

2018

Fundamentos epistemológicos de las prácticas profesionales en terapia ocupacional talleres de memoria dependientes del programa sociopreventivo del PAMI Mar del Plata : aportes desde una perspectiva crítica

Rodríguez, Cecilia B.

Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/232>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

*FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN TERAPIA
OCUPACIONAL. TALLERES DE MEMORIA
DEPENDIENTES DEL PROGRAMA SOCIO-PREVENTIVO DEL PAMI MAR DEL PLATA.
APORTES DESDE UNA PERSPECTIVA CRÍTICA.*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Lic. en Terapia Ocupacional.

***FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DE LAS PRÁCTICAS
PROFESIONALES
EN TERAPIA OCUPACIONAL.
TALLERES DE MEMORIA DEPENDIENTES DEL PROGRAMA
SOCIOPREVENTIVO
DEL PAMI MAR DEL PLATA.
APORTES DESDE UNA PERSPECTIVA CRÍTICA.***

TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO
EN TERAPIA OCUPACIONAL

Rodriguez Cecilia B.

*Mayo del 2018
Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina*

Directora:

Lic. Cepeda, Agustina

Co- directora:

Lic. Esp. Roumec, Betina

Asesora metodológica:

Lic. Cepeda, Agustina

Autora: Rodríguez, Cecilia.

DNI 29.909.059

ÍNDICE

<u>DIRECCIÓN/CODIRECCIÓN/ASESORÍA METODOLÓGICA/TESISTA.....</u>	2
<u>INDICE.....</u>	3
<u>AGRADECIMIENTOS.....</u>	9
<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	11
<u>CAPÍTULO I: ESTADO DE LA CUESTIÓN.....</u>	14
A - Sobre las formas de producción de conocimiento en Terapia Ocupacional.....	15
B- La Terapia Ocupacional y la Gerontología Argentina durante los últimos 15 (quince) años en Argentina.....	22
<u>MARCO TEÓRICO:</u>	
<u>CAPÍTULO II: DE PRÁCTICAS PROFESIONALES.....</u>	31
<u>DEFINICION.....</u>	32
<u>CAPÍTULO III: SOBRE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y SUS CORRIENTES EPISTEMICAS.....</u>	35
A- Terapia Ocupacional en y de Occidente.....	37
B- Terapia Ocupacional en América Latina y Argentina.....	46
<u>CAPÍTULO IV: SOBRE TERAPIA OCUPACIONAL Y GERONTOLOGÍA:</u>	

UNA PERSPECTIVA CRÍTICA.....53

A- Gerontología: un Campo en Formación.....54

B-Gerontología Crítica.....55

C-Gerontología Crítica y Terapia Ocupacional.....57

**CAPÍTULO V: DEFINICIÓN HISTÓRICA DE LA VEJEZ DESDE LA
SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX; EL ESTADO ARGENTINO Y LAS
PERSONAS MAYORES.....61**

A- Revolución de la Longevidad en la Argentina del Siglo XXI.....62

**B - Formas de construcción social de la vejez; las personas mayores
como sujetos de derecho. Modos de denominación del grupo de
estudio.....64**

C- Estado y Personas Mayores

**1) Políticas públicas, ciudadanía y derechos de las personas
mayores.....71**

**2) Instituciones responsables de las políticas públicas destinadas a las
personas mayores.....73**

**3) Programa Nacional de Promoción y Prevención Socio-comunitaria:
“Prevenir para seguir creciendo” (Res.0585/08), comprendido entre los
años 2008 y el 2017.....75**

CAPÍTULO VI :ASPECTOS METODOLÓGICOS.

1 –Tema.....80

2 –Problema.....80

3 Hipótesis.....80

4 – Objetivo general.....	80
5 – Objetivos Específicos.....	80
6 – Enfoque de estudio.....	80
7 – Diseño o tipo de estudio.....	81
8 – Descripción de la Población de Estudio:	
A – Universo de estudio.....	81
B – Muestra.....	81
C – Procedimiento de la Muestra.....	81
D – Criterio de selección de la Muestra.....	82
9 – Técnicas y fuentes de recolección de datos:	
A) Observación Participante.....	82
B) Entrevista Semi-Estructurada a profesionales Lic. o Terapeutas Ocupacionales que coordinan los Talleres de Memoria Dependientes Del Programa Socio- Preventivo Del Pami Mar Del Plata.....	81
10) Análisis de los Datos:	
A) Análisis Crítico del Discurso.....	83

**CAPITULO VII. ANALISIS DE DATOS: LAS PRACTICAS, LAS
REPRESENTACIONES Y LOS DISCURSOS DURANTE LA OBSERVACION
Y EN EL RELATO DE LAS LIC. O TERAPEUTAS OCUPACIONALES QUE
TRABAJN EN LOS TALLERES DE MEMORIA DEPENDIENTES DEL
PROGRAMA SOCIOPREVENTIVO DEL PAMI.....**

1-Descripción del trabajo de campo.....	86
2-Descripción de los datos.....	87
2.1 Noción de sujeto.	
. 2.1.1 Modos de denominación.....	87
2.1.2 Concepción de sujeto a través de las características de la forma vincular.....	89
-La horizontalidad relacional.....	89
- Lo humano.....	90

-Lo Terapéutico.....	91
-Verticalidad relacional.....	91

2.1.3 Nociones de sujeto desprendidas de las percepciones sobre vejez y envejecimiento y de las opciones metodológicas.

-Sujeto mayor social.....	92
-Individuo mayor.....	94
-Individuo mayor con derechos.....	96

2.2 Teoría (epistemología) y Metodología.

2.2.1

Epistemología.....	97
--------------------	----

2.2.1.1 Perspectivas.

-Perspectiva de Derechos.....	98
-Perspectiva de Género.....	100
-Perspectiva Inclusiva.....	101
-Perspectiva Intergeneracional.....	102
-Perspectiva gerontología comunitaria.....	102
-Perspectiva Biomédica.....	103
-Perspectiva de Gerontología Crítica y crítica a la perspectiva gerontológica tradicional.....	104

2.2.1.2 Enfoques.

-Enfoques de las neurociencias.....	105
- Enfoque de Envejecimiento Activo.....	107
-Enfoque Psicodinamico de Pichón Riviere.....	109
-Enfoque Psicogerontologico.....	109
- Enfoque de salud pública tradicional.....	110

2.3 Metodología.....

	111
--	-----

2.3.1 Dinámica del taller.....	111
--------------------------------	-----

- Dinámica de Taller Flexible.....	112
------------------------------------	-----

-Dinámica de Taller Tradicional.....	115
-Dinámica de Taller Mixto.....	116
2.3.2 Modelos.....	117
-Modelo de ocupación humana.....	117
- Crítica al modelo biomédico.....	118
<u>3-Política y Terapia Ocupacional.....</u>	<u>118</u>
<u>CAPITULO VIII: CONCLUSIONES.....</u>	<u>121</u>
<u>ANEXO.</u>	
1)Guía De Observación.....	126
2) Entrevista Semi-Estructurada a profesionales Lic. o Terapistas Ocupacionales que coordinan los Talleres De Memoria Dependientes Del Programa Socio-Preventivo Del Pami Mar Del Plata.....	143
<u>BIBLIOGRAFIA.....</u>	<u>146</u>

AGRADECIMIENTOS.

*“¿Que es la magia?
Son las cosas que se unen
en un mismo instante...
Eso es el amor.”
Charly.*

Agradezco a la vida, a ese todo espiritual que esta en cada uno de nosotros, que esta en cada cosa en lo que posamos nuestra mirada, que está en cada pensamiento, en cada acción conciente. Gracias por haberme dado la oportunidad de nacer donde nací, en esta familia, en mi familia, los Rodriguez-Chandia.

Gracias familia.

Gracias a mi familia del corazón, a mis amigos/as, a cada uno/a de ellos/ellas, personas increíbles que durante estos años de paso por Universidad Pública me han nutrido, sostenido, acompañado, aconsejado, esperado y abrazado.

Gracias a mis directoras Agustina Cepeda y Betina Roumec, sin ustedes la fabulosa, este sueño y desafío, no se hubiera concretado...

INTRODUCCIÓN

“Las pinturas que quise pintar, las pinté”.

Van Gogh.

La Terapia Ocupacional nace a principios del siglo XX en el contexto teórico y científico del positivismo y en el contexto socio-económico del Sistema Mundo Moderno Colonial. Se propuso como una disciplina capaz de ubicar, discriminar y prevenir las causas que generan la enfermedad.

Su objeto de estudio se estructuró alrededor del hacer situado de un sujeto, que busca la autorrealización así como la pertenencia social. Con lo cual, el actuar de las pioneras de la profesión se focalizó en el campo de la práctica y, posteriormente, construyó un cuerpo de conocimiento. De manera que la profesión se configuró en torno a la polarización entre el saber y el hacer o, también puede decirse, en torno a grandes asimetrías entre la teoría y la práctica.

Durante el transcurso de su desarrollo disciplinar, la Terapia Ocupacional incorporó conocimientos y metodologías de diversas corrientes de pensamiento provenientes, en su mayor parte, de distintas ciencias humanas (psicosociológicas, biológicas y médicas).

Puede suponerse que la herencia de las corrientes epistémicas modernas condicionó a la disciplina, provocando la prevalencia de paradigmas tradicionales sin posicionamientos reflexivos político-éticos (debido a la permanencia del modelo biomédico), así como la ausencia de dispositivos anclados en paradigmas emergentes.

Este escenario complejo atraviesa tanto al campo de la intervención – gerontológico, rehabilitativo, comunitario etc- como al campo académico.

Por lo antes mencionado el objetivo central de esta tesis de grado, es el reconocimiento de los fundamentos epistemológicos de las prácticas profesionales de la Terapia Ocupacional en el campo de la gerontología comunitaria en la ciudad de Mar del Plata.

Se hace foco en las prácticas profesionales pues se considera que, al revelar los referentes desde donde los/las profesionales están leyendo, comprendiendo, dando sentido a la realidad, constituyen verdaderas ventanas epistémicas. Por lo cual, desde ellas, pueden conocerse qué tipos de construcciones de sujeto genera, así como qué tipo de configuraciones de lo social se promueven desde lo disciplinar.

Específicamente se busca identificar los estilos de prácticas profesionales de los/las Trabajadores/ras de la T.O; reconocer las discusiones entre la Terapia Ocupacional y la gerontología crítica y analizar las formas de definición histórica de la vejez en las políticas de población, salud y bienestar de la Argentina en la segunda mitad del siglo XX.

Con estos pretendemos acceder al campo, así como también analizar los materiales que surgen del mismo.

La investigación se lleva a cabo a través de un diseño exploratorio-descriptivo que permite no sólo la introducción en la temática de las prácticas profesionales, sino también explorarlas y analizarlas, finalizando en una descripción de las mismas.

Asimismo, se adopta un enfoque cualitativo que posibilita un acercamiento a la realidad con la intención de develarla y describirla en un momento y contexto específicos. La muestra del universo de estudio es intencional y está compuesta por 12 (doce) Licenciadas o Terapistas Ocupacionales que están a cargo de los talleres del Programa Sociopreventivo. Los/las mismos/as trabajan en la ciudad de Mar del Plata, representando diferentes zonas geográficas de la ciudad.

La recolección de datos se llevará a cabo a través de observaciones participantes y entrevistas semi-estructuradas. Se examinarán por medio del análisis crítico del discurso (ACD).

Por último, las intenciones de esta investigación es nutrir un movimiento que busca nuevas formas de conocer, cuya base se erige en torno a la validación de los saberes y derechos del otro, así como la aceptación plena de la naturaleza ética/política de la actuación profesional.

CAPITULO I: ESTADO DE LA CUESTIÓN.

*Ni la naturaleza de nuestros valores,
ni sus impactos,
pueden ser independientes
de las instituciones que nos rodean.*
Amartya Sen.

El estado de la cuestión se organizará en dos apartados. En el primero se analizarán autores que introducen debates en torno a los desafíos epistemológicos de la Terapia Ocupacional. Este punto permite explorar qué tipo de saber nutre a la profesión y a las praxis que pueden ensayarse desde un marco disciplinar con la pretensión de cuestionar modelos hegemónicos.

En el segundo acápite se repasarán las investigaciones sobre la Terapia Ocupacional y la Gerontología en Argentina durante los últimos 15 (quince) años; este tópico permite situar el lugar y conocer el área de estudio.

A- Conocimientos y sus formas de producción en Terapia Ocupacional.

Rodolfo Morrison, Olivares y Vidal (2011) reflexionan sobre las teorías que sustentan la práctica clínica y la investigación científica. También buscan conocer cuáles son las más pertinentes para el desarrollo disciplinar.

Aseveran que en la práctica contemporánea emergen dos epistemologías.

Por un lado, la epistemología reduccionista, influenciada por las ciencias biomédicas. Desde este lugar, la mirada se posa en la patología, la disfunción y reparación.

La práctica contemporánea se estructura mediante un enfoque paliativo funcional, en el saber formal, en el **hacer A**, lo cual implica la traducción de las relaciones de poder y su manejo en tramas vinculares que comprende jerarquías y la significación de la persona como paciente. Es decir, se produce una asimetría durante el trato en base a la distinción entre quien posee el saber técnico y quien debe acceder a él mediante dispositivos de salud.

Por otro lado, pueden nombrarse las prácticas desarrolladas mediante los aportes de la epistemología compleja; corriente epistemológica articulada, para los autores, con la ciencia de la ocupación; la pretensión de dicha ciencia es la horizontalidad y el empoderamiento.

