacerlo en la Residencia como el resto de los estudiantes debido a la falta de accesibilidad (Palacios y Romañach, 2008). Ya en el año 1967, había doce estudiantes con diversidad funcional viviendo en la enfermería, por lo que, impulsado por Roberts, en 1970 se creó el Programa para Estudiantes con Diversidad Funcional Física que abrió una oficina equipada con rampas en el campus de la universidad, donde los estudiantes con diversidad funcional tuvieron en cuenta sus propias experiencias para diseñar lo que se necesitaba para vivir independientemente (Palacios y Romañach, 2008).

Tras la experiencia de la Universidad, los líderes del Programa de Estudiantes con Diversidad Funcional Física discutieron el modo de implementar un programa similar, pero para personas que no fueran estudiantes, señalando que debían existir ciertos servicios para que las personas con diversidad funcional pudieran vivir independientemente en sus

comunidades (Palacios y Romañach, 2008). Así, en 1972, el grupo fundó el primer Centro de Vida Independiente en la ciudad de Berkeley centrandó sus ideales en el empoderamiento de las personas con diversidad funcional, la desmedicalización y la desinstitucionalización y, también, haciendo hincapié en la autonomía moral y en la igualdad de oportunidades (Rodríguez-Picavea Matilla, 2010).

Rápidamente, el Movimiento de Vida Independiente fue extendiendo su filosofía por todo el país, para luego traspasar las fronteras nacionales. Así, en 1976, en el Reino Unido, la Unión de Personas con Deficiencias Físicas contra la Segregación (UPIAS, según sus siglas en inglés) propuso un conjunto de ideas a las que denominó *Principios Fundamentales de la Discapacidad* y, más tarde, el activista y académico Mike Oliver presentó estas ideas como el *Modelo Social de la Discapacidad* (Palacios y Romañach, 2006).

En dichos principios fundamentales, la diversidad funcional se describe como una forma de opresión social, donde la sociedad es la que discapacita a las personas con diversidad funcional y genera, como consecuencia, que esta población se encuentre aislada y sea excluida de participar en la comunidad (Palacios y Romañach, 2006).

Por lo tanto, se considera un abordaje holístico de la diversidad funcional, ya que se debe entender de manera global a los aspectos de exclusión. Esto quiere decir que si un obstáculo para la persona con diversidad funcional es la pobreza, no alcanza con hacer foco y abordar solamente la cuestión de sus ingresos (Palacios y Romañach, 2006).

Además, los Principios Fundamentales hacen hincapié en que las personas con diversidad funcional tomen el control de sus propias vidas, es decir que este grupo no está de acuerdo con la segregación y la institucionalización dado que son formas de vulneración de sus derechos. En búsqueda de una solución, reclaman por leyes que protejan sus derechos y garanticen la igualdad de oportunidades (Palacios y Romañach, 2006).

En el año 2001, el Movimiento de Vida Independiente se hizo presente en España, donde se creó el denominado *Foro de Vida Independiente y Diversidad (FVID)*, con la intención de debatir y difundir la filosofía del movimiento (Palacios y Romañach, 2008).

Los integrantes del FVID son personas con todo tipo de diversidad funcional que luchan contra la discriminación que viven por el hecho de ser diversos funcionales y sólo cuenta con una sede virtual en Internet donde reflexionan sobre temas relacionados con el colectivo. Lo novedoso es que son las propias personas con diversidad que hablan por sí mismas, sin que alguien por fuera del colectivo lo haga como suele suceder (Peirano, s/f).

El Movimiento de Vida Independiente proclama un ideal de autonomía, definiendo que nadie conoce mejor las necesidades y deseos de las personas con diversidad funcional que ellos mismos, ni siquiera los profesionales de la salud. Por este motivo es que son ellas las que deben tomar sus propias decisiones y diseñar sus programas de intervención (Palacios, 2008).

De esta forma, queda en evidencia que desde este movimiento existe un compromiso político para promover el cambio social. Cuestiona la asimetría de poder del modelo biomédico y receptores de ese modelo, y plantea como respuesta *nada sobre nosotros sin nosotros* de manera que el cambio sea emancipador/habilitante y no dependiente/incapacitante (Romañach, 2006).

Palacios (2008) refiere que la evolución en cuanto a la concepción sobre la diversidad funcional no se puede pensar por fuera de los movimientos socioculturales, políticos y económicos que fueron desarrollándose a lo largo de la historia. Por ello es que resulta tan importante la lucha impulsada por las propias personas con diversidad funcional y sus familias, que denuncian su situación de marginación y reclaman el reconocimiento de sus derechos civiles.

En relación a esto último, Victoria Maldonado (2013), explica que se está dando una nueva configuración en la coyuntura actual:

se está pasando de la percepción de las personas con discapacidad, como personas enfermas, que debían de superar carencias y deficiencias a fin de adaptarse lo mejor posible a la sociedad existente (...), a la percepción de las personas con discapacidad como un colectivo que se encuentra en una especial situación de desventaja social debido a que la sociedad ha construido un entorno preparado sólo para un determinado *estándar* de personas (p.1095).

Así es que la forma de percibir y tratar a las personas con diversidad funcional en nuestras sociedades ha evolucionado considerablemente, pasando, de forma esquemática, de basarse en un modelo de prescindencia, luego, a otro de carácter rehabilitador, para llegar al más actual, el modelo social. Aunque, hay que entender que los diferentes modelos coexisten en la actualidad y va a depender del contexto la predominancia de uno u otro (Palacios y Romañach, 2008).

De acuerdo a Pérez y Chhabra (2019), los modelos de discapacidad refieren a esquemas, los cuales son instrumentos utilizados para captar y analizar desde otro punto de

vista el mundo de la persona con discapacidad, lo que permite generar nuevas hipótesis y ayudar a evaluar el efecto de situaciones que están más allá de nuestra propia esfera de influencia.

Cabe mencionar que el Movimiento de Vida Independiente es considerado un antecedente del modelo social de la discapacidad (Palacios y Romañach, 2008). Este modelo alega que las causas que originan la discapacidad son, en gran medida, sociales. Es decir que la raíz del problema no se encuentra en las limitaciones individuales, sino en las limitaciones de la propia sociedad para prestar servicios apropiados para asegurar que las necesidades de las personas con diversidad funcional sean tenidas en cuenta dentro de la organización social (Palacios, 2008).

Desde un entendimiento básico de que toda vida humana tiene el mismo valor, el modelo social también promulga que “lo que puedan aportar a la sociedad las personas con diversidad funcional, está directamente relacionado con la plena participación y la aceptación de la diversidad” (Palacios, 2008, p. 104). Lo que intenta remarcar entonces este modelo, es la diversidad de ser, estar o hacer, haciendo un corrimiento de la discapacidad para volcar el foco en la sociedad y comunidad donde viven las personas con diversidad funcional.

Así, el modelo social no deja de hacer una aproximación multi-diversa, al tomar como denominador común la opresión que manifiestan sentir las personas con diversidad funcional y el reclamo de sus derechos. Por eso, desde esta perspectiva, cobran importancia las concepciones sobre persona y sujeto, y los Derechos Humanos se ubican como los argumentos necesarios y oportunos para sacar de los límites a las personas con diversidad funcional y ubicarlas dentro de la sociedad como actores sociales (Victoria Maldonado, 2013).

A raíz del Movimiento de Vida Independiente y el Modelo Social de la Discapacidad, surge el Modelo de la Diversidad. Sus autores, Palacios y Romañach (2006), definen que el mismo parte de la búsqueda de la plena *dignidad* de todas las personas, incluidas aquellas que tienen diversidad funcional, y para ello utiliza los Derechos Humanos y la Bioética como herramientas para alcanzar distintos objetivos. Estos son que todas las personas con diversidad funcional consigan su *dignidad*; y también concientizar sobre esta *dignidad* que es necesaria para todos los ciudadanos, en caso que acepten la diversidad como parte de su propia esencia.

Es por esto que cabe aclarar que hay un importante cambio de eje donde se pasa del concepto de *capacidad* al de *dignidad* (Palacios y Romañach, 2006). Así se vuelve

necesario este alejamiento del *capacitismo*, según Peirano entendido como “la creencia que avala algunas capacidades como intrínsecamente más valiosas -y por ende- quienes las poseen son mejores que el resto; afirmando que existen cuerpos capacitados y otros no” (s/f, p.55). Siguiendo con la definición de la autora, considera que es una forma de discriminación y de opresión hacia las personas con diversidad funcional (Peirano, s/f). El capacitismo parte de una noción medicalizada del cuerpo normal, y hace foco en el capitalismo, debido a dichas cuestiones es que en la sociedad suelen ser privilegiadas las personas sin discapacidad, a costa de la opresión de las personas con discapacidad (Peirano, s/f).

Incluso personas con diversidad funcional han llegado a naturalizar un capacitismo internalizado, el cual se basa en discursos y acciones, o incluso el no accionar desde el propio colectivo, tales como el ‘no puedo’ o ‘no es para mí’ (Peirano, s/f).

Entonces, con el fin de designar al colectivo de una manera no peyorativa, desde el Modelo de la Diversidad se plantea un cambio de terminología el cual sustituye los términos *discapacidad*, *minusvalía* o *invalidez* por el de *diversidad funcional* (Palacios y Romañach, 2006). Al reemplazar el término personas con discapacidad por el de *mujeres y hombres con diversidad funcional* se busca una terminología que no sea negativa, capacitista, ni médica. Este cambio es propuesto por las mismas personas con diversidad funcional y pretende dar a entender que la diversidad funcional no genera bandos -elles y nosotres- sino que es algo propio al ser humano. Es decir, la diversidad funcional es una cuestión social ya que, de manera transitoria o definitiva y de forma directa o indirecta, atraviesa a todas las personas (Palacios y Romañach, 2006).

Cuando se implementa esta nueva terminología se refuerza la idea de que son hombres y mujeres, y que, por ende, tienen *dignidad* como todos los seres humanos (Palacios y Romañach, 2006). Los hombres y mujeres con diversidad funcional luchan para poner fin a la discriminación y que se logre la aceptación de la diversidad funcional. Por eso, se pone el énfasis en la diferencia o diversidad y en los valores que enriquecen a la sociedad (Palacios y Romañach, 2006).

Este planteamiento se hace teniendo en cuenta que el peso del lenguaje es tal, que “puede acabar alienando al propio individuo al ser heredero inconsciente de modelos e ideologías” (Palacios y Romañach, 2006, p. 102). Por consiguiente, los autores sostienen que si se quiere cambiar ideas o valores, se debe cambiar las palabras que los soportan y les dan vida.

Además, Palacios y Romañach (2016) desarrollan que lo realmente novedoso que aporta el Modelo de la Diversidad al Modelo Social es que:

Se intenta construir el valor de la diversidad, el concepto de dignidad como elemento clave para la plena participación y aceptación social de las personas con diversidad funcional, y el uso de la bioética como herramienta para conseguir la plena dignidad intrínseca de las mujeres y hombres con diversidad funcional (p. 190).

El modelo también propone como concepto relevante la *dignidad* ya que, de acuerdo a sus principios, considera que todas las mujeres y hombres, con o sin diversidad funcional, tienen la misma *dignidad* (Palacios y Romañach, 2006). En relación a este concepto, se hace una subdivisión entre *dignidad intrínseca* y la *dignidad extrínseca*. La primera se vincula al valor de la vida, es decir que la vida de todas las personas son de igual valor. Mientras que la segunda hace referencia a que todas las personas, con o sin diversidad funcional, tienen los mismos derechos y deben desarrollar sus vidas al igual que el resto de la sociedad para eso se les debe brindar el entorno y las herramientas necesarias (Palacios y Romañach, 2006).

Para lograr alcanzar la *dignidad*, tanto intrínseca como extrínseca, el Modelo presenta propuestas de actuación, las cuales, en términos generales, consideran la inclusión y la participación de mujeres y hombres con diversidad funcional en diferentes ámbitos siempre teniendo como cimiento la bioética; la formación de personas con diversidad funcional y la formación en relación a la bioética y la diversidad funcional; la desmedicalización; las luchas; la eliminación de terminología negativa; entre otras (Palacios y Romañach, 2006).

Otro concepto relevante propuesto por el Modelo es el de *autonomía moral*. Peirano (s/f) diferencia la autonomía moral de la autonomía física y desarrolla que la autonomía física se basa en poder realizar las tareas físicas, como por ejemplo, comer o vestirse; en cambio, la autonomía moral se relaciona con la capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida. Romañach (2012) explica que la confusión de estos dos conceptos ha tenido como consecuencia la institucionalización de personas con poca autonomía física y plena autonomía moral, que han sido privadas de llevar una vida en igualdad de oportunidades, para la que estaban plenamente preparados.

Además, la filosofía del Modelo de la Diversidad sostiene la idea de que nadie es completamente independiente sino que vivimos en un estado de *interdependencia* mutua, lo que significa que todas las personas somos interdependientes y necesitamos apoyo para el

desarrollo de nuestra autonomía (Palacios, 2008).

En la misma línea, Carmona Gallego (2020) remarca que en el caso de algunas personas con diversidad funcional se vuelve particularmente evidente la necesidad de asistencia o apoyo para desarrollar ciertas actividades de la vida diaria, pero que eso se encuentra lejos de constituir una excepción a la condición humana y que nos permite identificar esta característica compartida por todas las personas.

Por lo tanto, la dependencia de las personas con discapacidad no es una característica que las diferencie del resto de la población, sino que se trata simplemente de una cuestión de grado (Palacios, 2008). En esta idea es importante destacar que la mutua dependencia no excluye la posibilidad de desarrollar la autonomía, sino que es más bien una condición imprescindible para la misma dado que las posibilidades de ampliar nuestros horizontes se fundan en nuestras formas de relación con los otros (Carmona Gallego, 2020).

Así se entiende que la posibilidad de decidir sobre la propia vida puede ser bloqueada o potenciada por los vínculos que mantiene el sujeto, pero de ninguna manera la *interdependencia* se trata de una elección, sino que es el modo en que la vida de todas las personas son sostenidas (Carmona Gallego, 2020).

De esta manera, las propuestas se basan en la idea central de que la diversidad funcional es una cuestión de *dignidad* y de Derechos Humanos (Palacios y Romañach, 2006).