Mencionan que estas prácticas posicionadas desde esta epistemología trabajan con usuarios/as. Categoría que puede referir tanto a personas en particular como a grupos o comunidades. Indican, también, que las prácticas fomentan la inclusión a través de la ocupación, siendo el enfoque utilizado la participación ocupacional social y el bienestar individual.

Desde este lugar se estructura la práctica contemporánea en el **hacer CON**, es decir, la búsqueda de un espacio vincular donde predomine la horizontalidad, el reconocimiento del otro como sujeto con saberes, activo de su propia realidad y la co-construcción conjunta de la misma.

Los autores ponen en evidencia que el representante de los debates epistemológicos lo constituye el espacio en el que confluyen elaboraciones teóricas sobre la naturaleza ocupacional del ser humano. Diferentes acercamientos a una misma problemática, en su misma diversidad respecto a

objetos de estudio y objetivos, en la Terapia Ocupacional social política, social crítica y social comunitaria; en el modelo Kawa; en subdisciplinas como la filosofía de la Ocupación Humana y en ciertas reformulaciones de las corrientes epistemológicas más tradicionales de la disciplina como, por ejemplo, la reconsideración del pragmatismo como filosofía constituyente y centro en la disciplina.

Respecto a otro tipo de análisis -aunque en el mismo plano-, Galheigo (2012) reconoce la existencia de un discurso hegemónico que establece el papel central de la T.O como la mera adaptación del individuo a la sociedad. La doctora indica que este supuesto trae aparejado consigo un punto de vista particular sobre la sociedad, entendiéndola como una organización que trabaja en forma consensuada, donde no hay ningún tipo de problemáticas a considerar y resolver. Desde esta posición los problemas sociales son interpretados como individuales, siendo la persona la única responsable de su condición o de su fracaso en su desempeño ocupacional.

Para ella esta forma de entender la dinámica social invisibiliza los vínculos entre los problemas sociales y la clase social, el género, la etnia y la posición política de los profesionales.

Señala que esta forma de conocer las prácticas de actuación profesional, provoca la orientación de las mismas hacia una normalización y adaptación (como objetivo rector) de la persona a la sociedad. Por lo cual -para la autora-, dichas prácticas transitan por la línea del desempoderamiento singular y colectivo.

Para ella los/las profesionales de la Terapia Ocupacional, tomando en cuenta las anteriores apreciaciones, adoptan metodologías de acción desde una posición alineada con la neutralidad científica. Es decir, interpretan las necesidades sociales y de salud como algo apolítico, mecánico y desprovisto de cualquier conocimiento o praxis social.

La doctora manifiesta que las practicas desde esta episteme niegan las perspectivas de los actores sociales, desvaloriza los saberes de los sujetos implicados y privilegia una concepción fragmentaria del ser humano así como

la profusión de enfoques cuantitativos y de comprobación de los hechos objetivos, concretos, certeros y precisos.

Centrándose en el hacer -en la acción técnica- son “(...) los expertos los que detienen el conocimiento y determinan cómo deben ser realizadas las intervenciones, en una aproximación reduccionista, jerárquica y paternalista de los problemas” (Galheigo, 2012 p.181).

Para Galheigos (2012) la perspectiva compleja y crítica responde a una episteme que supera a las anteriores, ya que posibilita la articulación de ambos planos: el reflexivo/teórico y el de la praxis. Permite, asimismo, el desarrollo de un proceso de alfabetización, concienciación ética/política y acción (teoría y práctica) en pos de la emancipación de las personas y de los colectivos.

Tomando las premisas del párrafo anterior, los/los trabajadores/ras profesionales se verían como articuladores sociales (en vez de adaptadores sociales), buscando así favorecer el “(...) aumento del poder contractual¹, y contribuir a la participación social y [facilitar] el acceso a los derechos”

(Galheigo, 2012, p.183). De este modo, el sujeto se reconoce como sujeto de derecho -tanto en su *conocimiento*, es decir, que el derecho existe, lo ampara y está garantizado por el Estado, como en *su praxis*: la posibilidad y necesidad de que el Estado, que garantiza, efectivice tal derecho-, posibilitando para sí el goce de una ciudadanía plena.

Los/las trabajadores/ras profesionales operarían, entonces, como un factor de concienciación en la población, posibilitando así el crecimiento y la difusión de valores humanos y sociales como el respeto por la diversidad y la justicia social.

Por otro lado, Galheigo (2012) afirma que, para comprender de manera crítica y compleja las problemáticas sociales, el hacer del/la profesional busca distinguir y unir, asociar significado y criticidad, mientras “(...) abarca conjuntamente la subjetividad, la cultura y los procesos sociohistoricos”

¹ Apoderamiento o empoderamiento.

(Galheigo, 2012, p.182). Puede decirse que los análisis de este carácter operan desde la metodología compleja² y la hermenéutica crítica³.

Otra de las reflexiones viene de la mano de Abadía, Contreras y Roumec (2014). En su trabajo presentado para la asignatura “Áreas curriculares” de la carrera de especialización en docencia universitaria afirman que “(...) la impronta positivista en la producción de ciencias sociales y humanas que incluye la producción de conocimientos en T.O⁴ ha atravesado la formación y las prácticas (...)”. (p.4)

Se pone, pues, en evidencia, que si se adhiere -conciente o inconscientemente- a dicha episteme, el análisis del/la profesional estará incorporando interpretaciones de índole reduccionista. Lejos de entender la complejidad del cuerpo humano, se reafirmará en concepciones dualistas como “(...) la división cuerpo-mente, lo biológico concreto, material posible de medir y lo inmaterial imposible, aparentemente, de medir (...)” (Abadía, Contreras y Roumec, 2014, p.4), alejando así el hacer del profesional de una mirada holística.

Sostienen, además, que estas concepciones llevan a que en la clínica prime, en la práctica diaria, el asistencialismo y la medicalización de la vida.

Para las autoras, adoptar la epistemología de la complejidad, es decir la complejización de las perspectivas de la ciencia mediante el punto de vista pluriocular, conduce a un entendimiento más exhaustivo del sujeto. Ya no como una sumatoria de capacidades, propiedades o constituyentes elementales, sino como una organización emergente de la interacción de suborganizaciones, inmersos en la trama relacional del sujeto y la sociedad. Entre estas

² La misma admite la incerteza, posibilita tener una visión poliocular de los temas debatidos, así como enfocarse en la relación del todo y sus partes, mirar el contexto, y su multidimensionalidad (Morin E., 2001 citado en Dra Galheigo SM. 2012, p.182).

³ La hermenéutica crítica se asocia la hermenéutica y la dialéctica. Mientras que la primera “(...) se refiere al proceso interpretativo de las biografías, las narrativas y el desempeño cotidiano que se obtiene por medio del diálogo, del proceso interbujetivo” (Minayo 2002 citado en Galheigo SM. 2012, p.182). La dialéctica posibilita, por un lado, la comprensión de los macro-procesos y sus influencias y, por otro, las fuerzas y tendencias que se relacionan de tal forma que sus efectos tienden a cancelarse mutuamente. (Minayo 2002 citado en Galheigo SM. 2012, p.182).

⁴ Terapia Ocupacional.

suborganizaciones las autoras destacan “(...) la cognición, la emoción y la acción; que son las formas de interacción del sujeto con el mundo (Abadía, Contreras & Roumec, 2014, p.9).

Manifiestan que los actos terapéuticos y los abordajes profesionales deben considerarse como parte de las racionalidades que los respaldan “(...) pues a través de ellas se establecen los vínculos y mediaciones que las normatividades sociales exigen para legitimarlas” (Abadía, Contreras & Roumec, 2014, p.9). Por último, concluyen que considerar la dimensión epistemológica les permitió tomar conciencia de la brecha entre el ejercicio de la práctica profesional, la práctica docente y los conocimientos recibidos en la formación de grado.

Por su parte, Demichelis (2014), a través del análisis documental de los objetos de estudio de diecinueve Tesis de Grado realizadas entre 2010-2011 de la carrera de Lic. en T.O de la Universidad Nacional del Litoral, busca visibilizar sus supuestos teóricos y epistemológicos.

Diez de los trabajos seleccionados, a través del análisis de sus datos, coincidieron en la elección de una focalización que coloca otros saberes y relaciona “(...) los objetos de estudios con poblaciones vulnerables, identificándose modelos teóricos y (...) de práctica dentro del Paradigma Social de la Ocupación” (Demichelis, 2014, p.168). Mediante el análisis y apreciación de los objetos de estudio afloraron concepciones de sujeto ligadas a la idea de “(...) organismo complejo que se mantiene equilibrado en un mundo de realidad y actualidad, con vida y función activa” (Demichelis, 2014, p.168).

Constata el gran interés que existe alrededor del tratamiento de las enfermedades -algo más bien universal en las disciplinas de la salud- más con la diferencia de que considera al cuerpo y a la mente como una misma entidad inseparable. Asimismo, infiere de la disminución de ocupación, la nocividad para dicha unidad. Subraya que en estos trabajos las “(...) concepciones de ocupación quedan alineadas a los principios filosóficos del humanismo, destacando el factor de la posibilidad que el sujeto se mantenga ocupado como condición indispensable para lograr un equilibrio dinámico” (Demichelis, 2014,

p.169), mientras que las conceptualizaciones de salud están ligadas “(...) al idealismo racional de la naturaleza humana creativa, libre y universal de las ciencias” (Demichelis, 2014, p.169).

Para el autor lo destacable en las ya mencionadas investigaciones es que parte de los temas elegidos “(...) responderían a un intento por ir más allá del marco reduccionista del paradigma mecanicista, hacia enfoques más críticos apoyados en las ciencias sociales, médicas y de la ocupación” (Demichelis, 2014, p.169).

Además indica, los datos analizados demostraron que cinco de los trabajos se hallaron concepciones de sujeto, entendiéndolos como personas se constituyen a sí mismas a través de la ocupación individual y comunitaria.

Identifica que las suposiciones acerca de la ocupación se fundan a partir de contribuciones teóricas provenientes de los defensores del paradigma social de la ocupación.

“En (...) esta lógica (...) se evidencian resabios de la teoría de la Naturaleza Ocupacional de Ann Wilcok (2006), la que se sostiene a partir de reflexiones sobre la política, el ecosistema y la relación del ser humano con el medio ambiente” (Demichelis, 2014, p.171).

Encuentra, también, concepciones de salud vinculadas con supuestos teóricos heredados de los primeros paradigmas de la profesión. Los trabajos con estas premisas están en consonancia “(...) con el compromiso de pensar nuevos horizontes teóricos desde la perspectiva de la complejidad, lo cual permite reconocer que los problemas ocupacionales requieren para ser reinterpretados de un marco más holístico y orientado hacia el bienestar y la calidad de vida” (Demichelis, 2014, p.170).

Además, halló que una minoría (4; cuatro) de los trabajos analizados, relacionados con la rehabilitación física de niños y adultos consideraron diferentes marcos de trabajo (el Marco de referencia de Rehabilitación, Marco de Práctica de Terapia Ocupacional), modelos (Modelo de Referencia del Desarrollo, el Modelo Ocupacional de Mary Relly, el Modelo Cognitivo-Perceptual, el Modelo de la Ocupación Humana, Modelo de los Apoyos

propuesto por Shalok), “(...) y conceptualizaciones de un instrumento de evaluación (escala de Ashorworch)” (Demichelis, 2014, p.170).

Teniendo en cuenta los aspectos filosóficos y teóricos de los modelos más utilizados, -el Modelo Cognitivo-Perceptual y el Modelo de la Ocupación Humana- defiende “(...) que la base interdisciplinaria de [los mismo se] encuentra constituida por la teoría general de los sistemas y la teoría dinámica de los sistemas del mismo origen científico y filosófico correspondiente a la corriente neopositivista de las ciencias físicas (...)” (Demichelis, 2014, p.170).

Con respecto a las concepciones de sujeto, de ocupación, de salud expresan nociones teóricas y epistemológicas del paradigma mecanicista.

Las nociones de sujeto se estructuran “(...) sobre los mecanismos internos, es decir, sobre procesos internos intrapsíquicos, neurológicos y Kinesiológicos, lo cual rescata la naturaleza activa de las personas y se minimiza la producción social e histórica” (Demichelis, 2014, p.170, p.170).

De esta manera se considera que el “(...) desempeñarse satisfactoriamente en ocupaciones depende de una relación causal entre el sistema “nervioso, musculoesquelético e intrapsíquico” (Demichelis, 2014, p.170).

Restableciéndose la salud y “(...) el desempeño funcional (...) por medio de la mejora o de la compensación de las limitaciones a través de las actividades para reducir la incapacidad” (Demichelis, 2014, p.170, p.170).

El investigador afirma que este es enfoque sobre la ocupación es más bien tradicional, pues las ideas giran entorno a la conceptualización (...) de que las ocupaciones y actividades humanas tienen la capacidad casi exclusiva de mantener la organización del sistema humano afectado por enfermedades y traumas” (Demichelis, 2014, p.170).

Concluye reconociendo que, en las tesis cuyos objetos de estudio se ubicaron en el área comunitaria, sus investigadores admitieron la impronta del paradigma social de la ocupación como marco teórico y analítico, evidenciando una epistemología compleja. Continuando con la reflexión del autor, el mismo considera a las personas como “(...) sujetos en plenitud en perspectiva de los derechos humanos” (Demichelis, 2014, p.173); y “(...) no sólo individualidades sino sujetos en relación con otros grupos y comunidades [considerando] la

inclusión a la estructura socio-comunitaria a través de la ocupación como condición vital (Demichelis, 2014, p.173).

B- La Terapia Ocupacional y la Gerontología Argentina durante los últimos 15 años en Argentina.

Logullo, Pedernera y Soldavila (2005), para su tesis de grado, analizaron las necesidades sentidas y las estrategias de satisfacción los adultos mayores en sus comunidades. Para lo cual se llevo a cabo observaciones participantes en el Comedor del Centro de Jubilados “Fe, Esperanza y Dignidad” de Mar del Plata durante el período Julio/Octubre y entrevistas semi-estructuras.

Las autoras entienden al envejecimiento como una “(...) construcción social e histórica social, que posee la significación que el modelo cultural vigente da a los procesos biológicos que la caracterizan” (Logullo, Pedernera & Soldavila, 2005, p.28).

La vejez la miran desde la perspectiva de la teoría de la complejidad, por lo cual toman en consideración las interacciones dinámicas y las transformaciones desde la multidimensionalidad. Es por ello que rechazan la idea de considerar al sujeto como una sumatoria de capacidades, propiedades o constituyentes elementales. Para las autoras *el sujeto no es lo dado biológicamente* sino una unidad heterogénea, en un medio social, complejo, abierta y en permanente intercambio.

Desde esta comprensión de la vejez, se reflexiona sobre todos los hechos transformadores que en ella confluyen. Como ser la historia personal del persona mayor (las migraciones), vínculos y sucesos familiares; el momento histórico-económico particular, la región y cultura propia, el nivel social y educacional, condición física, y los múltiples determinantes macro y micro sociales.

El entrecruzamiento de los datos recabados en las entrevistas y la observación participante revela que las necesidades sentidas de las personas mayores confluyen dentro de la categoría de subsistencia, de protección individual, protección de los otros, de afecto (ver Logullo, Pedernera & Soldavila, 2005).

La emergencia de estas necesidades llevo a pensar a las autoras en la influencia que ejerce el contexto socio-económico y político en el que se encuentra la población seleccionada.

Los datos también revelaron el reconocimiento de necesidades como las de trascendencia, de entendimiento, de identidad y de participación.

En relación a las estrategias de satisfacción -conjunto de acciones, métodos y recursos dirigidos que la comunidad de adultos mayores emprende para dar respuesta a las necesidades sentidas- las autoras las dividen en exógenas (aquellas estrategias que son impuestas o institucionalizadas) y endógenas (las que surgen desde el individuo). Dentro de estas últimas, la que se ha visibilizado con mayor preponderancia en las entrevistas es la autogestión, sobre todo en relación a la satisfacción de la necesidad de afecto.

Expresan que, en relación a las estrategias de satisfacción grupales, puede encontrarse una relación directa entre dichas estrategias y los adultos mayores con tendencia a la sociabilidad, optimismo y extroversión.

Puede definirse a las estrategias de satisfacción exógenas como aquellas propuestas y/o efectuadas a través de la Gestión Social del Estado (Logullo, Pedernera & Soldavila, 2005). En las respuestas conseguidas primariamente se ve que estas "(...) se encuentran planteadas en función de las necesidades sentidas por estos entrevistados que justamente han de ser resueltas por el Estado" (Logullo, Pedernera & Soldavila, 2005, p.128). Y, en segundo lugar, "(...) sus respuestas se hacen eco de reclamos de protección, amparo, reconocimiento social, cumplimiento de los derechos y validación en su condición de "viejos" capaces de participar y disfrutar de la vida" (Logullo, Pedernera & Soldavila, 2005, p.128).

Con esta información recabada las autoras proponen "(...) generar programas de acción de "abajo hacia arriba", en donde realmente se respete la opinión de los verdaderos protagonistas y sea de vital importancia su compromiso y participación (...)" (Logullo, Pedernera & Soldavila, 2005, p.140). Es decir, plantean la gestión de programas como una modalidad de intervención comunitaria desde Terapia Ocupacional en adultos mayores.

Por otro lado Ganso, Berezin, y Scarímbolo (2011) al adherir al marco teórico provisto por la Teoría de la continuidad⁵, se plantearon un acercamiento y una posibilidad de conocer el autocuidado de aquellos adultos mayores recurrentes a los distintos talleres que coordinan docentes de la Lic. en T.O de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) y el cuidado de los otros que estos mismos ejercen.

Mediante encuestas personalizadas, recabaron la información pertinente y a partir de ella expresan que la población estaba compuesta por 243 adultos mayores en los distintos talleres dictados en la UNQ.

Así también, del análisis de los datos se obtuvo que el 98% de los adultos mayores encuestados fueran de sexo femenino y 2% de sexo masculino. Todos viven en sus casas, cada uno posee entre 60 y 88 años, por lo que 74 años es la edad promedio; el 55% de las adultas mayores viven solas, el 24% viven con sus esposos y el 21% viven con otros familiares (hijos, nietos). “El ingreso económico que perciben les posibilita afrontar gastos de medicamentos, alimentación, pago de impuestos, vestimenta, higiene, etc” (Héctor, Silvia, & Scarímbolo, 2011, p.99). Expresan que “sólo un 37% requiere de la ayuda económica de un familiar (hijos) para afrontar gastos de medicamentos” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.99). Los autores explican “(...) que el 99% le asigna alta importancia al cuidado de la salud, el 91% responde que “cuidarse es importante para sentirse bien”, “mantenerme activo” o “poder vivir” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.99).

Relevan que, ante la pregunta “sobre cuidados puntuales en relación al cuidado” (como mamografía, papanicolau, densitometría ósea, examen prostático), el 99% no lo hacen con la frecuencia que corresponde” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.99). El 61% expresa que va cuando lo necesita.

⁵ Los postulados básicos de dicha teoría son que “(...) el pasaje a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado” (Héctor G., Silvia B., & Scarímbolo G., 2011, p.99). Postula además que “(...) la personalidad, así como el sistema de valores permanecen intactos” (Héctor G., Silvia B., y Scarímbolo G., 2011, p.99). Y, que “(...) al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida” (Héctor G., Silvia B., & Scarímbolo G., 2011, p.99).

“El 39% consulta al médico anualmente, de no surgir otra situación que lo amerite” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.99).

Ante la pregunta si lo necesitara, quien le gustaría que lo cuide, los datos arrojaron que el “100% de los que viven con su pareja, responden que sea ésta de quien reciba el cuidado, pero en segunda instancia nombran a los hijos o nietos” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.100). “De los que viven solos, el 86%, le gustaría el cuidado de los hijos o nietos 14%, una amistad” “el 39% consulta al médico anualmente, de no surgir otra situación que lo amerite” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.100).

En lo concerniente “al cuidado de los otros, el 34% cuida a sus nietos, con una frecuencia de todos los días, 2% cuida a un hijo” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.100).

En lo relacionado “(...) a si se siente en condiciones de brindar el cuidado: 40% responden afirmativamente, el otro 60%, responde que no” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.100).

Al interpelearlas sobre por qué no está en condiciones de cuidar de otras personas, un 25% por razones “de salud”, un 11% por “(...) razones de salud y “estar cansada”, y un 13% “por estar cansada”” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.100). Con respecto al porqué concurren a los talleres, las respuestas más recogidas fueron: “A esta edad puedo venir a la Universidad, es un ejemplo para mis nietos”. “Para aprender cosas, ahora tengo más tiempo.” “Me ayudan a vivir sola” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.100).

Los autores concluyen expresando que para ellos/ellas “la vejez no tiene nada que ver con la edad cronológica. Es un estado de espíritu, hay “viejos” de veinte años y “jóvenes” de noventa”. Y que “sobre todo en los países en vías de desarrollo, las medidas para ayudar a que las personas ancianas sigan activas, sanas física y mentalmente, son, más que un lujo, una auténtica necesidad” (Héctor, Silvia & Scarímbolo, 2011, p.100).

En su Tesis de Grado Duhalde, Landaburu y Rey (2015) realizaron una sistematización de su experiencia de campo, en una institución gerontopsiquiátrica del partido de General Pueyrredón en el marco de la Promoción de la Salud en Adultos Mayores. Partiendo de la observación que

“(…) la necesidad sentida (era) formar parte de tareas significativas (…)” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.192), instrumentaron un taller de actividades socioculturales (identificación y/o desarrollo de imágenes de monumentos históricos y paisajes, personalidades, vestimentas típicas, fiestas nacionales e internacionales, estilos musicales nacionales e internacionales, bailes típicos, artistas musicales, dibujos animados, programaciones televisivas, programaciones de radio-teatro, juegos típicos y actuales, actividades deportivas, costumbres típicas, entre otras; actividades extra institucionales tales como caminatas por el barrio, realización de actividades socializadoras en el espacio público y/o privado, entre otras), de manera que los participantes puedan *despertar sus recuerdos adormecidos*. Estas se “(…) se correspondan con la pertenencia a una cultura y sociedad determinada de la que los sujetos forman o han formado parte, {de manera} que elaboren expresiones subjetivas, y que permitan (aun siendo de manera temporal) que las personas que las llevan a cabo produzcan transformaciones y/o movilizaciones en el acontecer de la maquinaria reproductora de “lo institucional”, para re-encontrarse con su identidad (…)” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.81).

Dentro del marco teórico, en un intento por re-pensar y re-elaborar la concepción de la vejez, problematizan como el modelo biomédico y las teorías reduccionistas impregnan las representaciones sociales sobre el envejecimiento. Dejan entrever que tales posiciones pueden decantar en atribuciones negativas, prejuicios (asexuales, incapaces, enfermos, dependientes, intolerantes y en términos opuestos a la juventud), y al normalizar (definir socialmente las conductas aceptadas por la sociedad, y las inadmisibles en esta), favorece la exclusión social de las personas mayores.

Afirman que el modelo instaura y legitima concepciones de persona y salud perteneciente a la racionalidad científica. Así, la salud se interpretaría desde la enfermedad y la rehabilitación, y el sujeto sería visto como una entidad extraña en su proceso de salud-enfermedad. De esta manera se “(…) otorga mayor relevancia a los factores biológicos (…)

culturales y sociales que se despliegan en las conductas y acciones de los sujetos” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.54).

En su trabajo de campo comprobaron que a los postulados los detentaría la maquinaria institucional, situación que provoca- a su entender- consecuencias directas sobre las prácticas, los roles, las identidades y los perfiles ético profesionales que desarrollan. Esto se traduce en la comprensión del desempeño de los sujetos (...) “ligado a (las) normas (institucionales) explícitas, correspondiéndose con los objetivos planteados por las fuerzas de tensión de lo instituido” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.55). Por consiguiente, podría comprenderse “(...) al individuo en relación a la alteración de su estado fisiológico (en base a un diagnóstico y pronóstico psicopatológico), adjudicándole al sujeto un rol pasivo y receptivo” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.55).

Desde este modelo, se explica la instauración de una serie de impedimentos para que los sujetos sean escuchados, comuniquen sus deseos, necesidades y sentimientos, así como para que resuelvan situaciones y/o tomen decisiones en lo que refiere a su cotidianidad, limitando “(...) las posibilidades de participar en propuestas que se originen en el ámbito comunitario (...)” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.55). Es decir, que el desarrollo de prácticas profesionales desde apreciaciones reduccionistas del sujeto y de su salud, conducen al “(...) aislamiento, la exclusión y la vulnerabilidad, reforzando, en consecuencia, la sintomatología de la patología” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.55).

Los autores y la autora adoptan, entienden la salud como el bien- estar siendo, no sólo singular, sino como un proyecto de vida colectiva e individual, así como un “(...) modo de asumir la vida, en la cual los sujetos se valen para gestionar y proporcionarse en lo cotidiano una vida lo más saludable posible” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.57). Explican que desde este concepto se conjuga “(...) la situación de conformidad subjetiva, el aprecio social y la evaluación científica de lo saludable” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.56).

Plantean un breve acercamiento teórico respecto a la noción de derechos y su relación con la promoción de la salud, en tanto que esta estrategia instituyente

(que empodera y da lugar al replanteamiento, aleja a las personas de las posturas instituidas dominantes), fomenta la participación activa y comprometida en la construcción de una vida saludable.

Por tal motivo, emplean una concepción de sujeto independiente de los diagnósticos patológicos e institucionales y direccionan sus prácticas interventivas hacia el afrontamiento y adaptación de la manera más activa y positiva posible ante los cambios propios del curso vital que pueden atravesar los/las adultas mayores.

El posicionamiento supracitado lleva a los y a la tesista a pensar su rol desde la T.O en las instituciones totales en relación a la construcción de nuevas prácticas: “construir un quehacer profesional sustentado en relaciones de horizontalidad, en la igualdad de oportunidades, en la cooperación, el respeto de las singularidades, y en la capitalización de las diversidades (...)” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.59).

Afirman que “la alternativa propuesta le permitió a los sujetos explorar y desempeñarse en un contexto grupal (...)” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.193), en donde los/las adultas mayores pudieron desplegar “expresiones subjetivas, (...) manifestaciones creativas [por medio de] un contacto temporal con su historia vital (...)” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.193).

Concluyen en que la confluencia de actividades socio-culturales significativas, permitieron a “(...) los residentes lograron transformarse y modificar aspectos de la cotidianeidad institucional en la cual se encuentran inmersos, adoptando un posicionamiento más comprometido y autónomo en la construcción de su propia salud” (Duhalde, Landaburu & Rey, 2015, p.194).