El Modelo de la Diversidad propone que la diversidad funcional no sea vista como una carga, sino como una diferencia con valor, es decir, que las personas con diversidad funcional no tengan la necesidad de ocultar la supuesta diferencia con el fin de llegar al parámetro de normalidad socialmente esperada (Palacios y Romañach, 2006).

Sobre la relación que hay entre enfermedad y diversidad funcional, Palacios y Romañach (2006) afirman que pueden existir muchas variantes en dicha relación, ya que puede una persona tener una enfermedad, por ejemplo gripe, sin que genere una diversidad funcional; o una enfermedad como puede ser la esclerosis múltiple puede causar una diversidad funcional. O también hay personas con diversidad funcional que no tienen ninguna enfermedad como las personas sordas. Otra situación puede ser que hay una enfermedad que no afecta la funcionalidad pero sí la estructura, y cuando esta persona sufre discriminación por tener una estructura diferente, se considera diversa funcional. Debemos entender que tanto la enfermedad como la diversidad funcional, son realidades distintas y por eso mismo van a requerir aproximaciones diferentes (Palacios y Romañach, 2006).



## Aspectos metodológicos

### Tipo de diseño

Con respecto al estado de conocimientos sobre el tema, este trabajo es *exploratorio* de acuerdo con Sabino (1992) quien define a las investigaciones exploratorias como aquellas que pretenden darnos una visión general y sólo aproximada de los objetos de estudio. Si bien existe vasta información sobre Terapia Ocupacional y sobre el Modelo de la Diversidad, el tema elegido ha sido poco explorado y no hay suficientes estudios previos en torno al mismo que permitan formular hipótesis precisas o de cierta generalidad.

En cuanto al enfoque metodológico, el paradigma utilizado para la metodología de este trabajo final integrador es el *cualitativo*, lo cual permite acercarnos al proceso del fenómeno desde una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones (Sampieri, 2017).

Según el tipo de trabajo a realizar, se trata de un *diseño de campo*. Esto se da porque los datos se van a recoger por las investigadoras de manera directa de la realidad, a través de entrevistas a terapeutas ocupacionales y usuaries (Sabino, 1992).

En lo que respecta a la posición que tomamos las investigadoras, se trata de un trabajo *no experimental* ya que no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes (Sampieri, 2017). Se recolectan datos de situaciones que ya sucedieron, sobre las cuales las investigadoras no tienen control.

En relación al movimiento del objeto, este trabajo se trata de un diseño *transversal* o *transeccional* dado que, en concordancia con Sampieri (2017), su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es decir, se recolectan los datos de un momento particular de la historia.

Por último, según la temporalidad de los datos, es un trabajo *prospectivo* ya que, si bien se relevan datos ya existentes, se analizan en la actualidad para generar resultados nuevos y así alcanzar los objetivos propuestos.

Cabe aclarar que el presente trabajo final integrador se realizó en el marco de las materias Metodología de la Investigación y Diseño de Trabajo Final en el Instituto de las Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento de la Universidad Nacional de General San Martín con el fin de obtener el Título de Grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Considerando que el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el brote del nuevo coronavirus como una pandemia, mediante el dictado del Decreto

N° 260/20, se amplió en nuestro país la emergencia pública en materia sanitaria establecida por la Ley N° 27.541 por el plazo de un año.

Con el objetivo de proteger la salud pública, el Estado nacional estableció para todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él, la medida de “aislamiento social, preventivo y obligatorio”, por un plazo determinado, durante el cual todas las personas debieron permanecer en sus residencias habituales o en el lugar en que se encuentren y abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo (Decreto 297/2020).

Esta situación contextual influyó en la dinámica del desarrollo del presente trabajo final integrador, debiendo realizar toda la producción de manera virtual, desde las reuniones de equipo y supervisiones, hasta la recolección de los datos y su análisis.

### **Caracterización de los universos y las muestras**

El presente trabajo final integrador consta de dos universos y, consecuentemente, dos muestras.

Samaja (1999) afirma que las estrategias exploratorias no pretenden en primera instancia tanto la producción de evidencias para la verificación de una hipótesis cuanto el descubrimiento o elaboración de nuevos observables. Al no estar en juego la cuestión de la generalización del resultado, el mayor o menor provecho no resulta directamente de las cantidades sino de que las características de los sujetos escogidos sean pertinentes al tipo de preguntas que tiene planteadas la investigación.

Los tipos de muestras con los que se trabajaron fueron del tipo *no probabilística* porque no se conocen las probabilidades de cada individuo incluidos en la muestra (Padua, 1994).

Es preciso mencionar que en las investigaciones cualitativas no se requiere contar con muestras muy numerosas porque, como sostiene Sampieri (2017), no se pretende necesariamente generalizar los resultados del estudio a poblaciones más amplias ni tampoco obtener muestras representativas, sino que se busca analizarlos intensivamente. De esta manera, proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, detalles y experiencias únicas.

Por otro lado, la forma de acceder a estos fue a través del método *bola de nieve* donde a partir de las primeras entrevistas, las entrevistadas ofrecen información sobre personas que reúnan las características requeridas para el estudio y sean susceptibles de

ser entrevistadas (Rubio y Varas, 1999). Este método se suele utilizar para muestras con características especiales y de difícil localización.

De la mano de Silvina Peirano, una referente del Modelo de la Diversidad en Argentina, quien nos ayudó difundiendo la búsqueda a través de sus redes sociales, pudimos ponernos en contacto con terapeutas ocupacionales que cumplieran con los criterios de inclusión de la muestra.

Por un lado, para el universo todes les terapeutas ocupacionales de Argentina que inspiran sus prácticas en el Modelo de la Diversidad, la muestra se conformó por seis terapeutas ocupacionales que cumplieron con las siguientes características.

Criterios inclusión:

- Tener título universitario y matrícula de terapeuta ocupacional o de Licenciada en Terapia Ocupacional.
- Haber realizado el curso *Sexualidad y Diversidad Funcional* de Silvina Peirano. Se selecciona este último criterio de inclusión porque Silvina Peirano es una referente del Modelo de la Diversidad en la Argentina y brinda capacitación sobre el mismo en el curso mencionado anteriormente.

Criterios de exclusión:

- Profesionales que se hayan formado en Terapia Ocupacional en otro país.
- Profesionales de Terapia Ocupacional que actualmente desarrollen sus prácticas en otro país

Por otro lado, para el universo todes les usuaries de Terapia Ocupacional de Argentina que conozcan el Modelo de la Diversidad, la muestra se conformó por 6 usuaries que cumplieron con las siguientes características:

Criterios de inclusión:

- Militar por los derechos de las personas con diversidad funcional.
- Conocer la filosofía del Modelo de la Diversidad.
- Ser o haber sido usuarie de Terapia Ocupacional en Argentina.
- Tener el consentimiento de padre/madre/tutore si son personas menores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Personas menores de 16 años
- Personas que no puedan expresarse de manera escrita o verbal.

Es necesario aclarar que al contar con una muestra reducida, se ampliaron los criterios de inclusión, respecto a la edad considerada que inicialmente incluía a personas mayores de 18 años, incorporando también a personas de 16 años con su asentimiento informado y con el correspondiente consentimiento de su madre, padre o tutore, con el fin de enriquecer los resultados de la investigación

### **Matrices de datos**

Es preciso aclarar que Bottinelli (2007) plantea que en los diseños cualitativos no es posible identificar variables en el sentido formal de las mismas. Es por esto que en el presente trabajo se utilizan ejes de análisis, además de las variables de caracterización, para poder abordar las unidades de análisis en función de los objetivos propuestos.

Para cada unidad de análisis se elaboró una matriz de datos con las variables de caracterización y los ejes de análisis que se indagaron que se encuentran en los apartados “Anexo F” y “Anexo G”.

### **Fuentes de datos e instrumentos**

En el presente trabajo final integrador, las fuentes de datos son primarias dado que los datos son obtenidos directamente de la realidad, recolectándolos con sus propios instrumentos (Sabino, 1992). En este caso, a través de entrevistas semi estructuradas, se buscó la recolección de los datos que permitan dar respuesta a las preguntas de investigación.

Teniendo en cuenta los criterios para la selección de las fuentes propuestos por Samaja (1999), las fuentes fueron seleccionadas para obtener datos ricos en contenido, es decir que brindan información sobre los aportes del Modelo de la Diversidad a las intervenciones de las Terapias Ocupacionales en Argentina durante el año 2021.

En relación a los instrumentos de recolección de datos, estos se definen como cualquier recurso del que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información (Sabino, 1992). De aquí la importancia de la adecuada construcción de

los instrumentos que permitan obtener datos útiles que respondan a los interrogantes planteados inicialmente.

En este caso, los instrumentos de recolección de datos fueron dos entrevistas semiestructuradas de elaboración propia, una para terapeutas ocupacionales y otra para usuarios de Terapia Ocupacional, con preguntas abiertas que permitieron agregar preguntas o repreguntar en el caso de que fuera necesario.

Cada entrevista fue llevada a cabo por dos autoras del trabajo, variando la dupla de entrevistadoras de manera aleatoria en cada encuentro.

Según su objetivo, las entrevistas son de investigación ya que le entrevistado es un trasmisor de información de una determinada situación de la que es conocedor (Rubio y Varas, 1999).

En cuanto al modo de implementación, las mismas se realizaron mediante videoconferencia debido al contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio dispuesto en nuestro país en virtud de la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud en relación al coronavirus COVID-19, lo cual permitió entrevistar personas de diferentes puntos geográficos del país.

Cada encuentro fue grabado, con el previo acuerdo de la persona entrevistada. Además al comienzo de cada entrevista, se procedió a explicar oralmente la modalidad de trabajo en duplas, es decir que dos personas del equipo llevarían a cabo la entrevista mientras que las otras dos podrían escucharla luego mediante la grabación. Además, de manera desestructurada, se conversó sobre la finalidad del trabajo y se aclararon cuestiones propias de las preguntas, tales como que si una pregunta no deseaba responderla o no sabía cómo hacerlo, podía saltarla, o mismo si necesitaba que las entrevistadoras le repitan o reformulen una pregunta, podía solicitarlo, buscando así generar un clima de confianza.

En general, las entrevistas tuvieron una duración aproximada de entre 45 minutos y 1:30 hs, tiempo durante el cual les entrevistados se expresaron en sus respuestas con libertad, compartiendo reflexiones y experiencias personales que surgieron a partir de los interrogantes planteados.

Los modelos de ambos instrumentos se encuentran en los apartados “Anexo C” y “Anexo D”.

## Aspectos éticos

La decisión de una persona de participar en una investigación debe ser completamente voluntaria. Para tomar una decisión libre, cada potencial participante recibió la información de manera clara y precisa acerca del propósito, procedimientos, beneficios y riesgos previsible, así como también de sus derechos a acceder y a rectificar sus datos y a rehusarse a participar o a abandonar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificarse y sin exponerse a ninguna represalia (Ministerio de Salud, 2011).

Después de verificar que la persona comprendió toda la información, se solicitó el consentimiento informado, el cual es definido como “un proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular después de haber sido informado sobre todos los aspectos de éste que sean relevantes para que tome la decisión de participar” (Grupo de trabajo en Buenas Prácticas Clínicas, 2005). El mismo se documentó por medio de un formulario de consentimiento informado escrito de manera digital, firmado y fechado que se encuentra en el apartado “Anexo A”.

En el caso de la persona menor de 18 años, se solicitó su expreso asentimiento a participar de la investigación mediante una firma personal, además del correspondiente consentimiento informado a su representante legal (Grupo de trabajo en Buenas Prácticas Clínicas, 2005). El concepto de asentimiento de la persona menor de edad se sustenta a su vez en lo estipulado en la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes con respecto al “derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta”. Esto se realizó a través de un formulario de consentimiento informado para personas menores de edad escrito de manera digital, firmado y fechado el cual se encuentra en el apartado “Anexo B”.

Los datos recabados fueron de carácter anónimo y fueron utilizados únicamente por las autoras para el presente trabajo con fines académicos. Para preservar la identidad de las personas entrevistadas, serán mencionadas con las iniciales referentes a la unidad de análisis que corresponda, asignándole un número de acuerdo al orden cronológico de las entrevistas, quedando de la siguiente manera: TO1, TO2, TO3, TO4, TO5 y TO6 para les terapeutas ocupacionales y U1, U2, U3, U4, U5 y U6 para les usuaries.

## Análisis de los datos

Para el procesamiento de los datos obtenidos en las entrevistas, se creó una carpeta compartida en Google Drive con el nombre de “Trabajo Final Integrador”. Dentro de la

misma, se encuentra la carpeta “Entrevistas”, donde se almacenó la grabación de cada entrevista y su respectivo Documento de Google con los dichos textuales de les entrevistades y registro de los aspectos no verbales. La desgrabación estuvo a cargo de las otras dos integrantes del equipo, quienes no realizaron la entrevista.

Además, se trabajó en la carpeta “Sistematización de datos” en donde se utilizaron dos tablas de doble entrada para volcar los datos cuantitativos correspondientes para les terapeutas ocupacionales y para les usuaries, las cuales permitieron realizar la caracterización de las muestras. Asimismo, para organizar el corpus de los datos cualitativos, se implementó para cada grupo entrevistado una tabla de doble entrada, con los subejes correspondientes a cada eje de análisis en las columnas y, en las filas, las siglas que representan a cada entrevistade. En las intersecciones se transcribieron de manera textual las respuestas más significativas que aportan a cada subeje.

En lo que respecta al análisis de los datos, se realizó un análisis *centrado en la variable* para los datos cuantitativos teniendo en cuenta que Samaja (2004) refiere que cada variable de la matriz de datos informa sobre el comportamiento de la población respecto de cada uno de sus aspectos.

Para los datos cualitativos obtenidos de las entrevistas realizadas a terapeutas ocupacionales y usuaries se llevó a cabo el *análisis de contenido temático* propuesto por Gomes (2012), donde el concepto central es el tema, y consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar algo para el objetivo analítico elegido. En este caso, consideraremos a cada subeje de análisis planteado como tema. De manera que, en primera instancia, realizamos una lectura comprensiva del conjunto del material obtenido de forma exhaustiva (Gomes, 2012) con el propósito de obtener una visión global de las respuestas de todas las personas entrevistadas.