Otro de los trabajos que interesa para el presente análisis es el de Manchero (2015). Este trata sobre los logros obtenidos durante la realización de talleres para estimular la memoria de adultos mayores en la universidad de Quilmes.

Manchero (2015) explica que los mismos comenzaron en el año 2009; los destinatarios, en una primera etapa, eran las personas mayores que habitaban en la zona de influencia de dicha institución. Comenta que en el 2014 la universidad realizó un convenio con PAMI, convenio aumentó el número de la convocatoria (pasando de unos 300 a unos 700 asistentes), provocando la

apertura de más talleres de memoria. Los destinatarios fueron personas mayores cuyas edades oscilaron entre los 60 a los 94 años, a cargo de un cuerpo conformado por 18 y 20 asistentes.

Manchero afirma que son espacios de prevención primaria y detección de intereses ocupacionales. Sus objetivos son la promoción del desarrollo social y cultural y la estimulación cognitiva.

El punto de vista que elige se enfoca en el envejecimiento activo, lo que entiende como el proceso de aprovechamiento de las oportunidades en su máxima expresión para el desarrollo del bienestar físico, psíquico y social a lo largo de toda la vida.

La estudiante afirma que este nuevo paradigma está basado en reconocer los derechos del adulto mayor. Indica que para lograrlo se promueven actividades recreativas, sociales y educativas, así como la vida familiar y en comunidad.

A modo de corolario, afirma que los talleres generan aumento de comunicación, nuevas metas, nuevos roles, aumento de relaciones personales, aumento de participación social (ingreso a carreras, concientización y acción en lo que respecta a conceptos y categorías como género, violencia institucional, tecnología y sexualidad).

CAPÍTULO II: DE PRÁCTICAS PROFESIONALES. DEFINICIÓN.

*Actuar, en su sentido más general,
significa tomar una iniciativa,
comenzar, (...),
poner algo en movimiento.
Arendt Hannah.*

Desde el siglo XIX, por la división intelectual del conocimiento, las profesiones comienzan a adquirir una dimensión disciplinar, y una profesional.

La primera hace referencia a la producción del conocimiento que genera esa profesión y la segunda a la aplicación de dichos saberes a partir de la práctica profesional.

En este capítulo se problematiza el concepto de prácticas profesionales desde la teoría social.

Platón y Aristóteles, desde la filosofía clásica griega, concebían las prácticas – con todos sus instrumentos- como el reflejo de los argumentos éticos, morales y políticos de las personas (Chaverra Fernández, 2003). Las consideraban el espejo de los pensamientos y/o de las formas de razonar frente a situaciones dilemáticas que la vida social impone. Kant retomaría esta concepción y propondría la razón práctica, es decir, la razón aplicada a la práctica (Chaverra Fernández, 2003). Hacer algo, realizar una acción honesta en clave de lo moral y ético que se adecue a los datos o a la información de la que se dispone (Chaverra Fernández, 2003).

Desde diversos marcos teóricos de la teoría social se problematiza el concepto de práctica social.

La visión materialista del mundo de Marx (al concebir al hombre y a la naturaleza como realidades objetivas), entiende la práctica como praxis (Chaverra Fernández, 2003). Praxis, en el sentido de práctica humana, transformadora, creadora. No como producción abstracta, general, sino específica, de acuerdo a condiciones socio-históricas situadas. La praxis de la persona como componente y cimiento de teorizaciones.

De esta manera la praxis estaría cargada de un sentido particular del acto, que podría resumirse como la ejercitación de la conciencia y la acción de forma articulada.

Por su parte, Karel Kosik incorporó a la teoría del materialismo histórico aportes -provenientes de la fenomenología y del existencialismo- que lo condujeron a pensar al hombre como ser praxístico por excelencia (Kosik, 1986 citado en Guyot, 2005).

La acción es producción de conocimiento creado y recreado; prácticas y conocimiento son una misma entidad. La noción de práctica, pues, se articularía a tal punto con el saber conceptual que podría suponerse, según Kosik, la nueva condición de práctica teórica.

Las prácticas profesionales, por lo tanto, dejarían de ser consideradas una acción del hombre, técnica o aplicación de la teoría, y adquirirían el estatus de prácticas del conocimiento o, lo que es lo mismo, un *actuar* en el orden de los conceptos (Guyot, 2005).

Generarían, así, una reciprocidad -que no es mecánica sino compleja, entre el pensar y el hacer. La praxis –conocimiento y acción- poseería un papel central en los procesos de construcción de los sujetos y éstos, asimismo, en la configuración de lo social.

Por otro lado siguiendo la perspectiva de Foucault la praxis adquiere, la forma de encadenamientos de enunciados articulados/ordenados que generan discursos. Los discursos son prácticas, lo cual “(...) sistemáticamente constituyen los objetos de los que hablan” (Foucault, 1989 citado Gallardo Cochifas e Hirmas Montecinos, 2012, p.6).

Desde su perspectiva los discursos no representarían a la actividad de un sujeto, sino a la existencia material y objetiva de ciertas reglas a las que ese sujeto debe ceñirse desde el momento en que interviene en el discurso.

Dichas reglas, están soportadas en parte por de una voluntad de verdad la cual se encarga de distinguir los enunciados falsos de los verdaderos, de sancionar los discursos alternativos, y de definir las técnicas y procedimientos adecuados para la obtención de la *verdad* que interesa al poder”. Las mismas Dicha voluntad “(...) es acompañada también, más profundamente sin duda, por la forma que tiene el saber de ponerse en práctica en una sociedad, en la que es valorizado, distribuido, repartido y en cierta forma atribuido, (...) {tendiendo} a ejercer sobre los otros discursos (...) una especie de presión y como un poder de coacción (Foucault M, 1970, pp.10-11).

Puede afirmarse que los discursos -en tanto prácticas sociales- son un conjunto integrado de saberes prácticos, teóricos o metodológicos nacen a partir de condiciones materiales de producción de los enunciados que son absolutamente históricas, institucionales, sociales, así como y en la influencia de un saber y subjetividad de los profesionales.

CAPÍTULO III: SOBRE LA TERAPIA OCUPACIONAL Y SUS CORRIENTES EPISTEMICAS.

*Una nueva y arrasadora utopía de la vida,
donde nadie pueda decidir por otros hasta la forma de morir,
donde de veras sea cierto el amor y sea posible la felicidad, y
donde las estirpes condenadas a cien años de soledad tengan por fin
y para siempre una segunda oportunidad sobre la tierra.*

García Márquez G

Este capítulo versará sobre la Terapia Ocupacional y las corrientes epistemológicas⁶ que la nutrieron desde su nacimiento. El desarrollo de la misma, su transformación en Occidente y en Argentina de acuerdo a los diferentes momentos sociohistóricos. Este recorrido permite reconocer la

⁶Entiendo que la epistemología es un concepto dotado de diferentes sentidos. Para Najmanovich y Lucano (2008) esta es “(...) el nombre que le damos actualmente a la disciplina que se ocupa del conocimiento” (p.3). En este caso como en la cultura occidental conocimiento y el saber sustantivo ha sido el empírico (experiencia captada por medio de la indagación de los sentidos) (Guajardo Córdoba A., 2011).

Específicamente en el periodo conocido como modernidad, se ha accedido a los términos observables, es decir bajo, la creencia de que se conoce la realidad de forma externa e independiente de quien observa.

Este conjunto de ideas, conceptos, métodos de abordajes, de acción, estilos cognitivos, formas de pensar se fueron gestando y desarrollando en nuestra cultura-de manejo despareja e intermitente-a lo largo de los siglos, eclosionando en un tipo de conocimiento particular y específico, la llamada ciencia. De esta manera “(...) la epistemología es un discurso, un discurso de la ciencia” (Perez Soto C., 1998 citado en Guajardo Córdoba A., 2011, p.10).

Para Foucault una episteme es “el conjunto de las relaciones que se pueden descubrir, para una época dada, entre las ciencias cuando se las analiza a nivel de las regularidades discursivas” (Foucault, 2008b citado en Emiliozzi M, 2017, p.4).

Según el autor, una episteme hace referencia a aquello coexistente a un determinado grupo de saberes.

Según De Sousa Santos (2012) la ciencia es un saber de dominio anglosajón y a manera de visibilizar como dicho poderío atraviesa a las diferentes formas de producción del conocimiento, divide a la epistemología en dos categorías: las del norte y las del Sur. Este autor hace esta diferenciación en tanto plantea que la justicia social global se alcanzaría a partir de la justicia cognitiva global. Considera que, por lo cual, hay que desembocar en “conocimientos y criterios de validez del conocimiento que otorguen credibilidad y validen a las distintas prácticas cognitivas de clase, de los pueblos y de los grupos sociales que han sido históricamente oprimidos, por el colonialismo y el capitalismo globales” (De Sousa Santos B (2012, p.12), es decir hay que visibilizar las epistemologías del Sur.

Esta mirada abre compuertas cognitivas que permiten pensar a la epistemología en plural, poniendo en tensión la forma tradicional de pensar a la ciencia, introduciéndonos a una concepción de la misma desde diversas maneras.

Por otro lado Guajardo C. (2015) se pregunta porque entendemos socialmente de determinada manera los discursos (producidos por ciertos sujetos situados en una realidad social específica), en relación a un objeto de estudio determinado.

Es decir que se dice del objeto de estudio y desde que fundamento se sostiene lo que se ha dicho de él.

Entonces las epistemes serían el enrejado simbólico témporo-espacial que nos permite percibir la realidad, sosteniendo todo lo que es posible de ser pensado en cada momento histórico.

permanencia y la influencia al interior del campo disciplinar de ciertos modelos de intervención que operan con ciertas formas de entender a praxis social y actividad humana.

A) Terapia Ocupacional en y de Occidente.

Parafraseando a la Asociación Brasileira de Terapia Ocupacional (2007 citada en Westman 2011) puede considerarse a la Terapia Ocupacional como:

“Un campo de conocimiento e intervención en salud, educación y en la esfera social, reuniendo tecnologías orientadas para la emancipación y autonomía de personas que, por razones ligadas a problemáticas específicas, psíquicas, sensoriales, mentales, psicológicas y/o sociales presentan temporal o definitivamente dificultades en la inserción y participación en la vida social” (p.2).

La disciplina y profesión germinó como actividad colectiva asalariada y, por lo tanto, valorizada socialmente (Castel, 1997) en occidente - Canadá y Estados Unidos - a principios del siglo XX, en un contexto bélico donde primaba el liberalismo económico, signado por los preceptos morales protestantes caracterizados por el individualismo (Testa, 2011). Entre los sucesos que contribuyeron a darle forma a este periodo encontramos la intervención de los estados en los procesos de salud colectivos (Herrera Sandoval y Valderrama Núñez, 2014); la progresiva profesionalización de la clase media (Rocha Medieros 2007); la especialización de las profesiones (Durkheim 1892, 1897 citado en Inda, 2009) y las influencias de la segunda Ola del Feminismo (Morrison Jara, 2011).

Este entramado de hechos constituyó, a causa de la falta de respuesta de la medicina para ubicar y prevenir las causas que originan la enfermedad (Guajardo Córdoba, 2015), la red en la que un grupo de mujeres - enfermeras y trabajadoras sociales - encontrarían el sostén para desarrollar un nuevo espacio profesional (Morrison Jara, 2011).

Su centro se construyó sobre las filosofías humanistas (entiende al ser como una persona), y holistas (consideran al ser como una unidad esencial mente y cuerpo, con predominio de la primera), los principios fundamentales del pragmatismo (centrado en el conocer), los movimientos de artes y oficios

(centrado en el hacer de la persona) y el tratamiento moral (centrado en el ser, en su razón, clave organizadora de una existencia saludable, sus fortaleza, su potencialidad) (Rocha Medeiros, 2007; Morrison Jara, Olivares & Vidal, 2011). Con lo cual, las ideas que condujeron la constitución de la T.O fundamentaron la intervención terapéutica o el tratamiento ocupacional en concepciones opuestas a las visiones del mundo imperante de aquella época moral (Morrison Jara, Olivares & Vidal, 2011). Aunque al estar dichas epistemes entretejidas con principios positivistas, es decir al estar atravesadas por lo normal y anormal (lo patológico) en relación a la productividad (Rocha Medeiros, 2007), orientaron a la profesión y disciplina, en sus inicios paradigmáticos, se empeñara en devolverle a la comunidad personas aptas como fuerza de trabajo.

Para Kielhofner (2006), dichas ideas medulares representaron el tránsito de la disciplina por sus primeros pasos paradigmáticos⁷, denominado *Pre Paradigma de la Ocupación*.

⁷ Thomas Khun define como paradigma “un conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un periodo determinado de tiempo. Consiste en conceptos teóricos centrales, un punto de vista y valores que comparten los miembros de una comunidad dada, así como también, denota las soluciones concretas a los problemas de la ciencia, las cuales son expresadas mediante modelos” (Thomas Khun T., 1969 citado en Rubio Ortega, Berrueta Maeztu y Durán Carrillo, 2014, p.2). “Los modelos son las demostraciones suscintas de cómo podría y debería realizarse el trabajo profesional” (Kielhofner, 2006, p19).

En dialogo con esta afirmación Guajardo Córdoba A. (2015), afirma que los modelos operan con la lógica de la representación, esta supone objetividad. De esta manera se da por sentado que, inevitablemente, los sujetos perciben de manera exacta la imagen de los fenómenos externos que observan. El modelo representa entonces lo que la realidad, así esta se adecua a una imagen in mente (Guajardo Córdoba, 2015).