En segundo lugar, llevamos adelante una exploración del material (Gomes, 2012). Para ello, se procedió a identificar todos los fragmentos de cada relato que hicieran referencia a los subejes de análisis en relación a los ejes de análisis planteados. Luego, elegimos una cita de todas las seleccionadas, la cual fuera la más representativa para cada caso, y se volcaron en los cuadros de doble entrada contruidos para cada eje de análisis con el propósito de poder observar la presencia o ausencia de los subejes de análisis.

En último lugar, elaboramos una síntesis interpretativa que hace dialogar el tema con los objetivos, los cuestionamientos y los supuestos planteados inicialmente en el presente trabajo final integrador (Gomes, 2012).

## Resultados

El presente trabajo final integrador tienen como objetivos generales “Describir los aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de Terapias Ocupacionales que se inspiran en dicho modelo según la perspectiva de terapeutas ocupacionales y usuaries en Argentina durante el año 2021” y “Describir los aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de Terapias Ocupacionales que se inspiran en el Modelo de la Diversidad según la perspectiva de usuaries en Argentina durante el año 2021”. Para la organización del análisis y la presentación de resultados se tuvo en cuenta el cumplimiento de los objetivos específicos planteados para cada unidad de análisis.

### Terapeutas ocupacionales

Tal como se señaló en el apartado de caracterización de los universos y las muestras, les terapeutas ocupacionales entrevistades fueron seis (6) . La gran mayoría (5) realizó el curso “Sexualidad y Diversidad Funcional” entre los años 2016 y 2020, mientras que una (1) persona lo realizó entre los años 2011 y 2015. Y, en cuanto al medio de acercamiento al Modelo de la Diversidad, dos (2) entrevistades conocieron el Modelo de la Diversidad en su formación de grado y cuatro (4) en un curso o capacitación.

Respecto a la edad, la distribución fue heterogénea, participando dos (2) personas entre 23-27 años de edad, dos (2) entre 28-32 años y otras dos (2) entre 38-42 años.

La gran mayoría parte de las personas entrevistadas (5) se autoperciben como mujeres cis y una como no binarie. En la muestra no hubieron personas que se autoperciban como varón cis, mujer trans, varón trans u otros géneros.

Todes residen en Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires y su formación profesional la realizaron en tres universidades públicas que se ubican dentro de dicha región. Cuatro (4) personas finalizaron sus estudios en la Universidad Nacional de San Martín, una (1) en la Universidad de Buenos Aires y una (1) en la Universidad Nacional de Quilmes.

La mayoría de les entrevistades (4) se recibió entre los años 2016 y 2020, mientras que dos (2) lo hicieron entre los años 2006 y 2010.

En relación a sus prácticas de Terapia Ocupacional, la mitad de les entrevistades (3) trabaja en más de un dispositivo de atención. La mayoría (4) atiende en consultorios privados, mientras que una minoría lo hace en domicilios (2), en hospitales (1), en un instituto de rehabilitación (1) o en un Centro de Atención Primaria de la Salud (1). Además,

la mayoría de les terapeutas ocupacionales de la muestra (4) trabajan en un dispositivo de gestión privada.

Por último, en cuanto a la población con la que trabajan, cuatro (4) terapeutas ocupacionales trabajan con niños y adolescentes, dos (2) con jóvenes adultos y sólo una (1) lo hace con adultos mayores y ancianos.

En relación al objetivo específico “Identificar la idea de ser humano que tienen les terapeutas ocupacionales en sus prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021” (1.1.), se tomaron tres subejos que componen a la idea de ser humano: sujeto colectivo y comunitario; sujeto de derechos, y; sujeto actuante y productor de su sociedad.

Se observó que todas les profesionales entrevistadas (6) tienen presente la idea de ser humano como sujeto colectivo y comunitario durante sus prácticas. TO5 quien trabaja en un instituto de rehabilitación física hizo referencia que:

La autonomía, la determinación, el deseo de la persona es desde esta filosofía de vida independiente. De hecho, con muchas personas con lesión medular lo trabajamos en conjunto porque se trabaja de manera grupal, en estos dispositivos se habla de estos modelos de vida independiente. De hecho, las personas *googlean* un montón y se encuentran con otros grupos de personas a través de esta filosofía.

Esto podría dar cuenta de que la filosofía del Modelo de la Diversidad hace aportes a la promoción de la participación en espacios sociales, a través de los cuales se puede construir una identidad a partir de experiencias colectivas.

También es importante destacar que se ha identificado que muchas entrevistadas han hecho referencia al término *interdependencia* como aporte a esta idea de ser humano. Por ejemplo, TO6 mencionó que cree que: “en algún punto todos somos dependientes e independientes, dependiendo de lo que sea, porque siempre, constantemente, estamos en contacto con otras personas y muchas veces necesitamos de la ayuda de otras personas y no me parece que esté mal”.

En cuanto a la idea de ser humano como sujeto de derechos, se pudo observar que la totalidad de les entrevistadas (6) tienen esta idea en sus prácticas. TO3 enfatizó que: “somos sujetos de derechos, como plantea el modelo, yo intento desde que ingresa al consultorio de evaluar primero si realmente él entiende que es un sujeto de derechos”. Además, mencionó que intenta transmitirle a les usuaries con les que trabaja que: “no

importa que tenga esto, yo soy una persona que vive en la sociedad igual que otra, y a partir de eso tengo que tener la misma calidad de vida que cualquiera”. Esto puede reflejar la valoración sobre lo diverso como identidad y la promoción de la ciudadanía como derecho.

Por su parte, TO1 remarcó la importancia de que “considerarnos seres políticos es la posibilidad de saber qué opciones hay y elegir, eso nos hace políticos. El conocimiento es poder”. Entonces, refirió que brindar información a los usuarios con los que trabaja es la manera concreta que encontró para fomentar que: “se consideren seres políticos y que su decisión es válida, de que su voz tiene que ser escuchada porque sino, todo el tiempo seguimos reproduciendo esta lógica de quitarles la voz y hablar por ellos y no va más”.

En relación a la idea de ser humano como sujeto actuante y productor de su sociedad se observó que la gran mayoría (5) de los entrevistados tiene presente dicha idea en sus prácticas, viendo a las personas como seres sociales y actores principales de su vida. Durante la entrevista, TO1 en relación al cambio de terminología de persona con discapacidad a persona con diversidad funcional, expresó lo siguiente: “el término diversidad funcional y todo lo que conlleva es un posicionamiento de reclamo y de derechos, de ganar las calles y reclamar lo que les corresponde y lo que necesitan”. Ampliando lo mencionado desarrolló que:

En el caso de muchos usuarios, ayudó un montón a salir de este lugar de persona con discapacidad porque, (...) ya no se ven a sí mismos con menos capacidades, sino con otras capacidades, con capacidades diversas y con necesidades de apoyo diversas. Por eso, también está bueno remarcar que si necesitan un apoyo, lo necesitan y es totalmente válido y van a reclamarlo.

En esta misma línea TO3 comentó la manera en que se refleja este cambio de terminología en sus prácticas:

Charlando esto con los pacientes y entendiéndolo de esta manera juntos puedes hacer que el paciente se pare en otro lugar y tome un rol activo y pueda de alguna manera fortalecerse y empoderarse en su posición de sujeto civil, no desde la discapacidad, sino de sujeto de derechos como cualquier otro.

En referencia al objetivo específico “Analizar el foco de intervención de los terapeutas ocupacionales durante sus prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021” (1.2.) , se tomaron tres sujetos

que componen al foco de intervención, los cuales son: la sociedad; la participación en la comunidad, y; los Derechos Humanos.

En relación al subeje de análisis la sociedad, se pudo observar que la gran mayoría (5) de les terapeutas ocupacionales entrevistades tiene esta idea en sus prácticas. En donde se entiende por sociedad tanto a los contextos individuales como colectivos, esto quiere decir que tienen en cuenta a la persona, la relación con otros y las redes que sostienen a la misma. TO1 describió:

Creo que la prioridad está en les usuaries, en las personas con diversidad funcional, pero, justamente, viendo desde un modelo social y entendiendo que somos seres sociales, más o menos indirectamente se trabaja con los contextos de esas personas. Yo no puedo dejar de lado a esa familia, a esos cuidadores, a esos acompañantes, a esa escuela, a les otros terapeutas.

Por su parte TO4, una entrevistade que trabaja con niños, mencionó que en sus prácticas pone el foco en: “todos los espacios donde quizás se puede, el niño o niña, relacionar e ir construyendo. Mismo generar otros espacios, justamente, para crear nuevas redes por fuera de lo que sería la escuela, según los intereses de la persona”.

Desde un foco de intervención orientado a la participación en la comunidad de les usuaries, la mayoría de les entrevistades (4) pudieron dar cuenta de cómo abordan esta temática. Cada una aportó diferentes miradas sobre lo que interpretan y entienden como la comunidad de sus usuaries, y logran incluirlas en su foco de intervención. TO1 explicó la manera más enriquecedora que encontró para fomentar dicha participación: “haciendo muchas salidas a la comunidad, obviamente coordinando con las familias y el consultorio, para poder tener una sesión en la plaza o en el supermercado o viajando en colectivo”.

Por otro lado, TO3 que trabaja en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), con población de adultos con diversidad motora, neurológica y traumatológica, abrió otro camino para este abordaje dentro de su foco de intervención: “Yo soy de derivar mucho: ‘¿Por qué no vas allá y te fijás? ¿Por qué no te juntas con aquel? ¿Por qué no vas a tal hospital que tiene grupos para eso?’, cuando veo que se puede laburar algo en conjunto”. Aquí se puede destacar la forma de intervención como pregunta o invitación en lugar de indicación unidireccional, motivando y fomentando, así, la participación desde un lugar activo por parte de les usuaries.

De la entrevista de TO4 se desprendió una mirada mucho más abarcativa para lograr esa participación:

Favorecer la participación para que se hable del tema y que las personas que no están en el ámbito [de la discapacidad] también favorezcan esta participación. Por eso creo que está buenísimo hablar y que no quede sólo en: 'bueno, las personas con diversidad funcional están en un centro de día y se encargan las personas que trabajan ahí y listo' fomentar esto en la vida, en la sociedad en sí.

Se puede inferir que desde esta mirada se identifica la búsqueda de la co-participación del entorno social, generando redes por fuera de los profesionales que trabajan en el ámbito de la diversidad funcional.

A modo de conocer si su foco de intervención se basa en los Derechos Humanos, en las entrevistas se indagó sobre esta cuestión y se observó que la gran mayoría (5) de los terapeutas ocupacionales tienen presente esta idea en sus prácticas.

Dentro de estas concepciones TO3 destacó que conocer el término capacitismo significó un gran aporte para sus prácticas. Además, hizo hincapié en el doble beneficio que esta mirada tiene sobre los profesionales y los usuarios:

Es sacar a la persona con discapacidad del lugar de discapacitado y eso me pareció, en primer nivel, super importante. Bajar eso a la práctica y empoderar al otro está buenísimo porque lo hacés un poco responsable también de su propia diversidad y de qué hacer con eso. Dejar de echarle la culpa al otro y que reclame sus derechos.

Continuando con el objetivo "Identificar el rol de los terapeutas ocupacionales en sus prácticas profesionales inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021" (1.3.), se tomaron los siguientes tres subejos de análisis: articulador social y promotor de cambio; el objetivo lo define la persona/ comunidad/ colectivo, y; vínculo horizontal.

En cuanto al rol de articulador social y promotor de cambio, en las respuestas de los entrevistados, se identificó que la gran mayoría de los terapeutas ocupacionales (5) realizan acciones tales como concientizar, brindar recursos e información. TO1 en su relato nombró las responsabilidades profesionales y el lugar que deben ocupar los profesionales:

Nuestro rol hoy es de aliado. ¿De qué manera podemos ayudar?. ¿De qué manera podemos aportar a esta causa?. Es concientizando y es difundiendo a estas familias, a estas escuelas, a estos acompañantes, a niñas porque, sino, creo que, en parte, seguimos potenciando este lugar de saber y que

nos vengán a consultar para ver cómo tienen que hacer. Hay que empezar a poder masivizar esta voz.

Además, dos de las entrevistadas mencionaron la importancia de los derechos de las personas con diversidad funcional. En relación a esto, TO6 reflexionó cómo les terapeutas ocupacionales pueden, desde su rol, abordar desde una perspectiva de derechos:

Se buscan proteger los derechos de esa persona, como también darle (...) a la persona con discapacidad los recursos para que esté al día de sus derechos y, por lo tanto, de sus accesos. Creo muy importante esto, que tiene que ser parte de nuestra terapéutica si es que es pertinente.

A través de estas experiencias, se puede ver que, al tomar un rol de apoyo, les terapeutas ocupacionales promueven el desarrollo de las personas con diversidad funcional y su reconocimiento como sujetos de derechos.

Por otro lado, al indagar si los objetivos los define la persona/comunidad/colectivo, la gran mayoría de les terapeutas ocupacionales (5) respondieron que desde su rol profesional, es así como son planteados en sus prácticas. TO6, quien trabaja con población pediátrica, refirió que los objetivos:

Siempre son puestos en conjunto con los padres. Y todo lo que yo pueda llegar a decirles a los padres son sugerencias. Después, verán si quieren llevarlas a cabo o no. Nada es una orden, no tengo la verdad de nada. Simplemente es esto, es estar al servicio de esa persona.

Por su parte, TO1, reflexionó alrededor del lema que impulsa el Modelo de la Diversidad y el Movimiento de Vida Independiente, con el cual se reclama que las personas con diversidad funcional sean quienes controlen los servicios de los que hacen uso:

Es que justamente: 'Nada sobre nosotros sin nosotros'. Es devolverles ese rol protagónico. Es darles ese espacio de protagonismo, el Modelo aporta eso. Hago sugerencias, no impongo nada porque no soy yo la persona que está viviendo esas vulnerabilidades, esas injusticias, esos privilegios, entonces, paso a un lugar de asesoría casi todo el tiempo.

En la misma línea, TO5 también hizo referencia al lema y la perspectiva que aporta a sus prácticas:

Lo del lema, uno lo puede tomar desde la práctica de TO y decir 'yo no haría nada sin el consentimiento de la persona' o mismo proponer una actividad en un tratamiento y que no tenga nada que ver con el interés de la persona.

Además, le entrevistade agregó que para ello es importante habilitar lo que la persona trae, dar respuestas a las dudas o derivar a la persona indicada.

Estos relatos pueden entenderse como una forma de hacer foco en la comprensión de las necesidades y demandas manifestadas por les usuaries, escuchar sus historias de vida y entender sus redes sociales de soporte para, así, poder identificar qué apoyos y articulaciones debe y pueden ofrecer les profesionales.

Por último, se identificó que la mitad de les entrevistades (3) establecen un vínculo horizontal con les usuaries. Dicho vínculo es así ya que priorizan consultar con les usuaries y familiares antes que imponer alguna decisión desde su rol como profesionales. Debido a eso TO4 refirió que decide "hacerlos partícipes activos del tratamiento y escuchar lo que tienen para decir, cómo se sienten en base a eso, es un ida y vuelta.". También, mencionó que la relación no es unidireccional, lo cual puede dar cuenta del trabajo en conjunto como prioridad y dejando a un lado la jerarquía entre les profesionales y les pacientes que proviene del modelo médico hegemónico.

## **Usuaries**

Tal como se mencionó en el apartado de caracterización de los universos y las muestras, se entrevistaron a seis (6) usuaries. De les cuales la gran mayoría de la muestra se autopercebe como mujer cis, mientras que sólo uno como varón cis.

En cuanto a la edad, la distribución fue heterogénea, conformando una muestra con personas de diferentes rangos etarios. Dos (2) entrevistades tienen entre 16 y 26 años, tres (3) entre 27 y 37 años y una (1) entre 49-59 años. Mismo es el caso del lugar de residencia, donde tres (3) usuaries residen en Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires, dos (2) en la Región Centro, la cual incluye las provincias de Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos, y una (1) en la Patagonia, región compuesta por La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Al indagar sobre el medio de acercamiento al Modelo de la Diversidad, la mitad de les usuaries entrevistades (3) refirieron haberlo conocido por una familiar/ amigue/ conocida, dos (2) por la militancia y una (1) a través de internet.

Finalmente, y en relación a las ideas del Modelo de la Diversidad, dos (2) usuaries respondieron que identifican como significativa la idea de Diversidad, otros dos usuaries (2) la relacionada con los Derechos Humanos, uno (1) la *Dignidad*, otro (1) con la *Interdependencia* y otro más (1) con la Autonomía moral, pudiendo escoger una, más de una o ninguna.

En cuanto al objetivo específico “Identificar el valor que le otorgan les usuaries a la idea de ser humano que tienen les terapeutas ocupacionales en las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021” (2.1.) se pudo observar que la mitad de les usuaries entrevistades (3) valoran que les terapeutas ocupacionales les consideren sujetos colectivos y comunitarios.

U4 relacionó esta idea con uno de los términos que aporta el Modelo de la Diversidad y el Movimiento de Vida Independiente:

Poder plantear una interdependencia es también poder correrse de este paradigma tan médico rehabilitador y tan tendiente a la normalización para poder decir: ‘bueno, hasta acá... si el paciente no quiere hacer más, esta perfecto’ y bueno, se buscarán las maneras en las que encuentre apoyo en su entorno, en otras personas.

La *interdependencia* entiende que nadie es completamente independiente sino que todas las personas dependemos de otras y necesitamos apoyo para el desarrollo de nuestra autonomía. Así, se entiende que el ser humano es un ser eminentemente social en constante interacción con lo que lo rodea y que la posibilidad de decidir sobre la propia vida puede ser potenciada por los vínculos que sostiene la persona.

U5 además planteó lo significativo que resulta para una persona con discapacidad sentirse parte de un colectivo y participar de un espacio social que posibilite coactuar con otros, en comunidad: “algo que me parece muy importante es esto de que las personas con discapacidad seamos nutridas por un entorno de personas con discapacidad, en eso también se puede acompañar a les usuaries. Es fundamental”.

En relación a la idea de sujeto de derechos, todas les usuaries entrevistades (6) expresaron en sus respuestas que quieren que les vean como sujetos de derecho, que tienen *dignidad* y que deben ser respetades. U3, a quien le interesa evidenciar y promover una mirada social en el ámbito de la salud, consideró que:

Sólo se va a poder garantizar sobre la base de un modelo social de la discapacidad en el momento que el profesional nos vea, nos piense y nos

trate como sujetos/sujetas de derechos y sujetos/sujetas de deseo. Va a ser mucho más sencillo o va a ser mucho más posible.

En concordancia con esta mirada, la entrevistada U5 menciona una idea muy interesante: la necesidad de humanizar a les usuaries. Refiere que les profesionales de la salud deben dejar de ver a les usuaries como una tomografía, un diagnóstico o un certificado de discapacidad, y que deben empezar a verles como sujetos que tienen deseos, aspiraciones, y tareas de igual valor que todes les ciudadanes. Por último, sostiene que es momento de dejar de llamarles pacientes, para poder reflejar una mirada más amplia de la persona porque se la considera como un sujeto de derechos, incluyendo el derecho a acceder a prestaciones de salud que sean de calidad.

En último lugar, U2 piensa que les terapeutas ocupacionales pueden hacer algo para fomentar esta idea de sujetos de derechos, refiere que pueden ayudar a que: “aquella persona con discapacidad pueda empezar a plantearse: ‘Bueno, yo tengo estos derechos y tienen que ser cumplidos’”. De esta manera, se construirán comunidades inclusivas, las cuales Galheigo define como “aquel grupo humano que se reconoce interdependiente y en el que toda persona se siente y participa como ciudadano de pleno derecho, a pesar de cualquier problemática ocupacional de origen físico, psicológico o social” (Simó Algado, 2012, p. 39).

Por otro lado, la gran mayoría de les entrevistades (5) valoran que les terapeutas ocupacionales tengan una idea de ser humano como sujeto actuante y productor de su sociedad, es decir que les mismos fomenten que las personas se perciban como seres sociales y protagonistas de su propia vida. La entrevistada U3 expresó: “lo que se supone es que como personas con discapacidad tenemos que poder desarrollar las herramientas en términos individuales y también en términos colectivos, y cuando no las podemos desarrollar, buscar apoyos que nos permitan vivir como vive cualquier persona”. Dentro de la misma línea, U5, considera que les terapeutas son quienes deben darles información o el acceso a la misma. Ella menciona: “creo que eso es fundamental. Dar información es poder y creo que también responde a eso que el sistema no quiere. El sistema quiere que seamos oprimides de por vida. En eso también les profesionales de la salud pueden ser aliades”. Luego, continuó contando su experiencia en Terapia Ocupacional: “yo a través de la TO conocí un montón de cosas y un montón de derechos que no sabía que tenía (...). Por eso digo que el conocimiento es poder hoy y a partir de ese poder podemos ir a molestar a un montón de ámbitos para que nuestros derechos se cumplan”.

A partir de las cuestiones que narran les usuaries, se puede interpretar que en las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad se posibilita el

desarrollo y se reconoce a las personas como sujetos perteneciente a una sociedad que se manejan adecuadamente teniendo en cuenta sus deficiencias y sus capacidades, y se las valora como personas que se relacionan con y están en el mundo para actuar y transformarlo críticamente (Medeiros, 2008).

En referencia al objetivo específico “Analizar el valor que le otorgan los usuarios al foco de intervención en las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021” (2.2.), se tomaron tres subejos que componen al foco de intervención, los cuales son: la sociedad; la participación en la comunidad, y; los Derechos Humanos.

En cuanto al primer subejo, la mitad de los usuarios entrevistados (3) dieron cuenta de que valoran que los terapeutas ocupacionales hagan foco en la sociedad durante las prácticas. U4 comentó que hay que: “romper con esa mirada tan patologizante que se tiene de la discapacidad y de las corporalidades, y a esa mirada también tan capacitista de las capacidades de las personas (...) romper con esta idea de que hay una única capacidad inherente a todas las corporalidades y que hay que conseguir esa”.

Desde la misma perspectiva, U5 planteó que es fundamental enseñarle a los usuarios lo siguiente: “ver a la discapacidad como el resultado de la interacción entre un entorno inaccesible y mi cuerpo”. Aquí se puede observar que resulta importante para los usuarios que los profesionales tengan conciencia de que la deficiencia no causa discapacidad y entender que las posibilidades de cada persona dependen, principalmente, de las barreras impuestas por la sociedad.

En relación a la participación en la comunidad, la gran mayoría de los entrevistados (5) le dieron importancia a que se ponga el foco en esta temática en las prácticas de Terapia Ocupacional. Por ejemplo, U1 aportó: “el tratamiento ayuda a la sociedad porque no está enfocado solamente para vos, no está enfocado todo dentro de tu casa, también está enfocado para sociabilizar”. A partir de esta consideración, relató cómo fue trabajando esto en sus sesiones mediante charlas con otros usuarios donde se daban consejos para sortear situaciones que tenían en la sociedad.

Continuando con el foco en la participación en la comunidad, U2 mencionó que llevó como problemática al espacio de Terapia Ocupacional el no saber manejarse en la calle, por lo que refirió que su terapeuta le propuso: “un día vamos a tomar un helado y vamos a ver cómo vos te podés desenvolver en la calle”. De esta experiencia cabe destacar cómo la terapeuta ocupacional ofreció el abordaje en escenarios reales para brindarle herramientas más concretas que posibiliten su participación en espacios comunitarios.

Por su parte, U5, comentó que tuvo el privilegio de saber que ella podía habitar distintos entornos, como cualquier otra persona. Y, a partir de esta experiencia, reflexionó que desde la Terapia Ocupacional se puede intervenir informando al respecto para garantizar la participación en la comunidad.

Del mismo modo, U6 mencionó que cree que “la independencia no se logra sólo por poder cocinarse o bañarse o cerrar bien la puerta de la casa y demás, sino que también cómo somos en comunidad”.

Estas vivencias relatadas permiten observar que, desde la perspectiva social, les usuaries le otorgan importancia a que durante las prácticas se considere lo grupal que atraviesa a la persona y a que se brinde información para que todes puedan participar en la comunidad.

Por otro lado, se identificó que la gran mayoría de les entrevistades (5) valoran que el foco de intervención de las prácticas de Terapia Ocupacional esté puesto en los Derechos Humanos. Incluso, resaltaron la importancia de que les profesionales les brinden información sobre sus derechos.

Por ejemplo, U4 reflexionó sobre el desconocimiento que tienen muchas personas con diversidad funcional sobre sus derechos y de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, y considera que les profesiones deben correr el foco de que les usuaries son un cuerpo a arreglar para comenzar a verles como sujetos de derechos. Y agregó que, a partir de tomar esta mirada, les profesionales: “pueden tener las herramientas para poder brindarle acceso a conocer los derechos a esas personas. Ya que muchas de esas personas, posta, no tienen vida social más de ahí [del espacio de Terapia Ocupacional]”.

En el mismo orden de ideas, U5 aportó que “si una persona no conoce sus derechos, no va a saber cómo reclamarlos, lo cual debería ser algo básico, aunque hoy en día no se fomenta en todos los ámbitos de la salud”. Por eso es que propuso que este tema es relevante para abordar en el espacio de Terapia Ocupacional.

Dentro de la misma línea, U1, contó su experiencia: “yo durante mucho tiempo no supe que existía un certificado de discapacidad” y relató que, dentro de esta ignorancia, hay “mucha gente que cree que teniendo el certificado de discapacidad te dan un diploma de discapacitado, de tullido, de feo, horrible, que nadie te va a querer, que todos te van a menospreciar”, cuando, en realidad, eso suele ser un prejuicio que se tiene debido al desconocimiento que tanto se ha nombrado. Por eso, U1 refirió que cree que en Terapia

Ocupacional se debe tener en cuenta estas cuestiones.

Por último, U6, realizó una interesante articulación entre el Modelo de la Diversidad y la Terapia Ocupacional:

Quizás, si la especialización [Terapia Ocupacional] tomaría el Modelo más desde la parte de Derechos Humanos, creo que le daría más importancia a la dignidad, cuando como usuaries nos encontramos con barreras que exceden a lo que 'podamos superar' por la ayuda de la terapia.

Se puede inferir que estos relatos dan cuenta que si las prácticas están basadas en una perspectiva de Derechos Humanos, se preserva la *dignidad* y se garantiza el acceso a la información y, por ende, a la justicia social.

Por último, el objetivo "Identificar el valor que le otorgan les usuaries al rol de les terapeutas ocupacionales en las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad en Argentina durante el año 2021" (2.3.), se realizó según los subejos de análisis: articulador social y promotor de cambio; el objetivo lo define la persona/ comunidad/ colectivo, y; vínculo horizontal.

En relación a le terapeuta ocupacional como articulador social y promotor de cambio, se observó que la totalidad de les usuaries entrevistades (6) valoran este rol. El cuestionamiento al capacitismo desde el rol profesional y la transmisión a les usuaries de una perspectiva crítica apareció como un importante aporte según el relato de U3 que invita a que les profesionales transmitan que no está mal necesitar apoyos para realizar las ocupaciones de la vida cotidiana.

Por su parte, U4 refirió que, desde su perspectiva, les terapeutas ocupacionales: "son quienes te ayudan a posicionarte mejor sobre tu identidad, tu corporalidad, te ayudan también a poder pensarte y concebirte como sujeto de derechos". En la misma línea, U2 relató desde su experiencia personal, cómo su terapeuta ocupacional le ayudó a participar de las marchas del movimiento de personas con diversidad funcional y alzar su voz: "ayudándome con mucha información, (...) acompañándome en la lucha, acompañándome en todo lo que ella puede."

Desde su punto de vista, U6 mencionó las acciones que les terapeutas ocupacionales pueden realizar para promover el respeto a la diversidad y a la justicia social. Dichas acciones, desde un rol de articulador social en lugar del de adaptador social, pueden surgir: "aportando conocimientos a la comunidad sobre la cuestión de los ajustes razonables y los soportes, la importancia de las terapias y de la accesibilidad realmente digna en la

comunidad”.