Kielhofner (2006) “(...) indica que el paradigma de una disciplina funciona como una perspectiva conceptual y como una cultura.” (p.19)

Según Polonio López, Durante Molina y Noya Arnaiz (2001), el autor supracitado posee una doble concepción de paradigma. Por un lado los considera como una “perspectiva conceptual formada por fundamentos articulados en la literatura científica y discutidos por aquellos que trabajan, para definir la naturaleza y el propósito de la profesión (Polonio Lopez, Durante Molina y Noya Arnaiz, 2001, p.51) y como el corazón cultural de la profesión, en tanto “implica tener creencias comunes y perspectivas que dan sentido, guían o regulan la acción profesional” (Polonio Lopez, Durante Molina & Noya Arnaiz, 2001, p.51).

Tras un breve desarrollo, este prometedor tratamiento tuvo que sortear su primer desafío: el de la cultura.

Se les adjudicaba (debido a la tradicional división del trabajo emocional e intelectual) a las mujeres el mundo de lo personal, de los sentimientos y de la subjetividad, y a los hombres la esfera de lo racional, objetivo y científico (Fox Keller 1989 citada en Testa, 2011).

En tanto lo “(...) emotivo y lo subjetivo como parte del “arte” de la terapéutica ocupacional la ubicaba en una esfera alejada del mundo racional adjudicado a la ciencia, que estaba depositada, en este caso, en manos de la medicina” (Testa, 2011, p.128).

Las profesionales, inmersas en una sociedad que legitima formas de relación de orden patriarcal, estuvieron obligadas (si deseaban validar la incipiente profesión) a buscar la protección de médicos hombres (Morrison Jara R.2011).

Estos hechos se reflejaron en el considerado acto fundacional de la profesión: la inauguración, en el 17 de marzo de 1917, de la Sociedad Nacional para la Promoción de la T.O en Clifton Springs, Nueva York. Entidad constituida por un pequeño grupo de personas de diversas profesiones que compartían el interés de incentivar y difundir la terapia ocupacional como una nueva disciplina.

Esta sociedad (marcada por un contexto de crisis social, política y económica que culminó con el ingreso de Estados Unidos a la Primera Guerra Mundial en 1917, con el consecuente resurgimiento de movimientos humanistas en diversas áreas), reafirmó dichas ideas conducentes como guía de la práctica.

Formalizándose y habilitándose un saber específico: la participación en actividades como indicador como salud, como unos de los principales agentes/medios que aportarían dignidad e identidad al ser humano (Rocha Medeiros, 2007).

A la vez esta manera de conocer justifico la existencia de la nueva praxis disciplinar.

Para Vasilachis los paradigmas son “(...) los marcos teórico-metodológicos utilizados por el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad (Vasilachis, 1992 citado en Vasilachis, 2006, p.46).

La actividad como medio terapéutico, se utilizó dependiendo del grado de incapacidad que tuviese la persona y las características singulares para ejercer su influencia (sedantes, excitantes, satisfactorias, motivantes, productivas, etc.) sobre los pacientes, que la primera guerra mundial dejó (Rocha Medeiros, 2007).

Focalizándose la intervención en una rutina de actividades, así como en la combinación y equilibrio de actividades de ocio/tiempo y trabajo (Rocha Medeiros, 2007).

Entonces, según lo antes dicho, la ocupación era el medio natural para mantener la unidad mente y cuerpo, con lo cual, sobre la base del potencial terapéutico de la misma, constituirá el método utilizado para la regeneración la función perdida (Kielhofner y Burke citados en Rocha Medeiros, 2007).

Así como para el desarrollo de vínculos sociales, para aumentar el significado personal de la obligación laboral, siendo un vehículo en torno al aprendizaje de un oficio y un recurso que facilite un sustento económico (Moruno, 2003 citado en Zango Martín y Moruno Millares, 2013, p.12).

Este abordaje de la ocupación evidencia valoraciones del sujeto como ser racional, que piensa y explica el mundo, capaz de responsabilizarse y realizarse personalmente, de naturaleza activa y creativa (Rocha Medeiros, 2007). Desde esta apreciación se minimiza el papel del ambiente y su desarrollo histórico, en la emergencia de diversas situaciones (enfermedad, disfuncionalidad, etc.), por la que atraviesan las personas. Considerándolos como hechos aislados en la vida de las personas.

Según Kielhofner (2006) lo supra citado describiría el primer paradigma, denominado *Paradigma De La Ocupación*.

Nuevamente la cultura encorsetada a la disciplina, siendo reconocida socialmente como praxis de la mujer por excelencia (Fox Keller, 1989, citada en Testa, 2011).

Normalizando de esta manera el carácter subalterno de la misma a los médicos varones (Morrison Jara, 2011; Testa 2013). En tanto que la medicina y sus subdisciplinas (psiquiatría, clínica, etc.), en el área de la salud detentan mayor jerarquización (Menéndez 2005).

Entonces, por el conjunto de estas presiones alrededor de la Terapia Ocupacional comienza a conformarse un imaginario social- producto del sesgo de género – como “(...) una aplicación, un recurso, un instrumento y un acto médico” (Rocha Medeiros, 2007, p.23).

A partir de aquí, la profesión en Norteamérica crece y se desarrolla en un macro contexto socio - cultural transversalizado por un período de crisis del capitalismo que devino en la Segunda Guerra Mundial, generando así el cierre de gran cantidad de espacios institucionales por la falta de fondos estatales, situación que provocaba gran inseguridad profesional (Rocha Medeiros, 2007).

A nivel de las ciencias, el pensamiento predominante giraba alrededor del auge del empirismo o positivismo lógico y también conocido como neopositivismo.

Con el auge de estas corrientes de pensamiento y al considerar que la profesión no respaldaba su desempeño en métodos empíricos⁸ y cuantitativos, comienza la crítica epistemológica de la sociedad científica dominante a la insuficiencia de elaboraciones conceptuales que fundamental a la T.O (Morrison Jara, Olivares & Vidal, 2011).

En 1930 en la práctica referida a las discapacidades físicas se abandonó la actividad y la intervención se constituyó alrededor del entrenamiento, habilitando de esta manera a los/las trabajadoras/res profesionales a focalizarse enteramente a los ejercicios físicos (Kierfohner ,2006; Morena, 2013 citada en Telechea, Lopez, Guerra y Da costa Mattos, 2013).

En 1940, la profesión acepta (por presiones de la psiquiatría) la perspectiva psicoanalítica (Morena, 2013 citada en Telechea, Lopez, Guerra y Da costa Mattos, 2013). Progresivamente, en tanto se supone, que la actividad con sentido es un método conveniente de interacción terapéutica, se deja de lado

⁸ El empirismo (al igual que el racionalismo) considera la existencia de una realidad objetiva, única e inmutable. Da por sentado que, inevitablemente, devenimos por la elaboración de la imagen (representación) exacta de los fenómenos externo que, el observador pasivo obtiene. Lo que la distingue del racionalismo son las formas y procedimientos que las llevarían a una misma conclusión. Mientras que el empirismo genera una representación mediante lo captado por medio de la indagación de los sentidos y la investigación empírica, los racionalistas considerarían que la representación in mente solo es producida mediante la razón (es decir, mediante axiomas lógicos y procedimientos deductivos).

hasta ser reemplazada en su totalidad, por la psicoterapia verbal (Kierfohner, 2006).

En paralelo, durante esta década, el movimiento de rehabilitación en Norteamérica comenzó a ser colonizado por el saber médico, reapropiándose así del seguimiento del paciente durante las diversas fases-aguda y crónica-del proceso de rehabilitación (Rocha Medeiros, 2007), sellando la subordinación de las profesiones del área de la salud alrededor de los conocimientos y tecnologías de dicha disciplina. Mientras que la Terapia Ocupacional en los Estados Unidos forja una alianza con la Asociación Médica Norteamericana, cristalizando de esta manera su jerarquía (Rocha Medeiros, 2007).

Esta breve descripción demuestra cómo -alrededor de dichos periodos de tiempo-, debido al entrecruzamiento de una pluralidad de condiciones (tanto sociales como teóricas), se instala una crisis disciplinar que decanta en la adopción del *Paradigma Mecanicista* (Kierfohner, 2006).

De esta manera se establecerían, definitivamente, las bases racionales/empíricas de la práctica, la T.O. paso a ser un tratamiento médicamente dirigido, a la vez que se instituirá la rehabilitación como la filosofía vertebral.

En este nuevo camino, el de recuperar la función útil, la ocupación deja de ser el eje de la intervención en la profesión, constituyéndose como central lo paliativo-de remediación- y lo asistencial.

Y así las problemáticas se redijeron a efectos y consecuencias biológicas, neurológicas, kinesiológicas e intrapsíquicas, ubicable en el interior de una persona. Mientras que la salud se entendió como *ausencia de patología, enfermedad y discapacidad*. Representándola de esta manera como un estado ideal a alcanzar, necesaria para la vida cotidiana, persiguiendo la recuperación de dicho estado o la curación, poseyendo el profesional a cargo un rol de experticia y asimetría. En tanto es el quien toma la decisión de que tipo de intervención realizar.

A mediados de 1950 los/las teóricos/as de la T.O. comienzan a sensibilizar al colectivo profesional sobre el hecho de que la disciplina está dominada por

ideas reduccionistas, lo que generaría la pérdida vertebral de su episteme inicial (Rocha Medeiros, 2007; Morrison Jara, Olivares & Vidal, 2011).

La revolución científica de fines de 1960 y principios de 1970 provoca la emergencia de nuevos posicionamientos epistemológicos y, con ello, la emergencia de las otras propuestas tales como el interpretacionismo⁹.

En 1966, Elizabeth Yerxa advierte la necesidad de establecer claramente la necesidad de diferenciar - especificar - la Terapia Ocupacional para no perder Alrededor de 1970 Mary Reilly previene que el conocimiento fragmentado y desorganizado de la práctica necesita la consistencia y unidad que demanda la teoría (Rodolfo Morrison, Olivares y Vidal, 2011; Morena, 2013 citada en Telechea, Lopez, Guerra y Da costa Mattos, 2013). Durante esta época, esta profesora (junto con sus estudiantes), se dedicó a reinstalar el concepto de ocupación en el desarrollo de la teoría del ejercicio de la profesión y la visión de la persona como un sujeto integral (Morrison Jara, Olivares y Vidal, 2011; Morena, 2013). Estas nuevas tendencias, alrededor de 1980, fomentaron que se retomase la ocupación como centro de la profesión, ubicando a la T.O dentro del denominado *Paradigma Contemporáneo de la Ocupación* (Kierfohner, 2006).

El centro de tal episteme es la interpretación de la ocupación como fenómeno individual, incluyendo construcciones simbólicas (lo subjetivo e intrínscico) y culturales (Morrison Jara, Olivares y Vidal, 2011; Navarrete Salas, Cantero Garlito, Guajardo Córdoba, Sepúlveda Prado y Moruno Mirrales, 2015).

El sujeto no es tomado como una sumatoria de capacidades, propiedades o constituyente elementales, sino como un todo (unidad espiritual/ cuerpo-mente) en constante interacción con las tareas vitales dentro de un entorno específico dado y natural. Se los interpreta a las personas como seres activos, como actores centrales de su propio desarrollo y transformación; seres autorresponsables para mantener su propia salud (pudiendo coexistir con la patología, la enfermedad y la discapacidad) y para realizar elecciones acerca de los que quieren ser o hacer.

⁹ Esta corriente que contiene a la Etnometodología, la Fenomenológica y la Hermenéutica surge a raíz de la fuerte crítica que sufrió el funcionalismo (positivismo), como modelo para investigación sociológica, durante los años 60 y 70.

Con lo cual desde esta episteme se conceptualiza a la *salud como autosuficiencia y adaptación personal*. Es por ello que los profesionales se centran en las necesidades personales, poniendo el acento en las habilidades individuales para afrontar los desafíos que atraviesan los sujetos.

Desde este lugar las problemáticas se interpretan de manera individual, focalizándose la práctica profesional en la persona o en grupos pequeños (Galheigos, 2010). Por lo cual las dificultades en el desempeño ocupacional se los analizan basándose en la relación dinámica entre la persona, el contexto específico y la actividad.

Durante este momento, los/las profesionales comenzaron a redireccionar sus prácticas hacia una fundamentación más exhaustiva de los caracteres sociológicos y psicológicos del potencial humano (Rocha Medeiros, 2007).

Vinculándose con la psicología humanista, de la gestalt, existencialismo, y la micro sociología combinada con el funcionalismo (Guajardo Córdoba 2015).

Los cambios político – sociales, aquellos producidos en la concepción de la ciencia, así como los diversos contextos culturales en los cuales se llevó a cabo la práctica de la disciplina decantó en que el actuar profesional de ciertos/as trabajadores/ras de la T.O, en la actualidad, estén transitando por el *Paradigma Social De La Ocupación* (Morrison Jara, Olivares y Vidal, 2011).

Los /las trabajadores/ ras que se alinean con estas perspectivas sostienen que la realidad no es independiente de la voluntad y la praxis, existe una interdependencia entre este, y, la construcción de la misma (Guajardo Córdoba A., 2011; 2015). Existiendo en tales construcciones atravesamientos culturales, económicos, sociales y de genero (Guajardo Córdoba A., 2015).

Se entiende al sujeto como una organización emergente, una singularidad multidimensional, cuya subjetividad esta abierta al intercambio en un campo sociocultural determinado (Najmanovich, 2008; Guajardo Córdoba A., 2011; 2015).