Por otro lado, U5 trajo la propuesta de pensar a los profesionales como aliados de la lucha por los derechos de las personas con diversidad funcional porque: “no son protagonistas. Creo que deberían entender el lugar que les corresponde, que es un lugar de acompañamiento, de resistencia a un modelo médico que está todo el tiempo marcándonos la diferencia y que deberían trabajar por nosotres” definiendo, así, un rol de apoyo.

En cuanto a la definición de los objetivos, todes les usuaries (6) le otorgan importancia a que los mismos sean propuestos desde su propia iniciativa y que, de esta forma, puedan plantear las prácticas de Terapia Ocupacional en conjunto con los profesionales. Tal como expresó U4:

Las prácticas (...) tienen que estar planificadas y planeadas siempre con el consentimiento de la persona y siempre sabiendo si es realmente lo que la persona quiere hacer o si la persona quiere probar con otra cosa, creo que también va a estar bien. Yo creo que se tienen que pactar entre ambas partes, sí o sí, de otra forma es como una imposición sobre tu corporalidad.

Por su lado, U3 mencionó como importante que los profesionales se tomen el tiempo para:

Escuchar qué quiere la persona que tenes al frente, esa supremacía profesional-paciente, me parece que ya pasó de moda, que el poder consensuar los objetivos terapéuticos sobre la base de las necesidades que llevamos nosotros o nosotras, es también una forma de cuestionar al capacitismo.

Los relatos de les usuaries permiten identificar la importancia de construir prácticas basadas en las necesidades de las personas. Además, desde el rol profesional, promover y acompañar el proceso emancipatorio de les usuaries.

Con respecto al tercer subeje, todes les usuaries (6) valoran que haya horizontalidad en el vínculo. U3 dio cuenta de esto ya que expresó que “todo tiene que salir de nosotros o nosotras, pero creo que el esquema ideal es que se pueda hacer en conjunto”. También destacó que a partir de una conversación se puede llegar a un acuerdo entre ambas partes.

U4 planteó que es importante que los profesionales vean a les usuaries como personas en lugar de cuerpos a arreglar, además de no imponerse sobre ellos desde un lugar de jerarquía profesional. En este orden de ideas, U5 aportó que no debe haber un

sentido vertical de los profesionales hacia los usuarios, dado que son estos últimos quienes brindan el conocimiento sobre sus propios cuerpos. Así mismo, U5 desarrolló algunas de las cuestiones que conlleva formar un vínculo horizontal entre el usuario y el terapeuta:

La horizontalidad permite la circulación de conocimiento. Me parece que desde ese lado podemos construir vínculos más sanos. Habilitar el deseo como habilitar la horizontalidad para habilitar la escucha, para que el usuario tenga la posibilidad de decir lo que quiere trabajar y no lo que tiene que trabajar.

## Conclusiones

La pregunta central de investigación que guió este trabajo final integrador fue: “¿Cuáles son los aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de las Terapias Ocupacionales desde las perspectivas de terapeutas ocupacionales y usuaries en Argentina durante el año 2021?” la cual surgió de cuestionarnos lo siguiente: “¿De qué manera se puede articular la filosofía que promueve el Modelo de la Diversidad con las prácticas de las Terapias Ocupacionales?”; “¿Cómo son las prácticas de les terapeutas ocupacionales que se inspiran en la filosofía del Modelo de la Diversidad en Argentina?” y; “¿Qué valoran les usuaries que militan el Modelo de la Diversidad de las prácticas de las Terapias Ocupacionales inspiradas en este modelo en Argentina?”.

Para poder responder estos interrogantes se plantearon dos objetivos generales, uno para les terapuetas ocupacionales de Argentina que inspiran sus prácticas en el Modelo de la Diversidad, y otro para les usuaries de Terapia Ocupacional que conozcan el Modelo de la Diversidad, con los respectivos objetivos específicos para cada uno. A su vez, se tuvieron en cuenta los supuestos planteados los cuales orientaron nuestra investigación a través de las entrevistas narrativas.

Al introducirnos en esta temática, nos encontramos con que, si bien en Argentina el colectivo de personas con diversidad funcional lleva adelante luchas por el reconocimiento y acceso a los derechos, existe escasa producción teórica nacional en relación al Modelo de la Diversidad. Podría decirse que Silvina Peirano es una referente de la temática en el país, quien desarrolla producción de conocimiento, difunde información y brinda capacitaciones a profesionales del área de la salud y la educación, así como a la población en general.

En consecuencia, ante la búsqueda de bibliografía referente al Modelo de la Diversidad dentro del área de la Terapia Ocupacional, no logramos hallar producciones locales, lo cual nos llevó a profundizar el rastreo del arte tanto en otros países latinoamericanos como en España, de manera de poder construir el marco teórico.

Sin embargo, es preciso aclarar, que al tratarse de una investigación cualitativa, tal como refiere Sampieri (2017), el proceso resultó ser más bien circular, abierto y flexible, en el que, por momentos, fue necesario regresar a etapas previas. Así es que, aunque haya habido una revisión inicial de la literatura, el marco teórico fue construido durante el desarrollo de todo el trabajo, lo cual permitió apoyar desde el planteamiento del problema hasta la elaboración de los resultados.

Una vez analizados los resultados obtenidos a partir de las entrevistas semiestructuradas a terapeutas ocupacionales y usuaries, nos pareció necesario realizar una

articulación entre ambas perspectivas.

Retomando los resultados obtenidos, podemos afirmar que en la idea de ser humano como sujeto colectivo y comunitario desde los aportes del Modelo de la Diversidad, se puede incorporar el término *interdependencia* en las prácticas de Terapia Ocupacional para enriquecer a esta idea, ya que invita a dejar de valorar a las personas en relación a sus capacidades, permitiendo cuestionar la norma sobre los cuerpos y su funcionalidad, y reconocer que todas las personas necesitamos de apoyos para desempeñar las diferentes actividades de la vida cotidiana. De esta manera, se rompe con el estigma de la dependencia que se relaciona con la construcción social de la discapacidad.

Pero ¿cómo se puede reflejar esta idea de ser humano en las prácticas de Terapia Ocupacional que tienen lugar en dispositivos de abordaje individual?. En este punto, queda en evidencia que es de suma importancia que, desde el rol profesional, se fomente la participación en espacios grupales y comunitarios a través de los cuales es posible la construcción de una identidad colectiva, alentando la exploración de intereses y facilitando los apoyos necesarios para la efectiva participación.

Además, observamos que el Modelo de la Diversidad aporta a la idea de ser humano como sujeto de derechos dentro de las prácticas de Terapia Ocupacional un acercamiento al concepto de *dignidad*. El Modelo sugiere que para alcanzar la *dignidad*, las personas con diversidad funcional tienen el derecho de participar de toda actividad relacionada a la toma de decisiones sobre sus vidas, como cualquier persona.

La propuesta de actuación para materializar ésta idea durante las prácticas profesionales se basa en la búsqueda, desde una militancia activa, tanto por parte de los profesionales como de los usuarios del servicio, de que la sociedad incorpore dicha idea de ser humano. El reconocimiento de los deseos y las necesidades de las personas con diversidad funcional es el principal paso para abonar a esta construcción social.

De la misma manera, en la idea de ser humano como sujeto actuante y productor de su sociedad, el cambio de terminología propuesto por el Modelo de la Diversidad aporta a la Terapia Ocupacional porque invita a repensar la visión que se tiene de las personas con diversidad funcional. Es destacable el reconocimiento de dichas personas como ciudadanos que tienen algo valioso para aportar a la sociedad, lo cual permite correr el eje de la falta de capacidad o de la discapacidad, que tiene una connotación pasiva y negativa. Para que los usuarios del servicio sean considerados sujetos activos, es de vital importancia que los terapeutas ocupacionales sean facilitadores de información.

Otro punto que consideramos importante resaltar sobre los aportes del Modelo de la Diversidad es que fue ideado, creado e impulsado por las propias personas con diversidad funcional. Esto refuerza lo que quieren transmitir, una idea de sujeto actuante que busca generar cambios.

Por otro lado, desde un foco de intervención en la sociedad, el Modelo de la Diversidad invita a dejar a un lado la mirada capacitista para valorar la diversidad existente. Es por esto que resulta importante no sólo tener en cuenta los entornos más próximos de los usuarios, tales como sus familias, sus amigos, o sus escuelas, sino también incluir una visión más comunitaria, animando a los usuarios a que participen en otros entornos, siempre en base a sus intereses.

En relación a la participación en la comunidad como foco de intervención, el Modelo brinda aportes relevantes que nos permiten entender que la limitación de la participación comunitaria que vivencian las personas con diversidad funcional se debe a causas fundamentalmente sociales. Por ello, resultan significativos los espacios grupales dentro del servicio de Terapia Ocupacional dado que dentro de ellos se habilita la posibilidad de socializar herramientas que facilitan la participación en la comunidad.

Otra manera de abordar esta cuestión puede ser que los profesionales lleven el espacio de Terapia Ocupacional a contextos reales de interés para los usuarios, construyendo herramientas y estrategias en conjunto que faciliten la participación en la comunidad. Cabe destacar la importancia de que los usuarios cuenten con información sobre cuáles son las opciones disponibles y los apoyos a los que pueden acceder, de manera que tengan la posibilidad de elegir en qué actividades desean participar activamente.

Resaltando la constante interrelación que aporta el Modelo en cuanto a una perspectiva de Derechos Humanos en todas las esferas de la vida cotidiana, el foco de intervención basado en los derechos debe estar ligado al empoderamiento de los usuarios del servicio de Terapia Ocupacional. Brindar información durante las prácticas de Terapia Ocupacional permite que los usuarios puedan reconocer e identificar cuáles son sus derechos y cuándo están siendo vulnerados. Los reclamos por parte de los usuarios buscan poner en evidencia la falta de accesibilidad a una vida digna y a la plena participación. Por ello, no se puede pensar una intervención en un espacio terapéutico alejada de estas problemáticas.

En cuanto al rol de los terapeutas ocupacionales como articulador social y promotor de cambio, teniendo en cuenta que el Modelo sostiene que las personas con diversidad funcional tienen que tomar las riendas de su propia vida, pudimos identificar que una mirada enriquecedora que se desprende de dicha idea es pensar a los profesionales de Terapia

Ocupacional como *aliades* de la lucha que lleva adelante este colectivo. En este caso, se comprende al aliade como alguien que es parte de la lucha del cambio social, pero no lo protagoniza, sino que entiende que el lugar que le corresponde es un lugar de apoyo, de acompañamiento y de resistencia a un modelo médico y capacitista.

Les profesionales deben asumir este rol brindando información y apoyos a les usuaries para favorecer el acceso a los derechos de las personas con diversidad funcional, así como también, para no continuar reproduciendo una supremacía médico-paciente en el cual el saber y el poder de decisión está depositado exclusivamente en les profesionales de la salud. Además, pueden dirigir su accionar hacia la población y no sólo centrarlo en les usuaries, ya sea brindando talleres y charlas abiertas a la comunidad o difundiendo información por diferentes vías de comunicación. Al orientar de esta manera la labor profesional, se buscará promover cambios sociales a través de la sensibilización de la población en general, visibilizando y concientizando sobre las problemáticas que afrontan las personas con diversidad funcional.

Así es que la deconstrucción del rol profesional -un rol dentro del modelo biomédico- es un ejercicio continuo que resulta necesario y el cual forma parte de ser aliade dado que correrse de algunos espacios se puede habilitar la co-construcción democrática dentro del espacio terapéutico.

Desde el rol de les terapeutas ocupacionales, vinculado a la definición de los objetivos por parte de les usuaries, se puede decir que el lema *nada sobre nosotres sin nosotres* del Modelo de la Diversidad aporta a esta temática. Esta idea transmite que les usuaries del servicio deben ser les protagonistas durante las prácticas de salud, lo cual implica el desafío de revisar y repensar el rol profesional. Consideramos que para llevar a cabo esta propuesta es pertinente la escucha activa, así como también, sugerir en vez de imponer. Esto permite potenciar el proceso de definición de objetivos y se garantiza el respeto hacia las corporalidades sin que haya decisiones unilaterales sobre las mismas

Finalizando con las cuestiones relacionadas al rol de les terapeutas ocupacionales, el Modelo de la Diversidad invita a alejar las prácticas profesionales del modelo médico hegemónico y a establecer un vínculo horizontal entre profesionales y usuaries. Esto habilita a que se genere un consenso sobre las decisiones del tratamiento entre todas las partes implicadas, siendo necesaria la escucha activa por parte de les profesionales en el espacio de Terapia Ocupacional. En este punto es imprescindible que les usuaries sean consideradas sujetos activos y con deseos dentro del servicio y que no sean vistas como pacientes o cuerpos que deben ser arreglados.

Luego de realizar las entrevistas a los terapeutas ocupacionales, nos surgieron algunos interrogantes acerca de la horizontalidad en el vínculo terapéutico: ¿puede no haber una jerarquía en este vínculo por más que ocupen dos roles diferentes?, ¿todos los vínculos que tienen cierta verticalidad son perjudiciales?, ¿todos los vínculos que tienen horizontalidad favorecen a ambas partes implicadas?. Consideramos que no hay una verdad absoluta frente a estas dudas, pero deseamos compartirlas para continuar repensando los vínculos entre los profesionales y los usuarios.

A raíz de los discursos recuperados de las entrevistas a los usuarios, podemos ver que coincidieron al mencionar la reivindicación de sus derechos, la necesidad del acceso a la información y los procesos emancipatorios que se les adeuda por parte del sistema de salud. Consideramos que esta coincidencia se debe a que los entrevistados tienen cuestiones en común ya que todos militan y participan en movimientos donde pueden construir una postura desde la conciencia social.

Por otro lado, sobre los terapeutas ocupacionales se puede decir que, si bien adhieren a los mismos reclamos, podemos notar en sus relatos que se encuentran con dificultades para llevarlas a cabo en sus prácticas. Inferimos que esto se debe a los diferentes dispositivos de atención en los que trabajan y con las poblaciones que lo hacen. El reconocimiento de los recursos que se pueden emplear en el sector público, a diferencia que en el privado, es de suma importancia para la construcción de los espacios terapéuticos.

Luego de haber transitado los procesos que implicó la realización de este Trabajo Final Integrador y finalizando nuestra formación académica, nos resulta llamativo que, durante este camino, no haya estado muy difundida la información sobre el Modelo de la Diversidad. Sin embargo, dicho modelo viene surgiendo con potencia en la actualidad y nosotras logramos conocer y adentrarnos en este nuevo paradigma a partir de involucrarnos en diversos ámbitos fuera de la institución académica.

Al acompañar estos cambios sociales, nos pareció relevante poder reflejarlo y visibilizarlo en el presente trabajo, que implica tanto la práctica de Terapia Ocupacional como la teoría en Argentina. Esto también amplió nuestra formación ya que nos convocó a recabar información de producción nacional, principalmente, y también latinoamericana. Además de invitarnos a conocer distintas experiencias y relatos por parte de terapeutas ocupacionales y usuarios.

Al momento de acercarnos a los temas centrales que elegimos, dentro de las narrativas de los entrevistados no se presentaron grandes dificultades dado que todas las experiencias daban cuenta de la “Idea de Ser Humano”, del “Rol Profesional” y del “Foco de Intervención”,

facilitándonos la interpretación. Esto nos hizo repensar sobre lo importante que sería que estas experiencias estén respaldadas con teoría nacional para conseguir mayor alcance en las prácticas de Terapia Ocupacional.

Comprendemos que nuestro Trabajo Final Integrador implica un primer acercamiento de producción de teoría nacional en relación a las prácticas de Terapia Ocupacional inspiradas en el Modelo de la Diversidad. Esperamos que esto sea simplemente el inicio de un camino hacia numerosas producciones teóricas relacionadas a esta temática con perspectiva social.

Cabe destacar que estamos transitando un cambio de paradigma hacia uno social y es un camino largo de recorrer, pero para que la transición sea lo más fructífera posible es importante compartir reflexiones y experiencias que nos motiven a seguir aprehendiendo y reflexionando colectivamente. Es por eso que a quien le interese continuar ahondando en dichas temáticas, se le invita a seguir ampliando y enriqueciendo la producción nacional y de índole social.

La filosofía del Modelo de la Diversidad se puede utilizar en las prácticas de Terapia Ocupacional como una herramienta dentro de la tradición social, sin dejar de tener en cuenta que también existen otras tradiciones con diferentes perspectivas para el abordaje. Que coexistan puede resultar enriquecedor ya que permiten dinamizar los espacios terapéuticos según las necesidades de cada persona, el tipo de dispositivo y el ámbito de actuación.

Entendimos en este recorrido que, más allá del cambio de terminología que propone el Modelo de la Diversidad, lo realmente importante es respetar la identidad con la que cada persona con diversidad funcional se sienta más representada. Les usuarios entrevistados nos han compartido que muchos reivindican términos históricamente peyorativos y los apropian con orgullo, como por ejemplo llamarse *discas*, *lisiades* o *rengues*. Esto despierta incomodidad y cierta reticencia en algunas personas, pero en vez de cuestionar esa terminología, habría que cuestionarse ¿por qué se genera esa incomodidad?. Si sabemos que lo que no se nombra no existe, deberíamos apoyar esas identidades porque se están visibilizando.

En relación a esto último, nos parece pertinente mencionar el llamado a la reflexión que propone Romañach (2012) cuestionando:

Qué tipo de sociedad queremos, una en la que sólo sean bienvenidos los útiles y los capaces, de manera que se incremente nuestra productividad y nuestra riqueza económica, o una sociedad en la que toda la diversidad y fragilidad del ser humano sea aceptada y bienvenida, ocurra cuando ocurra, de manera que se cumpla lo establecido en el sistema de Derechos Humanos (p. 53).

Si bien entendemos que hablar del tipo de sociedad que queremos es una cuestión algo utópica, es importante siempre que se pueda realizar alguna acción, por más pequeña que sea, para aportar a este cambio social. Sobre esto, resulta interesante citar a Galeano (2008), quien reflexiona: “La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar”.

Para concluir, sentimos muy cercanas las palabras de Galheigo en Simó Algado (2012):

La educación en terapia ocupacional debe tener como objetivo formar profesionales críticos y con autonomía intelectual: que ejerzan sus prácticas a partir del compromiso ético-político con las personas y colectivos con el objetivo de la transformación social de sus realidades; que aborden los problemas de forma diversa y no compartimentada; que sean capaces de una verdadera escucha y acogimiento de las necesidades de demandas de las personas y colectivos” (p. 21).

Éstas representan varios de los valores que nos interesan transmitir a las Terapias Ocupacionales, de los cuales se destacan la humildad de seguir formándose y aprendiendo, la responsabilidad de asumir un compromiso social, la empatía de la escucha activa y la solidaridad de promover un cambio colectivo.

### Bibliografía citada

- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 68, pp. 1-48.
- Asociación Argentina de Terapia Ocupacional [AATO]. (2013). *Qué es Terapia Ocupacional* [Mensaje en una página web]. Recuperado de: <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/terapia-ocupacional/>
- Bottinelli, M. (2003). *Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo*. Buenos Aires: Gráfica Hels.
- Bottinelli, M. (2007). *La producción de conocimientos y las publicaciones científicas en la práctica profesional. Reflexiones metodológicas sobre la producción de artículos científicos*. Manuscrito inédito, Departamento de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.
- Botinelli, M., Nabergoi, M., Mattei, M., Zorzoli, F., Díaz, F., Spallato, N., Daneri, S. (2016). Reflexiones sobre los orígenes de la formación en Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Ocupación Humana*, 16 (2), pp. 11-25.
- Bottinelli, M., Nabergoi, M., Albino, A. y Benassi, J. (2016). ¿Por qué pensar epistemología en Terapia Ocupacional?. En A, Simó Algado, F. Guajardo Córdoba, S. Correa Oliver, S. Galhego, y S. García Ruiz, *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 97-112). Chile: USACH.
- Briglia, J. y Sartirana, A. G. (2013). Aspectos contextuales del surgimiento de Terapia Ocupacional en la Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (1), pp. 33-41.
- Carmona Gallego, D. (2020). Autonomía e interdependencia. La ética del cuidado en la discapacidad. *Revista Humanidades*, 10(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4980/498062469003/html/index.html>
- Cella, A. y Polinelli, S. (2017). Conferencia: Historia, encuentros con el otro, espacios de emancipación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3 (1), 35-38.
- Constitución de la Nación Argentina (1994). Boletín oficial de la República Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 23 de agosto de 1994.
- Corrêa Oliver, F. (2016). *Terapia Ocupacional en la comunidad: Desafíos para el acceso a*

los derechos. En A, Simó Algado, F. Guajardo Córdoba, S. Correa Oliver, S. Galhego, y S. García Ruiz, *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (p. 345). Chile: USACH.

De las Heras de Pablo, C. (2015). Significado de la Terapia Ocupacional: implicaciones para la mejor práctica. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 12 (N° 7), pp. 127-145. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/mono/num7/mono7.pdf>

Fernández-Moreno, A. y García-Ruiz, S. (2016). Discapacidad, pensamientos, políticas y procesos comunitarios en América Latina. En Simó Algado, A. Guajardo Córdoba, F. Correa Oliver, S. Galhego y S. García Ruiz, *Terapias Ocupacionales desde el Sur* (p. 159-172). Chile: USACH.

Foro de Vida Independiente [FVI]. (s/f). *El modelo de la diversidad* [Mensaje en un blog]. Recuperado de: [http://forovidaindependiente.org/el\\_modelo\\_de\\_la\\_diversidad/](http://forovidaindependiente.org/el_modelo_de_la_diversidad/)

Galeano, E. (2008) *Las palabras andantes*. Argentina: Siglo XXI.

Galhego, S. (2012). Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 9 (N° 5), pp. 176-187. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>

Galhego S. y Simó Algado S. (2012). Maestras de la terapia ocupacional. Sandra Galhego: la poderosa emergencia de la terapia ocupacional social. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 9 (N° 15), pp. 1-41. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/maestros.pdf>

Gomes, R. (2012). Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativa. En *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. (2ª ed.). Buenos Aires: Lugar.

Grupo de trabajo en Buenas Prácticas Clínicas (marzo, 2005). Buenas prácticas clínicas: Documento de las Américas. Trabajo presentado en la IV Conferencia Panamericana para la armonización de la Reglamentación Farmacéutica. República Dominicana. Recuperado de: <https://docplayer.es/27361-Buenas-practicas-clinicas-documento-de-las-americas.html>

Guajardo, A. y Simó Algado, S. (2010). Una terapia ocupacional basada en derechos humanos. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 7 (12), pp. 1-25. Recuperado de:

<http://www.revistatog.com/num12/pdfs/maestros.pdf>

- Guajardo Córdoba, A. (2016a). Construcción de identidades, epistemes y prácticas en Terapia Ocupacional en América Latina. En A, Simó Algado, F. Guajardo Córdoba, S. Correa Oliver, S. Galhego, y S. García Ruiz, *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 41-62). Chile: USACH.
- Guajardo, A. (2016b). Lecturas y relatos históricos de la Terapia Ocupacional en Suramérica. Una perspectiva de reflexión crítica. *Revista Ocupación Humana*, 16 (2), pp. 110-117.
- Gutiérrez Monclús, P. (2015). *Terapia Ocupacional. Una disciplina para la autonomía. Prácticas y discursos de Gubernamentalidad y subjetivación en torno a una ciencia emergente*. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2015). *Guía para el uso de un lenguaje no sexista e igualitario*. Buenos Aires: Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Recuperado de:  
[https://www4.hcdn.gob.ar/genero/pdf/Guia para el%20uso de lenguaje no sexist a e igualitario en la HCDN.pdf](https://www4.hcdn.gob.ar/genero/pdf/Guia%20para%20el%20uso%20de%20lenguaje%20no%20sexista%20e%20igualitario%20en%20la%20HCDN.pdf)
- Huarte Cuéllar, R. (2012). El concepto de “tradición” en la filosofía de las ciencias sociales y humanas Noésis. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 21(42), pp. 19-39. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/859/85924629002.pdf>
- Iwama, M. (2016). Prólogo. En A, Simó Algado, F. Guajardo Córdoba, S. Correa Oliver, S. Galhego, y S. García Ruiz, *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 31-32). Chile: USACH.
- Kielhofner, G. (2006). El desarrollo del conocimiento de la Terapia Ocupacional. En *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional* (3ª ed). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Medeiros, M. H. (1999). *La terapia ocupacional en relación con la producción de conocimiento*. Texto basado en la conferencia pronunciada en el V Congreso Argentino y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional, La Rioja, Argentina, septiembre de 1999. Traducción María Rita Martínez Antón. Ficha de cátedra de la materia Teoría y Técnica de la TO I, Carrera de Terapia Ocupacional, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires.
- Medeiros, M. H. (2008). *Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social*. Santa

Fe: Universidad Nacional del Litoral.

Ministerio de Salud (2011). Guía para Investigaciones en Salud Humana: Régimen de Buena Práctica Clínica para Estudios de Farmacología Clínica. Argentina: Presidencia de la Nación. Recuperado de:

[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001274cnt-guia\\_investigaciones\\_salud\\_humana.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001274cnt-guia_investigaciones_salud_humana.pdf)

Morrison, R. (2006). El poder de la palabra. Concepto de usuario en Terapia Ocupacional. *Revista estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile*, 1.

Moruno Miralles, P. (2003). Introducción al proceso clínico de Terapia Ocupacional. En D. M. Romero Ayuso y P. Moruno Miralles, *Terapia ocupacional: teoría y técnicas* (pp. 189-201). España: Masson.

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. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(2), pp. 12-24.

Navarrete Salas, E., Cantero Garlito, P., Guajardo Córdoba, A., Sepúlveda Prado, R. y Moruno Miralles, P. (2015). *Terapia ocupacional y exclusión social. Hacia una praxis basada en los derechos humanos* (1ed). Chile: Segismundo Spa.

Padua, J. (1994). *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. Manuscrito inédito, FCE, Chile.

Paganizzi, L. (2015). T.O en Comunidad - Comunidad en T.O. IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional (pp. 36-47). Colegio de Terapistas Ocupacionales de Entre Ríos. Paraná. Entre Ríos: COTOER.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. España: CERMI. Recuperado de:

<https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>

Palacios, A. y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España: Diversitas Ediciones.

- Peirano, S. (Sin fecha). *Conceptos fundamentales: Autonomía física y la autonomía moral*. Argentina. Extraído de Curso Virtual Breve "Sexuales por hecho y por derecho"
- Perez, M. y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *REDIS*, 7 (1), pp. 7-27. Recuperado de: <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/429/339>
- Polonio, B. (2004). *Terapia ocupacional en discapacitados físicos. Teoría y práctica (1ª ed.)*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ramugondo E.L. (2012). Intergenerational shifts and continuities in children's play within a rural Venda family in the early 20th and 21st centuries. PhD thesis, University of Cape Town.
- Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad [REDI]. (2011). Tercera Parte. En *el derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento para la participación social*. Argentina: REDI. Recuperado de <http://www.redi.org.ar/Documentos/Publicaciones/El-derecho-a-la-autonomia-de-las-personas-con-discapacidad-como-instrumento.pdf>
- Resolución CS N° 167.18 (2018). Consejo Superior de la Universidad Nacional de San Martín. Buenos Aires, Argentina. s/d, s/d, 2018.
- Rodriguez-Picavea Matilla A. (2010). Vida Independiente: dignidad y derechos de la diversidad funcional. *Revista Terapia Ocupacional de Galicia*, 7 (6), pp 78-101. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/suple/num6/picavea.pdf>
- Romañach, J. (2009). *Bioética al otro lado del espejo: la visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los derechos humanos*. España: Diversitas.
- Rossi, L., Nabergoi, M., Ortega, M. S., Venturini, Y. D., Medina, L. N., Albino, A. F., Itovich, F., Lopez, M. L. y Pessa, J. (2019) Mapa de Tradiciones de Terapia Ocupacional con ejes teórico-epistémicos-prácticos. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(2), pp. 25-27.
- Rubio, J. y Varas, J. (1999). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Ed. CCS.
- Palacios Tolvett, M. y Pino Moran, J. (2016). Reconstrucción del sentido de comunidad y ocupaciones colectivas: Experiencia de transformación de prácticas de salud

primaria rural. En S, Simó Algado, F. Guajardo Córdoba, S. Correa Oliver, S. Galhego, y S. García Ruiz, *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 225-244). Chile: USACH.