Siendo en el interjuego con otros, atravesado por el lenguaje, la cultura, la emoción, y por la corporalidad (Najmanovich, 2008). El cuerpo es interpretado como una de las dimensiones del ser humano, la dimensión concreta-material, reflejo de oportunidades o de sufrimientos (de su historia personal); de cómo

opera el genero, la clase, cultura y distintos dispositivos de control y regulación social (Guajardo Córdoba A., 2015).

De esta manera el sujeto deja de ser considerado como individuo, como átomo social conformado por partes, o como una sumatoria de células que integran un aparato mecánico (lo corporal) e inmaterial (lo subjetivo, lo espiritual), para pasar a ser entendido como un ser integral inmerso en tramas vinculares y acciones colectivas en un contexto dado¹⁰(Najmanovich, 2008; Guajardo Córdoba A., 2011; 2015).

Es un espacio cognitivo donde mente y cuerpo, energía y materia, sujeto y objeto, son formas correlacionadas y no oposiciones de pares independientes (Najmanovich, 2008). En donde la actividad humana es conocida desde una perspectiva integral, es decir, propia de una categoría concreta, social, histórica y situada (Guajardo Córdoba A., 2011). Así, la ocupación se considera "(...)" como un fenómeno sistémico, complejo, económico, político, sanitario, cultural, social y coherente con la justicia y el bienestar de las comunidades "(...)" (Morrinson Jara, Olivares, Vidal, 2011, p.9). Se reconocen, de esta manera "(...)" las complejidades de los fenómenos de la ocupación en relación dialéctica entre los sujetos y su vida en sociedad" (Demichelis, 2014, p.172). Y por lo tanto las problemáticas no se definirían como efecto de algo biológico o psicológico ubicable en el interior de una persona, sino más bien desde una visión poliocular. Teniendo en cuenta que las mismas tienen que ver más con las condiciones socio político, económico, ecológico, con barreras concretas, valoraciones y prejuicios humanos, sumergiendo vidas alrededor de dinámicas de inclusión/exclusión.

De esta manera los profesionales entienden que la capacidad, la salud, la educación, la discapacidad y la existencia son *resultado de la equidad y la oportunidad social*.

¹⁰ Cuando se habla de los contextos, no considera exclusivamente los ámbitos cerrados de una institución o practica específica, sino que este debe ser considerado en su interrelación con el macro contexto para poder ser pensado en su especificidad, y a la vez en su interacción con los otros mundos con los otros mundos con los que convive (Najmanovich,2008, p.122)

Es por que tienen en cuenta las condiciones contextuales e históricas que caracterizan, conforman y sostienen el ser y hacer de las personas en su vida diaria.

Por lo antes mencionado los/las trabajadores/ras profesionales fundamentan su accionar en los derechos humanos (y otras perceptivas que se desprenden de los mismos como ser la perspectiva de genero, la cultural, perspectiva de interdependencia y de solidaridad intra e intergeneracional, etc). Y desarrollan prácticas que reivindican al sujeto, considerando su historia, rescatando su singularidad, en post de reestablecer lazos sociales que lo sostengan, durante la toma de conciencia de sus conflictos y de las problemáticas subyacentes.

De esta manera el/la trabajador/a profesional va mas allá de la simple adaptación al sistema social y comienza a perseguir la emergencia del sujeto colectivo (personas, grupos y comunidades), que en sus practicas ocupacionales, se reencuentran con sus capacidades, competencias, habilidades, recursos y potencialidades (Navarrete Salas et al., 2015).

Permitiendo en ese proceso de fortalecimiento (apoderamiento o empoderamiento), la reafirmacion de las personas como sujetos libres subjetivamente (autodeterminación y autodesarrollo), ciudadanos, personas de derecho, autoconscientes de su vida cotidiana y deseosos de transmutar el actual orden social.

Esta forma de acercarse a la realidad pone de relieve que "(...) que el rol y el ejercicio profesional conlleva decisiones políticas inherentes a los y las terapeutas ocupacionales" (Rodolfo Morrison, Olivares & Vidal, 2011, p.12).

Siendo la tarea ético-política de los/las trabajadores/ras profesionales de superación de aquellas formas de producir el mundo, que desencadenan relacionales sociales inequitativas e injustas en los distintos ámbitos de la vida.

Con lo cual supracitado pone en evidencia que este espacio cognitivo, predispone a que afloren practicas profesionales entran en dialogo con la perspectiva compleja y critica de las ciencias.

B) Terapia Ocupacional en America Latina y Argentina.

Puede suponerse que - si bien no únicamente - el factor coadyuvante para la creación de centros de estudios superiores de terapia ocupacional y otras especialidades en América Latina, específicamente en Argentina, Chile y Brasil, fue la presencia de las epidemias de poliomielitis (Texta, 2011). “En las demás naciones parecería que la motivación principal estuvo dada a partir de los sistemas de seguridad social y la necesidad de rehabilitar a las personas que habían sufrido accidentes de trabajo” (Texta, 2011, p.120).

Otros factores que influyeron en la delimitación de la profesión como un nuevo espacio de saber y de accionar dentro de las profesiones sanitarias fueron los avances tecnológicos y técnicos en dicha área, los aspectos sociales y políticos en un contexto nacional caracterizado por sucesivos gobiernos democráticos y militares - entre 1946 y 1983 - y la influencia de estos aspectos en la salud pública¹¹ (Texta, 2011).

Este fue el escenario apropiado para la concreción de la antigua aspiración de crear centros de formación de nivel superior que dieran respuesta a las necesidades de rehabilitación de los supervivientes de una enfermedad con impedimentos físicos permanentes (Texta, 2011).

De esta manera, el Centro Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL) comenzó con las acciones medulares un plan de formación de recursos especializados en rehabilitación impulsado desde el gobierno nacional (presidido por Arturo Frondizi, 1958-1962) (Memorias..., 1958; Acta..., 27 sep.

¹¹ Durante el primer gobierno de Juan Domingo Perón, en lo que respecta a materia sanitaria, se centraliza la gestión (la administración), se regionalizan las delegaciones sanitarias y se crea el Ministerio de Salud Pública (1949), siendo el primer ministro Ramón Carrillo. Se crearon, también, nuevos hospitales, consultorios externos, servicios intermedios, servicios de apoyo y centros de salud. La autodenominada “Revolución Libertadora” derroca al presidente elegido democráticamente en un violento golpe de estado. Las consecuencias en el contexto sanitario fueron la disolución, en 1955 (año del golpe), del Ministerio de Salud Pública (disolución que se extendió hasta el año 1958), incluyendo sus funciones en el Ministerio de Asistencia Social que, a su vez, fue disuelto ese mismo año, al asumir el General Aramburu (Briglia y García Sartirana, 2013). El sistema sanitario se reestructuró, descentralizó y la responsabilidad para con la salud fue delegada exclusivamente a las provincias. Entretanto, a nivel legislativo, este gobierno anula por Decreto la vigencia de la Constitución de 1949 y reimplanta la de 1853. En 1957 se agrega el Artículo 14 bis con algunos de los derechos y obligaciones sociales presentes de la Constitución de 1949 (Briglia y García Sartirana, 2013).

1956; Argentina, 23 mar. 1956 citada en Briglia y García Sartirana, 2013).

En 1956 llega desde Inglaterra Miss Betty Hollings para dictar el primer curso de auxiliares de Terapia Ocupacional.

En 1959 se inaugura, de la mano de Terapistas Ocupacionales inglesas provenientes del Dorset House School Of Oxford¹⁵, oficialmente, la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO), la primera escuela organizada en Sudamérica de acuerdo con los requisitos exigidos por la Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales (WOF) (Texta, 2011)¹².

“Las inglesas permanecieron dirigiendo la formación en la ENTO hasta 1964, cuando asume la dirección la T.O argentina Marta Fortain” (Briglia, García & Sartirana, 2013, p.37).

Los ámbitos de aplicación efectiva de la disciplina, en los inicios de la profesión, “(...) eran variados y abarcaban las instituciones psiquiátricas, de tuberculosis, los centros de ortopedia y rehabilitación, los hospitales generales, las escuelas especiales y los programas de cuidado en el hogar” (Texta, 2011). Con respecto a su definición inicial¹³, se presenta a la T.O en el interior de las disciplinas de la rehabilitación y bajo el ala médica (Texta, 2011).

Ahora, si bien los campos de intervención eran diversos, los/las trabajadores/ras profesionales se formaron desde concepciones muy limitadas de las teorías positivistas (Galheigo, 2012), de matriz anglosajona (Rocha Medeiros 2007, Guajardo Córdoba 2015). Primó un conocimiento técnico-científico por sobre la experiencia social y colectiva. Se interpreto a las

¹² De acuerdo con las investigaciones hay dos supuestos en relación a la elección del equipo de la Dorset House como personal formador de las profesionales Argentinas. Uno de ellos afirma que Dr. Nicanor Costa Méndez (integrante de la CNRL), en su juventud, viajó a la Inglaterra para rehabilitarse de los efectos de la poliomielitis. Allí conoció los beneficios de las Terapias Ocupacionales y por ello sugirió que dicha escuela sea la encargada de tan noble tarea (Texta D., 2011).

Otro supuesto no excluyente del anterior asevera que “(...) los requisitos de infraestructura exigidos por parte de la *Dorset House* eran más sencillos de cumplir que los requeridos por otras escuelas norteamericanas para la instalación de un centro educativo en nuestro país (Botinelli, Nabergoi, 2009 citada en Texta D., 2011, p.132).

¹³ La Terapia Ocupacional era definida como “(...) un procedimiento rehabilitatorio llevado a cabo por Terapistas Ocupacionales bajo prescripción médica, que utiliza actividades manuales, creativas, recreativas, sociales, educativas pre-vocacionales e industriales para dar al paciente la respuesta deseada física o mental o ambas” (Folleto CNRL, 1960 citado en Texta, 2011, p. 123).

personas en compartimentos estancos (lo físico, lo psicológico, lo neurológico), como una sumatoria de capacidades/ propiedades, como singularidades aisladas y separadas del contexto vincular socio-histórico-cultural. Se instaló una mirada dualista, que separa lo corporal (material, biológico, organismo adaptativo, conjunto de subsistemas) de lo subjetivo. Mirada que es equivalente a la polaridad excluyente sujeto-objeto (Najmanovich, 2008) y que deriva en el acento del carácter físico del cuerpo y las causas positivas que lo atraviesan o la subjetivización de la mente. En el primer caso se niega el poder de la mente y sus efectos en lo corporal, en el segundo caso el cuerpo- al ser calificado como una imagen especular de un ente material, objetivo e independiente- queda vaciado de significados.

De esta manera se representa la mente y el cuerpo como habitantes en un realidad separada, compartimentada, unidimensional (la física, psíquica o socio- cultural) – atemporal (ahistórica), direccionada por leyes de la biología y la física.

La salud fue abordada en términos dicotómicos salud-enfermedad, funcionalidad/ disfuncionalidad, presencia/ ausencia de patología o discapacidad (Zango Martín y Moruno Millares, 2013). De esta manera la práctica profesional se orientó hacia lo asistencial/lo paliativo/lo terapéutico, más que con el desarrollo de la calidad de vida de las personas (Morrison, Olivares & Vidal, 2011). Es decir que, por un lado, se concibió a la de salud de manera monológica, unidireccional, unidimensional y asimétrica (Simó Algado S., 2011), y por otro, "(...) como un estado ideal a alcanzar, necesario para la vida cotidiana" (Zango Martín & Moruno Millares, 2013, p.18). No teniendo en cuenta el impacto que las condicionantes sociales (nutrición, salubridad, vivienda y otras condiciones de vida), tienen sobre el bienestar individual y colectivo.

Se instaló en la disciplina una verdad tajante: la pérdida de salud disminuye la capacidad para comprometerse en la ocupación (Kielfhorfner G., 2006). Es por ello que las ocupaciones fueron definidas casi exclusivamente, a partir de enfermedades, pérdidas, deterioros; siendo el desempeño ocupacional

determinado de manera directa por el grado de integridad del sistema nervioso, intrapsíquico o musculoesquelético (Demichelis M., 2014).

Así una vez identificadas la causa específica o el problema subyacente, se crean objetivos diferenciados y tangibles, para la restauración de la capacidad funcional o la compensación de los efectos que genera la disfunción. Se prescriben todo tipo de procedimientos y dispositivos ocupacionales, gestionadas a través de tratamientos individuales.

De esta manera las actividades se interpretaron de acuerdo a una categoría cartesiana, externa al sujeto, como instrumentos/medios/métodos específicos de intervención para la reducción de los estados patológicos, padecimientos psíquicos o deterioros cognitivos; como mediadores con el ambiente, o a lo sumo como la expresión de la interioridad de los sujetos (Guajardo Córdoba A., 2011).

Estos lineamientos profesionales al poner el acento en la falta/el deterioro, conducen a la caracterización- aunque se reconozca a la persona como ente activo en su recuperación/ en el hacer- de la persona como un ser vulnerable/ignorante/ débil/ limitado/a/discapacitado/a, de esta manera se le impone (de forma no conciente), su saber sobre el y, se lo omite como sujeto que sabe (no sabe). Como consecuencia “(...) la información, así como el conocimiento (...) [de este es], relegada, cuando no ignorada (...). (Caramés García citada en Fernández Juárez, 2004, p.41).