Sabino, C. (1992). *El proceso de la investigación*. Caracas: Panamá.

Salazar, L. (2006). *La intervención interpelada*. En Cazzaniga, Susana (Coord.) *Intervención profesional: legitimidades en debate*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Samaja, J. (1999). *Epistemología y metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica* (6ª ed.). Buenos Aires: Eudeba.

Sampieri, R. (2017). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). España: McGraw-Hill.

Sanz Victoria, S. (2016). Pasos hacia una Terapia Ocupacional de base comunitaria. Una aproximación conceptual al enfoque comunitario en la disciplina. En S, Simó Algado, F. Guajardo Córdoba, S. Correa Oliver, S. Galhego, y S. García Ruiz, *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 225-244). Chile: USACH.

Sbriller, L. (1997). *Introducción a la Terapia Ocupacional Marcos conceptuales* (1ra ed.). Buenos Aires: Sudamericana.

Simó Algado S., Guajardo Córdoba, A., Correa Oliver, F., Galheigo S. M. y García Ruiz, S. (2016) Prólogo a posteriori. En S, Simó Algado, F. Guajardo Córdoba, S. Correa Oliver, S. Galhego, y S. García Ruiz, *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 225-244). Chile: USACH.

Trujillo, A., Sanabria Camacho, L., Carrizosa Ferrer L, Parra Esquivel, E., Rubio Vizcaya, S. (2011). *Comprensión de la Ocupación Humana. Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia

Victoria Maldonado, J. (2013). El Modelo Social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 46 (138), pp. 1093-1109. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n138/v46n138a8.pdf>

World Federation of Occupational Therapists (2010). *Declaración de posicionamiento: La Terapia Ocupacional Centrada en el Usuario*. Recuperado de:

<https://www.apeto.com/wfot.html>

### **Bibliografía consultada**

Biblioteca Central UNSAM (2016). *Guía para el armado de citas, referencias bibliográficas y bibliografías. Basado en: manual APA tercera edición traducida de la sexta edición en inglés.* Manuscrito inédito, UNSAM, Buenos Aires. Recuperado de: <https://es.calameo.com/read/0048847466271d44eb426>

Minoldo, S. y Balián J. (2018). La lengua degenerada en El Gato y La Caja. Recuperado de: <https://elgatoylacaja.com/la-lengua-degenerada/>

Ynoub, R. (2009). *El diseño de la investigación: una cuestión de estrategia.* Material de cátedra, UBA/UNMdP, Buenos Aires.

## Anexos

### Anexo A

#### Consentimiento informado para personas mayores de edad

##### Información para la persona participante:

Título del trabajo final integrador: “Aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de las Terapias Ocupacionales. Análisis desde las perspectivas de terapeutas ocupacionales y usuaries en Argentina durante el año 2021”.

Este trabajo es realizado por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín: Tamara Chaparro, Victoria Jablonski, Nicole Kopp Castagna y Vanina Pérez Benítez.

El objetivo del trabajo final integrador es Describir los aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de la disciplina que se inspiran en este modelo en Argentina durante el año 2021 según las perspectivas de terapeutas ocupacionales y personas con diversidad funcional.

Si decidieras participar, se llevará a cabo una entrevista semiestructurada, individual. La participación en la misma es totalmente voluntaria por lo que puede terminarse en cualquier momento, en tanto le entrevistade así lo indique.

De acuerdo a la medida de aislamiento social, preventivo y obligatorio por el Covid-19, la entrevista se realizará por videoconferencia en una plataforma virtual acordada entre le entrevistade y las entrevistadoras, Tamara Chaparro, Victoria Jablonski, Nicole Kopp Castagna y Vanina Pérez Benítez. Cada una de las entrevistas se llevará a cabo por dos de las estudiantes que realizan dicho trabajo final integrador, de manera aleatoria.

Toda la información que se obtenga será confidencial de acuerdo a lo que establece la Ley N° 25.326 de Protección de datos personales (Ley de Habeas Data). Es decir, se preservará la identidad de les entrevistades lo que significa que los datos personales no serán divulgados públicamente y serán utilizados únicamente por el equipo, en el contexto de este trabajo final integrador y con el fin de obtener información sobre el objetivo descrito previamente.

La administración de las pruebas y cuestionarios, no implica riesgo directo para la salud de las personas participantes.

Si bien no se espera que les entrevistades obtengan un beneficio directo de la participación

en dicha entrevista, los datos obtenidos de la misma podrán ser de utilidad para ampliar sobre los aportes del Modelo de la Diversidad en Terapia Ocupacional.

Manifestación del consentimiento para la realización de la entrevista:

Fui invitado a participar del trabajo final integrador “Aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de las Terapias Ocupacionales. Análisis desde las perspectivas de terapeutas ocupacionales y usuaries en Argentina durante el año 2021”.

Me informaron que me realizarán una entrevista, cuál es el objetivo de los datos que se obtengan de la misma y los beneficios de divulgar los resultados para el conocimiento de Terapia Ocupacional.

Declaro haber comprendido en qué consiste la entrevista y haber tenido la oportunidad de formular toda clase de preguntas en relación a los procedimientos.

Por ello, consiento voluntariamente a participar de este trabajo final integrador conociendo mis derechos con respecto al mismo.

Nombre y apellido:

DNI:

Fecha:

Firma:

## Anexo B

### Consentimiento informado para personas menores de edad

#### Información para la persona participante

Título del trabajo final integrador: “Aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de las Terapias Ocupacionales. Análisis desde las perspectivas de terapeutas ocupacionales y usuaries en Argentina durante el año 2021”.

Este trabajo es realizado por estudiantes de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín: Tamara Chaparro, Victoria Jablonski, Nicole Kopp Castagna y Vanina Pérez Benítez.

El objetivo del trabajo final integrador es describir los aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de la disciplina que se inspiran en este modelo en Argentina durante el año 2021 según las perspectivas de terapeutas ocupacionales y usuaries.

Si decidieras participar, se llevará a cabo una entrevista semiestructurada, individual. La participación en la misma es totalmente voluntaria por lo que puede terminarse en cualquier momento, en tanto le entrevistade así lo indique.

De acuerdo a la medida de aislamiento social, preventivo y obligatorio por el Covid-19, la entrevista se realizará por videoconferencia en una plataforma virtual acordada entre le entrevistade y las entrevistadoras, Tamara Chaparro, Victoria Jablonski, Nicole Kopp Castagna y Vanina Pérez Benítez. Cada una de las entrevistas se llevará a cabo por dos de las estudiantes que realizan dicho trabajo final integrador, de manera aleatoria.

Toda la información que se obtenga será confidencial de acuerdo a lo que establece la Ley N° 25.326 de Protección de datos personales (Ley de Habeas Data). Es decir, se preservará la identidad de les entrevistades lo que significa que los datos personales no serán divulgados públicamente y serán utilizados únicamente por el equipo, en el contexto de este trabajo final integrador y con el fin de obtener información sobre el objetivo descriptivo previamente.

La administración de las pruebas y cuestionarios, no implica riesgo directo para la salud de las personas participantes.

Si bien no se espera que les entrevistades obtengan un beneficio directo de la participación en dicha entrevista, los datos obtenidos de la misma podrán ser de utilidad para ampliar sobre los aportes del Modelo de la Diversidad en Terapia Ocupacional.

Manifestación del consentimiento para la realización de la entrevista

Fui invitado a participar del trabajo final integrador “Aportes del Modelo de la Diversidad a las prácticas de las Terapias Ocupacionales. Análisis desde las perspectivas de terapeutas ocupacionales y usuaries en Argentina durante el año 2021”.

Me informaron que me realizarán una entrevista, cuál es el objetivo de los datos que se obtengan de la misma y los beneficios de divulgar los resultados para el conocimiento de Terapia Ocupacional.

Declaro haber comprendido en qué consiste la entrevista y haber tenido la oportunidad de formular toda clase de preguntas en relación a los procedimientos.

Por ello, consiento voluntariamente a participar de este trabajo final integrador conociendo mis derechos con respecto al mismo.

Persona que expresa su asentimiento

Nombre y apellido:

DNI:

Fecha:

Firma:

Madre/padre o tutor que presta su consentimiento

Nombre y apellido:

DNI:

Fecha:

Firma:

## Anexo C

### Modelo de instrumento instrumento N° 1

#### Entrevista a Terapeutas Ocupacionales

1. ¿Cuántos años tenés?
2. ¿Con qué género te autopercebís?
3. ¿Dónde vivís?
4. ¿En qué universidad cursaste la carrera de Terapia Ocupacional?
5. ¿Cuándo finalizaste tus estudios de Terapia Ocupacional?
6. ¿En qué tipo de dispositivo/s trabajaste en este año como terapeuta ocupacional? ¿De gestión pública o privada? ¿Y con qué tipo de población?
7. En relación al Modelo de la Diversidad, ¿cómo lo conociste?
8. ¿Cuándo realizaste el curso de “Sexualidad y Diversidad funcional” de Peirano?
9. ¿Cuáles fueron tus motivaciones para interiorizarte en el Modelo de la Diversidad?
10. El término *interdependencia* plantea que todas las personas dependemos de otras personas constantemente, ¿cómo se expresa esto en tus prácticas teniendo en cuenta que tradicionalmente es una disciplina que busca la *independencia* de las personas?
11. El Modelo de la Diversidad hace hincapié en los derechos humanos, a partir de introducirte en este modelo ¿Cómo se ve reflejada esta perspectiva, en cuanto a la manera de concebir a la persona durante tus prácticas? Es decir ¿cómo se construye tu idea de sujeto?
12. La propuesta de cambiar el concepto de *persona con discapacidad* a *persona con diversidad funcional*, entiende que somos parte de una sociedad diversa y que todas las personas tenemos algo para aportar a la sociedad. ¿En qué sentido este cambio de terminología aporta a tus prácticas?

13. A partir de la filosofía que propone este Modelo, ¿en qué o en quiénes se centran tus prácticas?
14. ¿Cuál es tu opinión acerca de trabajar con las redes de apoyo de les usuaries durante las prácticas de Terapia Ocupacional? ¿Y sobre crear nuevas redes?
15. El Modelo promueve la idea de que los aportes que realizan las personas con diversidad funcional a la sociedad, están directamente relacionados con la plena participación y la aceptación de la diversidad en la comunidad donde viven ¿Cómo influye esta idea en tus prácticas?
  15. b. ¿De qué manera promoves la participación en la comunidad de les usuaries?
16. ¿De qué manera creés que el Modelo de la Diversidad amplió tu perspectiva de derechos humanos en las prácticas de Terapia Ocupacional?
17. ¿Identificas situaciones de vulnerabilidad o discriminación en les usuaries?
  17. b. \*En caso que así sea, ¿creés que el MD te brinda herramientas para abordar estas situaciones durante tus prácticas?
18. El Modelo de la Diversidad plantea el lema: “nada sobre nosotres sin nosotres”, dando cuenta que debe ser la persona quien toma las decisiones en su propia vida y en los tratamientos que lleva a cabo. ¿Cómo crees que se refleja esta idea en el vínculo con les usuaries durante tus prácticas?
19. \*Para repreguntar si es necesario: ¿Hay jerarquías en el vínculo terapéutico?
20. Al acercarte a este Modelo, ¿cómo influye en tu compromiso social como profesional? ¿Qué buscas transmitir de la filosofía de este modelo en les usuaries?
21. ¿Quién define los objetivos a trabajar durante tus prácticas? ¿De qué manera crees que el Modelo aporta a esta dinámica?
22. ¿Conoces otras terapeutas ocupacionales que inspiren sus prácticas en el Modelo de la Diversidad y que hayan realizado el curso con Silvina Peirano?
23. ¿Recomendarías este Modelo a les demás profesionales de Terapia Ocupacional? ¿Qué les dirías?



## Anexo D

### Modelo de instrumento N° 2

#### Entrevista a usuaries

1. ¿Cuántos años tenés?
2. ¿Con qué género te autopercibís?
3. ¿Dónde vivís?
4. ¿Cómo conociste el Modelo de la Diversidad?
5. ¿Qué te interpela de este Modelo y del Movimiento de Vida Independiente?
6. El término interdependencia plantea que todas las personas dependemos de otras personas constantemente, ¿cómo pensás que puede este término aportar a la Terapia Ocupacional teniendo en cuenta que tradicionalmente es una disciplina que busca la independencia de las personas?
7. El Modelo de la Diversidad hace hincapié en los Derechos Humanos, ¿cuáles considerás que serían los aportes de esta mirada sobre le usuarie como sujeto de derechos?
8. La propuesta de cambiar el concepto de *persona con discapacidad* a *persona con diversidad funcional*, entiende que somos parte de una sociedad diversa y que todas las personas tenemos algo para aportar a la sociedad, ¿de qué manera creés que la Terapia Ocupacional podría nutrirse de esta propuesta?
9. La filosofía del modelo promueve la importancia en la diversidad dentro de la sociedad dejando de lado el capacitismo, ¿Cómo puede enriquecerse la Terapia Ocupacional si las prácticas no sólo se encuentran centradas en las personas y su diversidad funcional sino que también esten focalizadas en la sociedad?
10. El Modelo de la Diversidad promueve la idea de que los aportes que realizan las personas con diversidad funcional a la sociedad, están directamente relacionados con la plena participación y la aceptación de la diversidad en la comunidad donde

viven, ¿qué importancia le otorgás a que una terapeuta ocupacional tenga en cuenta los entornos grupales y comunitarios de la usuaria? ¿crees que debería promover la participación en la comunidad? ¿Cómo?

11. ¿De qué modo creés que el Modelo de la Diversidad puede aportar perspectiva de derechos humanos en las prácticas de Terapia Ocupacional?

12. ¿Por qué debería abordarse en el espacio de Terapia Ocupacional situaciones de vulneración de derechos de la usuaria?