Lo supracitado pone en evidencia la estrecha relación de las practicas profesionales de las primeras cohortes de terapistas ocupacionales con el modelo biomédico-psi, es decir con el modelo medico rehabilitador de alteración-recuperación, y el modelo psiquiátrico/ psicológico de desviación-control¹⁴ (Guajardo Córdoba A., 2015).

En diálogo con dicha afirmación, Texta (2011) asevera que, si bien la profesión era una “(...) disciplina subordinada a la medicina, conservaba una mirada humanística propia que involucraba aspectos culturales, espirituales y

¹⁴ Este modelo se comenzó a implementar a fines de los 60, a través del material de los Fidler (Martinez Anton, Jiménez, Curtesis citadas por Telechea, López, Guerra & Da costa Mattos, 2013).

contextuales en la instrumentación de la terapéutica específica” (p.127). Esto significó la habilitación de “(...) espacios de reconocimiento y experimentación de otros posibles modos de andar, caminar, hacer y ser, desde una perspectiva ligada a favorecer la autonomía -de las personas más allá de los modos convencionales” (Texta, 2011, p.127).

Recuperando la historia de la Terapia Ocupacional en Argentina, se ha identificado que en sus inicios esta estaba ligada a enfoques humanistas, que coexistían con enfoques biomédicos, sin embargo, las raíces humanistas constituirían un elemento importante en su génesis.

**CAPÍTULO IV: SOBRE TERAPIA OCUPACIONAL Y
GERONTOLOGÍA: UNA PERSPECTIVA CRÍTICA.**

*Crearse el derecho para nuevos valores es la más
terrible conquista para un espíritu sufrido y reverente...*

Nietzsche.

Desde Terapia Ocupacional, el área de gerontología es una de las áreas en las que la disciplina y profesión interviene. Específicamente esta nace como caso de estudio porque Mar del Plata es un enclave gerontológico como lo evidenciado el último censo realizado en el 2010. El cual arrojó que el 19,2 % de la población total de la ciudad corresponde a personas mayores. Es por lo antes mencionado que en este capítulo se realizará un acercamiento a pensar el recorte de análisis, explorando la gerontología como disciplina, su desarrollo desde la teoría crítica, y se realizará una aproximación entre el estudio de caso (las prácticas en los talleres de memoria dependientes del programa socio-comunitario de PAMI) con la Terapia Ocupacional y con la gerontología crítica.

A) GERONTOLOGÍA: UN CAMPO EN FORMACIÓN.

La gerontología es una disciplina que se desarrolla, fundamentalmente, a mediados del siglo XX. Estudia, como su nombre lo indica, la vejez, entendiendo a esta como el subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más abarcativo: el envejecimiento (Roqué y Fassio 2012). La gerontología tendría tres principales objetos de estudio: las personas mayores de 60 años de edad, la vejez y el envejecimiento.

Este campo forma parte y se diferencia del campo de geriatría, en tanto que esta forma parte de la rama de la medicina que se enfoca en los aspectos clínicos y terapéuticos del proceso salud/ enfermedad de las personas mayores.

La gerontología es un campo que se desarrolla en el ámbito institucional y comunitario. Conformar un corpus de conocimientos específicos desde una mirada interdisciplinaria.

A través de la acción interdinámica entre disciplinas (medicina, antropología, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, economía) aborda dicha situación vital involucrando múltiples aspectos (biológicos, psicológicos, demográficos, económicos, culturales sociales).

Este campo –al igual que las disciplinas que lo conforman- no escapa a los cambios históricos, políticos, sociales y culturales que cuestionan los saberes preestablecidos. Yuni y Urbano (2008) plantean claramente esta situación al historizar el proceso de producción de teorías gerontológicas, dividiéndolas para su taxonomía en tradicionales (asociadas al modelo biomédico, a la geriatría en tanto que enfatiza los procesos biológicos de salud y enfermedad) y dos generaciones que devienen de las teorías sociales.

Las primeras cohortes sociales aparecen entre las décadas de 1940 y 1960.

Incluyen las teorías de la actividad, de la desvinculación, de la modernización y de la subcultura de la vejez (Yuni & Urbano 2008). Desde 1970 a 1985 surge la segunda cohorte - que incluiría la teoría de la continuidad, de la competencia social, del intercambio, del ciclo vital, de la estratificación de la edad y de la economía política del envejecimiento – de teorías sociales en la gerontología.

Éstas se constituyeron sobre la base de las anteriores o por el rechazo de ellas (Yuni & Urbano 2008). La tercera cohorte nace hacia finales de 1980 como oposición al paradigma positivista, construyéndose a partir de las perspectivas críticas del paradigma fenomenológico-comprensivo, "(...) entre cuyas características se destaca su carácter multidisciplinario y su énfasis en la necesidad de resolver la cuestión de los intereses sociales e ideológicos que subyacen a la construcción de teorías sobre la vejez y el envejecimiento" (Yuni & Urbano 2008, p.153).

De esta nueva generación de teorías devienen los supuestos de la Gerontología Posmodernista, la Gerontología Crítica y la Gerontología Feminista, entre otras (Yuni & Urbano, 2008).

B) GERONTOLOGIA CRÍTICA.

La Gerontología crítica nace de la mano de Moody, quien se encargaría de recuperar la tradición de la teoría crítica de La Escuela De Frankfurt (Moody 1988, 1993 citada en Acrich, 2012). Esta escuela se opone al predominio del mercado y al positivismo; desconoce la existencia de una ciencia como única verdad, objetiva y libre de valores y tiene como "(...) interés central la interpretación del significado de la experiencia humana, la distribución social de la riqueza, la justicia social, con el objetivo de desarrollar una teoría social interdisciplinaria que sirva como instrumento de transformación social" (Acrich, 2012, p.19).

Con lo cual, para este tipo de gerontología crítica, los constructos filosóficos y científicos son esencialmente construcciones y prácticas socioculturales (Yuni & Urbano, 2008).

De este lugar el conocimiento al producirse a partir condiciones socio-históricas, del trabajo y de lo social es un conocimiento social, y la ciencia es una forma más de comprender y conocer la realidad.

Según Iacub y Sabatini (2012), la misma recupera "(...) los abordajes de la economía política marxista y del post - estructuralismo, e incluye la economía política del envejecimiento, las teorías feministas, las teorías de la diversidad y la gerontología humanista (p.14).

Por lo antes dicho es que la gerontología crítica interpela a la gerontología tradicional, en tanto afirma que esta se constituye teniendo como base todo gran grupo de disciplinas cuyos objetos de estudio y métodos se definieron en relación a las disciplinas científicas de carácter biológico, conductual y funcionalista (Iacub & Sabatini, 2012). Su producción de conocimientos – desde un marco de análisis derivado de las ciencias naturales – sucedería desde el terreno de las disminuciones y de las pérdidas físicas y psíquicas (modelos decrementales del envejecimiento).

Pone en evidencia que ciertos conocimientos o conceptos claves adoptados - autonomía, salud, independencia, vejez y declinación, etc - por la gerontología tradicional son considerados como meras categorías científicas libres de valores ético - políticos.

Por lo cual, la gerontología crítica reclama un examen *no neutral* de los modelos conceptuales desarrollados por la gerontología tradicional (Iacub & Sabatini, 2012). Entendiéndola, a su vez, como una ciencia que busca la mantención del orden social y establecido y el mantenimiento de la legitimidad del orden científico en la sociedad (Iacub & Sabatini, 2012). Dirían, Iacub & Sabatini (2012) que la gerontología tradicional, es utilizada para sostener "(...) modelos de sujeción de la vejez y de los dispositivos etéreos" (p.15).

En contraposición, los/las profesionales que adhieren a la gerontología crítica tratan de contrarrestar los presupuestos reduccionistas (concepciones decrementales y deficitarias) que expondrían al envejecimiento como un proceso individual, de naturaleza esencialmente biológica, y a la vejez como un pasaje inevitable hacia la dependencia y decadencia (Freixas Farré, 2008; Yuni & Urbano, 2008). Intenta, asimismo, transitar caminos reconstructores de verdades absolutas que admitan interpretaciones diversas del fenómeno a estudiar (Freixas Farré, 2008; Yuni & Urbano, 2008).

Por otro lado, desde la gerontología crítica se sostiene que los procesos intelectuales no deben ser aislados de la praxis social. Es por ello que sus investigaciones teorizan sobre las dimensiones subjetivas e interpretativas de la experiencia humana del envejecimiento, a la luz de las tendencias socio - culturales relacionadas con el género, la etnia y la clase social. De este modo, se investigaría el proceso de envejecimiento como un fenómeno psicosocial (Moody; 1988 citada en Iacub & Sabatini, 2012, p.15).

Esto conlleva, en tanto se respeta y se acepta la diversidad de la persona mayor y se la reconoce como productora de saberes, una ética basada en los derechos humanos y una acción política de un conocimiento - de una ciencia crítica - que promueva la libertad y autonomía de dichos sujetos.

Concluimos afirmando que la gerontología crítica se enfoca no sólo en el avance técnico, sino que, también, se implica en acciones en pos de producir un conocimiento emancipatorio y sus respectivos cambios prácticos – la efectivización de tal empoderamiento - (Moody 1988; 1993 citada en Iacub & Sabatini, 2012). Busca transformar, asimismo, las condiciones de alienación de las personas mayores, creando una realidad potenciadora para que este sector de la población mejore su calidad de vida y se halle en una mejor situación física, mental y social.

C) GERONTOLOGÍA CRÍTICA Y TERAPIA OCUPACIONAL.

La apertura del campo profesional hacia la gerontología viene de la mano de las tendencias internacionales, así como también de las necesidades regionales y locales debidas, en gran parte, al aumento progresivo de personas mayores.

Desde 1970, los/las trabajadores/as de la T.O comenzaron a trabajar con personas mayores en el ámbito de la geriatría (Hopkins y Hopkins, 1998).

El escaso material teórico generado sobre este tema en Argentina evidencia que las primeras experiencias profesionales, específicamente en las instituciones geriátricas, comenzaron a realizarse alrededor de 1981 (Esteve y Resiga, 1996).

Así mismo, debido a la inexistencia de material relacionado a los inicios de las prácticas profesionales en el área de gerontología en la ciudad de Mar Del Plata, se propiciaron espacios de encuentros con referentes del área. Las mismas afirmaron que, en la ciudad, sólo recién a comienzos de los 80 se emprendería el trabajo de los/las trabajadores/ras de la T.O en el área de la gerontología institucional.

Puede afirmarse que la crítica no es un modelo para la intervención, sino que constituye un movimiento de interpretación de la realidad, de la actividad humana. Desde una posición crítica se entiende que la configuración del sistema social es producto de relaciones de poder que promueven verdades, así como las relaciones económicas.

Y por lo tanto el desarrollo de ambos campos disciplinarios es ineludiblemente político.

Así esta forma de concebir e interpreta la realidad invita al cuestionamiento constante y a la formulación de problematizaciones sobre diversos los desafíos sociales.

Por otro lado teniendo en cuenta los planteamientos de Díaz Garcelz y Esquerdo (2007, citado en Herreras Sandoval y Valderrama Nuñez, 2014) en relación a los saberes teóricos y epistemológicos de la profesión en y desde el campo de actuación socio - comunitaria puede decirse que, para aportar conocimientos significativos a la gerontología desde un lugar *no neutral*, hay que tener en cuenta tres cuestiones. En primer lugar, hay que superar la especialización excesiva de la profesión para abordar la pluralidad de los conocimientos sobre los procesos sociales en la vejez. La segunda cuestión a tener en cuenta es que, las acciones y la voz de las personas mayores no pueden estar dissociadas del contexto político, económico, social y cultural.

Por último, la acción de la Terapia Ocupacional debe orientarse a lo no estandarizado, es decir: los/las trabajadores/as de la profesión deben focalizarse en los significados e interpretaciones que le atribuyen las personas mayores a su práctica concreta en el mundo de la vida cotidiana.

Esta recuperación de la vida cotidiana como campo socio ocupacional histórico se opone con firmeza a los modelos biológicos, psicológicos y sociales que

invisten al envejecimiento y a la vejez de aspectos deficitarios y decrementales (Acrich, 2012).

Por lo tanto, la mirada crítica (una manera de establecer una relación dialéctica entre la terapia ocupacional y la gerontología) es un faro para que los/las profesionales cuestionen su hacer y problematicen cuál es la relación existente entre el poder, lo económico y los fenómenos socio – ocupacionales que han producido a la profesión y a la gerontología como dispositivos gubernamentales, con el fin de sujetar y/o gobernar a las personas mayores.

Además esta mirada favorece y permite – durante el desarrollo de las prácticas se elaboran los conceptos que hacen al marco teórico de disciplinas como la gerontología y la Terapia Ocupacional- reconocer las implicancias éticas, así como lo intrínsecamente político a las profesiones. Es decir, tener en cuenta que la propia actividad investigativa y las prácticas profesionales (en nuestro caso, en los talleres de memoria dependientes del programa sociocomunitario de PAMI) pueden perseguir la normalización y homogenización o el fortalecimiento, y la emancipación de las personas mayores.

También orienta a que, en la práctica diaria, se tenga siempre presentes diversas perspectivas (de derechos, de género, intercultural, etc.), que persigan la igualdad de ciudadanía, ya que confieren a las personas mayores el reconocimiento de como actores políticos en sus propias narrativas, como seres participativos, responsables, libres para recrear activamente el mundo.