13. Pensando en una terapeuta ocupacional que se inspire en el Modelo de la Diversidad y tenga en cuenta el lema: “nada sobre nosotros sin nosotros”: ¿Cómo crees que sería el vínculo terapéutico con ella?

\*Para repreguntar si es necesario: ¿Habría jerarquías en el vínculo terapéutico?

14. Siguiendo en la línea de una terapeuta ocupacional que se inspire en el Modelo de la Diversidad, ¿cómo esperarías que acompañe los movimientos por los derechos de las personas con discapacidad o diversidad funcional desde su rol profesional? ¿Esperarías que promueva el cambio social ya sea brindando información, habilitando espacios de intercambio o con alguna acción más concreta?

15. Entendemos que una terapeuta ocupacional que utiliza el Modelo en su práctica, plantea de manera más amplia los abordajes de su plan de tratamiento ¿Cómo crees que sería el proceso de definición de los objetivos a trabajar con una terapeuta ocupacional que se inspira en el Modelo de la Diversidad?

\*Para repreguntar si es necesario: ¿los definiría la usuaria, la terapeuta ocupacional o en conjunto?

16. Y por último, ¿Por qué considerarías que es importante que haya terapeutas ocupacionales que incluyan ideas del Modelo en sus prácticas?

## Anexo F

**Matriz de datos 1: Terapeutas ocupacionales**

VARIABLES/ EJES DE ANÁLISIS	ESCALA DE VALORES/ CATEGORÍAS	SUBVARIABLES/ SUBEJES DE ANÁLISIS <sup>3</sup>	INDICADORES
<b>VARIABLES SUFICIENTES</b>			
Edad	23-27		¿Cuántos años tenés?
	28-32		
	33-37		
	38-42		
Género autopercebido	Mujer cis		¿Con qué género te autopercebís?
	Varón cis		
	Mujer trans		
	Varón trans		
	No binarie		
	Otro		
Lugar de residencia	Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires		¿Dónde vivís?
	NOA		
	NEA		
	Centro		
	Cuyo		
	Patagonia		
Casa de estudios	UBA		¿Dónde cursaste la carrera de Terapia Ocupacional?
	UNSaM		
	UNQui		

<sup>3</sup> A las subvariables y los subejos de análisis le corresponden escala de subvalores y subcategorías, respectivamente, con respuestas SÍ – NO

	UNMdP		
	Otra		
Año de recibida	2006-2010		¿Cuándo finalizaste tus estudios de Terapia Ocupacional?
	2011-2015		
	2016-2020		
Tipo/s de dispositivo/s de trabajo		Atención domiciliaria	¿En qué tipo de dispositivo/s trabajaste en este año como terapeuta ocupacional?
		Consultorio	
		Hospital	
		Instituto de rehabilitación	
		Centro de Atención Primaria de la Salud	
Gestión del/los dispositivo/s de trabajo	Público		¿De gestión pública o privada?
	Privado		
	Ambas		
Población con la que trabaja	Niños		¿Y con qué tipo de población?
	Adolescentes		
	Jóvenes adultes		
	Adultes mayores		
	Ancianos		
Medio de acercamiento al Modelo de la Diversidad	Por otre profesional		En relación al Modelo de la Diversidad, ¿cómo lo conociste?
	Por el lugar de trabajo		
	Por une usuarie		
	Por internet		
	Otro		
Año en que realizó el curso	2011-2015		¿Cuándo realizaste el curso de "Sexualidad y Diversidad

"Sexualidad y Diversidad Funcional"	2016-2020		funcional" de Peirano?
<b>EJES DE ANÁLISIS NECESARIOS</b>			
Idea de ser humano		Sujeto colectivo y comunitario	El término interdependencia plantea que todas las personas dependemos de otras personas constantemente, ¿cómo se expresa esto en tus prácticas teniendo en cuenta que tradicionalmente es una disciplina que busca la independencia de las personas?
		Sujeto de derechos	El Modelo de la Diversidad hace hincapié en los derechos humanos, a partir de introducirte en este modelo ¿Cómo se ve reflejada esta perspectiva, en cuanto a la manera de concebir a la persona durante tus prácticas? ¿Cuál es la idea de sujeto que construí?
		Sujeto actuante y productor de su sociedad	La propuesta de cambiar el concepto de persona con discapacidad a persona con diversidad funcional, entiende que somos parte de una sociedad diversa y que todas las personas tenemos algo para aportar a la sociedad. ¿En qué sentido este cambio de terminología aporta a tus prácticas?
Foco de intervención		La sociedad	A partir de la filosofía que propone este Modelo, ¿en qué o en quiénes se centran tus prácticas? ¿Cuál es tu opinión acerca de trabajar con las redes de apoyo de les usuarios durante las prácticas de Terapia Ocupacional? ¿y sobre crear nuevas redes?
		Participación en la comunidad	El Modelo promueve la idea de que los aportes que realizan las personas con diversidad funcional a la sociedad, están

			directamente relacionados con la plena participación y la aceptación de la diversidad en la sociedad o en la comunidad donde viven. ¿Cómo influye esta idea en tus prácticas? ¿De qué manera promoves la participación en la comunidad de les usuaries?
		Derechos Humanos	¿De qué manera creés que el Modelo de la Diversidad amplió tu perspectiva de derechos humanos en las prácticas de Terapia Ocupacional? ¿Identificas situaciones de vulnerabilidad o discriminación en les usuaries? En caso que así sea, ¿creés que el MD te brindó herramientas para abordar estas situaciones durante tus prácticas?
Rol de le terapeuta ocupacional		Articulador social y promotor de cambio	Tu acercamiento a este Modelo, ¿Cómo influyó en tu compromiso social como profesional? ¿Qué buscas transmitir de la filosofía de este modelo en les usuaries?
		El problema lo define la persona/ comunidad/ colectivo	¿Quién define los objetivos a trabajar durante tus prácticas? ¿De qué manera crees que el Modelo aportó a esta dinámica?
		Vínculo horizontal	El Modelo de la Diversidad plantea el lema: nada sobre nosotres sin nosotres, dando cuenta que debe ser la persona quien toma las decisiones en su propia vida y en los tratamientos que lleva a cabo. ¿Cómo crees que se refleja esta idea en el vínculo con les usuaries durante tus prácticas? ¿Hay jerarquías en el vínculo terapéutico?

## Anexo G

### Matriz de datos 2: Usuarios

VARIABLES/ EJES DE ANÁLISIS	ESCALA DE VALORES/ CATEGORÍAS	SUBVARIABLES/ SUBEJES DE ANÁLISIS <sup>4</sup>	INDICADORES
<b>VARIABLES SUFICIENTES</b>			
Edad	16-26		¿Cuántos años tenés?
	27-37		
	38-48		
	49-59		
Género autopercebido	Mujer cis		¿Con qué género te autopercebís?
	Varón cis		
	Mujer trans		
	Varón trans		
	No binarie		
	Otro		
Lugar de residencia	Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires		¿Dónde vivís?
	NOA		
	NEA		
	Centro		
	Cuyo		
	Patagonia		

<sup>4</sup> A las subvariables y los subejos de análisis le corresponden escala de subvalores y subcategorías, respectivamente, con respuestas SÍ – NO

Medio de acercamiento al Modelo de la Diversidad	Por una profesional		¿Cómo conociste el Modelo de la Diversidad?
	Por la militancia		
	Por una familiar/ amiguo/ conocido		
	Por internet		
	Otro		
Ideas del Modelo de la Diversidad significativas para el usuario		Dignidad	¿Qué te interpela de este Modelo y del Movimiento de Vida Independiente?
		Derechos Humanos	
		Interdependencia	
		Autonomía moral	
		Diversidad	
<b>EJES DE ANÁLISIS NECESARIOS</b>			
Idea de ser humano		Sujeto colectivo y comunitario	El término interdependencia plantea que todas las personas dependemos de otras personas constantemente. ¿Cómo pensás que puede este término aportar a la Terapia Ocupacional teniendo en cuenta que tradicionalmente es una disciplina que busca la independencia de las personas?
		Sujeto de derechos	El Modelo de la Diversidad hace hincapié en los derechos humanos, ¿cuáles considerarías que serían los aportes de esta nueva mirada sobre el usuario como sujeto de derechos?
		Sujeto actuante y productor de su sociedad	La propuesta de cambiar el concepto de persona con discapacidad a persona con diversidad funcional, entiende que somos parte de una sociedad diversa y que todas las personas tenemos algo para aportar a la sociedad, ¿de qué manera creés que la Terapia Ocupacional podría nutrirse de esta propuesta?

Foco de intervención		La sociedad	La filosofía del modelo promueve la importancia en la diversidad dentro de la sociedad dejando de lado el capacitismo, ¿Cómo puede enriquecerse la Terapia Ocupacional si las prácticas no sólo se encuentran centradas en las personas y su diversidad funcional sino que también estén focalizadas en la sociedad?
		Participación en la comunidad	El Modelo de la Diversidad promueve la idea de que los aportes que realizan las personas con diversidad funcional a la sociedad, están directamente relacionados con la plena participación y la aceptación de la diversidad en la sociedad o en la comunidad donde viven, ¿qué importancia le otorgás a que una terapeuta ocupacional tenga en cuenta los entornos grupales y comunitarios de le usuaria? ¿Crees que debería promover la participación en la comunidad? ¿Cómo?
		Derechos Humanos	¿De qué modo creés que el Modelo de la Diversidad puede aportar perspectiva de derechos humanos en las prácticas de Terapia Ocupacional? ¿Por qué debería abordarse en el espacio de Terapia Ocupacional situaciones de vulneración de derechos de le usuaria?

Rol de le terapeuta ocupacional		Articulador social y promotor de cambio	Siguiendo en la línea de una terapeuta ocupacional que se inspire en el Modelo de la Diversidad, ¿cómo esperas que acompañe los movimientos por los derechos de las personas con discapacidad o diversidad funcional desde su rol profesional? ¿Esperas que promueva el cambio social ya sea brindando información, habilitando espacios de intercambio o con alguna acción más concreta?
		El problema lo define la persona/ comunidad/ colectivo	El Modelo de la Diversidad plantea el lema: nada sobre nosotros sin nosotros: ¿Cómo crees que sería el proceso de definición de los problemas a trabajar con un TO que se inspira en el MD? ¿los definiría le usaría o le to o en conjunto?
		Vínculo horizontal	Pensando en una terapeuta ocupacional que se inspire en el Modelo de la Diversidad y tenga en cuenta el lema: nada sobre nosotros sin nosotros: ¿Cómo crees que sería el vínculo terapéutico con él? ¿Habrá jerarquías en el vínculo terapéutico?

## Anexo H

**Tabla de caracterización de la UA1: Cada una de las terapeutas ocupacionales que inspiran sus prácticas en el Modelo de la Diversidad**

			S. G.	S. B.	N. M.	A. L.	J. A.	P. V.	
Unidad de análisis 1: cada una de las terapeutas ocupacionales de Argentina que inspiran sus prácticas en el Modelo de la Diversidad	Edad	23-27		X		X			
		28-32	X					X	
		33-37							
		38-42			X		X		
	Género autopercebido	Mujer cis			X	X	X	X	X
		Varón cis							
		Mujer trans							
		Varón trans							
		No binarie	X						
		Otro							
	Lugar de residencia	Buenos Aires y CABA		X	X	X	X	X	X
		NOA							
		NEA							
		Centro							
		Cuyo							
		Patagonia							
	Casa de estudio	UBA						X	
		UNSaM		X	X		X		X
		UNQUI				X			
		UNMdP							
		Otra							
	Año de recibida	2006-2010				X		X	
		2011-2015							
		2016-2020		X	X		X		X
	Tipo/s de dispositivo/s de trabajo	Atención domiciliaria	SI	X	X				
			No			X	X	X	X
		Consultorio	SI	X	X		X		X
			No			X		X	
		Hospital	SI					X	
			No	X	X	X	X		X
		Instituto de rehabilitación	SI					X	
			No	X	X	X	X		X
	Centro de Atención Primaria de la Salud	SI			X				
		No	X	X		X	X	X	
	Gestión del/los dispositivo/s de trabajo	Público				X		X	
		Privado		X	X		X		X
	Población con la que trabaja	Niños	SI	X	X		X		X
			No			X		X	
		Adolescentes	SI	X					
			No		X	X	X		X
		Jóvenes adultos	SI			X		X	
			No	X	X		X		X
		Adultos mayores y ancianos	SI		X				
			No	X		X	X		X
Medio de acercamiento al Modelo de la Diversidad	En su formación de grado					X		X	
	En un curso o capacitación		X	X	X		X		
	En su práctica profesional								
	A través de internet								
Año en que realizó el curso "Sexualidad y Diversidad Funcional"	2011-2015						X		
	2016-2020		X	X	X	X		X	

## Anexo I

**Tabla de caracterización de la UA2: Cada uno de los usuarios de Terapia Ocupacional que conocen el Modelo de la Diversidad**

			D. S.	J. R. V.	J. R.	I. C.	F. S.	D. T.	
Unidad de análisis 2: cada uno de los usuarios de Terapia Ocupacional de Argentina que conocen el Modelo de la Diversidad	Edad	16-26		X	X				
		27-37				X	X	X	
		38-48							
		49-59	X						
	Género autopercebido	Mujer cis		X	X	X	X	X	
		Varón cis	X						
		Mujer trans							
		Varón trans							
		No binarie							
	Otro								
	Lugar de residencia	Buenos Aires y CABA		X	X	X			
		NOA							
		NEA							
		Centro					X	X	
		Patagonia				X			
	Medio de acercamiento al Modelo de la Diversidad	Por una profesional							
		Por la militancia		X			X		
		Por una familiar/amigo/conoce	X		X	X			
		Por internet						X	
	Ideas del Modelo de la Diversidad significativas para el usuario	Dignidad	Sí						X
			No	X	X	X	X	X	
		Derechos Humanos	Sí			X		X	
			No	X	X		X		X
		Interdependencia	Sí	X					
			No	X	X	X	X	X	X
		Autonomía moral	Sí		X				
			No	X		X	X	X	X
Diversidad	Sí	X			X				
	No		X	X		X	X		