**CAPÍTULO VI: DEFINICIÓN HISTÓRICA DE LA VEJEZ DESDE
LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX; EL ESTADO
ARGENTINO Y LAS PERSONAS MAYORES.**

*Recuerda que ser libres comporta
asumir en cada uno de
nosotros la posibilidad de cambio y
que la mejora de la actividad pública
solo depende de nosotros,
de lo que
estamos dispuestos a construir.
Hannah Arendt.*

En este capítulo se realizará un breve recorrido en relación a la longevidad como un hecho que provoco un cambio radical en la humanidad, generando nuevas interpretaciones en relación a esta etapa de la vida. Se realizará una breve contextualización de las entidades estatales responsables de la creación y puesta en marcha de políticas públicas para este grupo etáreo, se revisará los modos de comprensión de la vejez como objeto de políticas públicas específicas, se entrecruzarán nociones de vejez, envejecimiento, derechos y ciudadanía y se caracteriza el programa del cual dependen las prácticas de las/los profesionales.

A- LA REVOLUCIÓN DE LA LONGEVIDAD EN LA ARGENTINA DEL SIGLO XXI.

Según Tamer N. (2008), aludir al término revolución implica concebir la longevidad como un cambio radical en la humanidad, que genera nuevas interpretaciones en relación a esta etapa de la vida. Resignificándose el aumento poblacional, la vejez y el envejecimiento, de manera que dejan de considerarse como un problema (*no dejan de problematizarse*) para pasar a formar parte de un proceso vital, como puede serlo el alargamiento del curso de vida.

Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica, mostrando signos de su envejecimiento desde 1970: estos signos indican, por su parte, que la esperanza de vida ha aumentado casi 20 años (Ministerio de la Salud de la Nación Argentina, fundamentación, 2007, p.3). De los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en el 2010 se desprende que en la Argentina hay 5.725.838 mayores de 60 años, es decir, un 14,3% de su población total (Roque y Fassio, 2012).

Se estima que "(...) para el año 2050 uno de cada cuatro habitantes de nuestro país será adulto mayor (aproximadamente siete millones de personas) y disminuirá concomitantemente el peso relativo de los jóvenes: habrá nueve adultos mayores por cada diez jóvenes entre 0 y 14 años" (CEPAL - CELADE, 2004 citado Roque & Fassio, 2012, p.61).

Así como los procesos de transición demográfica difieren en los países de América Latina, el proceso de envejecimiento poblacional varía cuando se desplaza hacia el interior de nuestro país. La jurisdicción más envejecida es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (con una persona mayor cada cinco habitantes) y las provincias más jóvenes son las patagónicas.

En el partido de Gral. Pueyrredón la población de las personas mayores se encuentra alrededor de lo 119.006 habitantes (sobre un total de 618.989), constituyendo el 19% del total de los residentes (Elichiribehety, García & Labatti, 2013). De acuerdo a este dato, Mar del Plata es "(...) uno de los centros urbanos del país con mayor población envejecida, lo que nos hace ver

la ciudad como un centro de enclave gerontológico” (Elichiribehety, García & Labatti, 2013, p.6).

La longevidad en la Republica Argentina, desde el punto de vista demográfico, se debe a tres factores (Roque & Fassio 2012):

1) La disminución de la fecundidad:

En Argentina, “el número de hijos por mujer ha ido descendiendo paulatinamente, pasando de 3,15 en el quinquenio 1970 - 1975 a 2,35 en el quinquenio 2000 - 2005”. La tasa bruta de natalidad fue disminuyendo progresivamente pasadas las décadas: en 1970 - 1975 se registraron 23,4 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que entre 2000 - 2005 fueron 19,7 nacimientos por cada mil habitantes.

2) La tasa de mortalidad:

En Argentina, dicha tasa ha descendido progresivamente, pasando de 9,0 fallecimientos por mil habitantes en 1970 - 1975, a 7,9 por mil habitantes entre 2000 - 2005.

Según la Declaración de Río (2011), hay que tener en cuenta que este cambio es un proceso que impacta en todas las áreas de las sociedades modernas y que produce un efecto retroactivo modificando así tanto la definición como las características de cada grupo etéreo.

Roque & Fassio (2012) plantean que, en el interior de la población adulta mayor, el incremento de la expectativa de vida produce dos fenómenos: el denominado *envejecimiento del envejecimiento*, es decir, el incremento de la proporción de personas de edad muy avanzada y, asimismo, el incremento de personas mayores mujeres conforme va avanzando la edad, denominado feminización del proceso de envejecimiento (Roque & Fassio, 2012). En los datos censales del 2010 puede notarse que el 2,4 % de las personas mayores tienen 80 años, que hay 74 varones por cada 100 mujeres de 60 años y 55 varones por cada 100 mujeres mayores de 75 años. Las autoras alertan que las mujeres, mientras más envejecidas, pueden tener mayores dificultades con respecto a su discapacidad particular. “(...) Los años de vida ganados no son siempre de mayor calidad de vida” (Roque & Fassio 2012; pp.70-71).

3) Las migraciones externas e internas:

La mayoría de las personas que migran son jóvenes y, conforme pasa el tiempo, la población migrante envejece; por lo que, en el país que los recibió, se produce un efecto envejecedor (Roque & Fassio 2012). En la Argentina, la última dictadura militar y la década de los 90 fueron factores determinantes en la producción de migraciones. Pero, como lo evidencian los datos registrados en el período 2000 – 2005, el saldo migratorio se negativizó, con lo cual en Argentina los cambios en su estructura poblacional se produjeron por el efecto conjunto del descenso de la tasa de fecundidad y mortalidad (Roque & Fassio 2012). Con respecto a la migración interna, "(...) la ciudad de Mar del Plata, por ejemplo, configura una situación particular: recibe población añosa" (Elichiribehety, García & Labatti, 2013, p.1).

Esta breve descripción evidencia que el envejecimiento demográfico y la vejez son hechos innegables que demandan atención, así como la creación y ejecución de una serie de respuestas unificadas y coherentes (objetivos, decisiones y acciones) por parte de las políticas públicas (Villanueva 1997 citado Del Rosso, Di Luca, Latella, 2013).

B- FORMAS DE CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ; LAS PERSONAS MAYORES COMO SUJETOS DE DERECHO. MODOS DE DENOMINACION DEL GRUPO DE ESTUDIO.

En lenguaje (y la lengua) desempeñan un papel esencial en la historia sociocultural, pues expresa el sistema de pensamiento colectivo y transmite formas de conocer, sentir y actuar en lo social.

Según Iacub & Sabatini (2012), al ser las personas "(...) sujetos del lenguaje, resulta indispensable discernir de qué modos se habla desde el otro, desde la cultura, ya que los significados socialmente establecidos inciden en la construcción de las identidades, en tanto esos códigos funcionan como descriptores que modelan sujetos" (p.14).

Partiendo de estas bases - si bien cualquier tipo de terminología absoluta o absolutizadora sería ajena al análisis presente - hay ciertos conceptos que, dependiendo de cómo (de la modulación, el tono y las características de la

locución), dónde (cultura y estructuras geopolíticas) y cuándo (condiciones sociohistóricas, contextuales) se los enuncie, engendrarían o no discursos que colaborarían en la producción de subjetividades desempoderadas, en la reproducción de representaciones sociales excluyentes o en la fomentación de la participación e inclusión social de este grupo [personas mayores] poblacional.

Es por ello que, para mayor comprensión de lo antes dicho, se recorrerán las conceptualizaciones y connotaciones que encierra cada nominación verbalizada en las actuaciones de los/las trabajadores/ras profesionales.

Se analizarán los modos de denominación según su etimología, tomando en cuenta la franja etárea - como categoría socio-cultural – a la que los sujetos pertenecerían (Roumec, 2015) y según la perspectiva biomédica.

Desde la perspectiva biomédica se asimila la vejez a la enfermedad, identificando a este grupo etéreo con portadores de problemas médicos, es decir, personas que requieren intervención médica. Desde este lugar, las personas mayores estarían ausentes, desaparecidas como sujetos activos y reaparecidas como objetos de intervención.

Las nominaciones asociadas con estas representaciones son las de pacientes, pacientes mayores o pacientes adultos mayores. Pueden encontrarse, en este tipo de categorizaciones, relaciones imbricadas de carácter monológico, directivo, asimétrico y paternalista.

En la actualidad, la noción de *viejo* está asociada a la edad cronológica/biológica, a la merma de las capacidades funcionales y cognitivas y a la gradual disminución de la densidad ósea y del tono muscular de las personas mayores. (Arber y Ginn, 1995 citados Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2010).

No se refiere a una edad expresada en años: se refiere al proceso de envejecimiento físico, fisiológico y/o biológico (Huenchuan & Rodríguez- Piñero, 2010).

En este concepto se encuentran dos categorías: *viejos - viejos* y *viejos - jóvenes*. La primera categoría corresponde a un grupo de personas mayores caracterizadas como débiles y enfermizas mientras que, por otro lado, la

segunda categoría se refiere a aquellos sujetos que, a pesar de las pérdidas de ciertas capacidades instrumentales y funcionales, son activos/as y vigorosos/as (Papalia y Wendkos, 1988 citados en Huenchuan & Rodríguez- Piñero, 2010).

La palabra *viejo*, según su etimología, proviene del latín vulgar *veclus*, derivado del latín clásico *vetulus*, diminutivo de *vetus* que significa “de cierta edad, algo viejo o viejecito”. El término veterinario procede de su raíz latina, *veterinarius*, derivado de *veterinae*, que significa, asimismo, bestia de carga; animal viejo, impropio para montar, que necesita más del veterinario que los demás (Corominas y Pascual, 1980 citados en Iacub & Sabatini, 2012).

Vinculado a este término se encuentra *vejar*, del siglo XVI, término que proviene del latín *vexar*, que significa sacudir violentamente, maltratar; de allí, también, el término vejamen (Corominas & Pascual, 1980 citados en Iacub & Sabatini, 2012). Este concepto comparte la misma raíz lingüística que vejatorio, vejestorio, vejete y vejez (Corominas & Pascual, 1980 citados en Iacub & Sabatini, 2012).

Iacub & Sabatini (2012) nos indican que el “(...) término vejez comienza a usarse hacia fines del siglo XIII y el verbo envejecer, así como envejecido o envejecimiento, en el siglo XV” (p.17), y que sus “(...) derivados burlescos de vejestorio y vejete aparecen en el siglo XVIII” (Iacub & Sabatini, 2012, p.17).

Los supracitados autores expresan que la palabra viejo/a resulta, en la comunidad lingüística argentina- e hispanoamericana- como la más interiorizada socialmente, aún cuando la misma produce un alto nivel de rechazo. En las lenguas hispano hablantes esta noción porta una connotación peyorativa: se relaciona con la idea de cosa gastada, deteriorada por el uso y el paso del tiempo (Strejilevich 2004 citado en Di Domizio, 2011).

Otra de las palabras utilizadas para denominar a este grupo etéreo y/o a los individuos que lo componen es *senil*, adjetivo que significa “propio de la vejez”. Sus principios se registran en el siglo XVII. “Su etimología latina *senilis* deriva de senectud o [del latín] *senectus*, *utis*, palabra que aparece en nuestra lengua en textos de 1438” (Iacub, Castro, Petrongolo & Tuchmann, 2012, p.18). Esta palabra está relacionada con el Senado Romano, debido a que este era un espacio privilegiado para los seniles o *senex* (Mouratian, 2012). Durante el

imperio romano, el *ciudadano senil*- aquellos sujetos que tenían 60 años o más- podían postularse para ser parte de dicha institución (Iacub, et. al, 2012). Con lo cual, para la época, ser senil connotaba un término altamente positivo en el estrato de la vida política (Iacub, et. al, 2012).

De la palabra senil se conforma el sustantivo *senilidad*, transformándose en el siglo XIX - a partir de las lecturas médicas de la vejez - en sinónimo de enfermedad(es) (Iacub, et. al, 2012).

Así, en la actualidad, este término se refiere al “(...) proceso que se manifiesta en aquellos sujetos que sufren un nivel de deterioro físico o mental (o ambos) que les impide desarrollar con normalidad su vida social e íntima” (Fericgla, 1992 citado en Huenchuan & Rodríguez-Piñero, 2010, p.14).

En cambio, la nominación anciana/o, que data del siglo XIII, deriva del antiguo proverbio romántico “anzi” significa “antes” en español, y antes proviene del latín “ante”. (Iacub, et. al, 2012). Destaca la relación del sujeto con el tiempo y, en cierta medida, con su grupo social, ya que *es aquel que estuvo antes*, dándole un sesgo de valor plurívoco al *antes* (Iacub, et. al, 2012, p.18).

Cuando nos referimos a las nominaciones en relación a la franja etárea - como categoría socio-cultural -, encontramos las nociones de *abuelo*, *tercera edad*, *jubilados*, *personas de edad* y *adultos mayores*.

El término *tercera edad* - al no existir evidencias biológicas, médicas o fisiológicas de que la vida del ser humano se divida en tres edades – está relacionado con los cambios ocurridos en el cuerpo, es decir, con la edad social (convención social). El concepto nace en los años sesenta, al poco tiempo de la instauración de la jubilación universal en Francia (Iacub, et. al, 2012).

Para Ham Chande (1996, citado en Huenchuán Navarro, 1998) este término refiere a la idea de una edad avanzada, dentro del marco de la funcionalidad y autonomía. Constituiría, asimismo, “(...) un estereotipo que se acerca mucho al de la edad dorada, luego del retiro de la actividad, y que supone que los ancianos (el concepto está más referido a los hombres que a las mujeres debido que parte del supuesto de una jubilación universal) tienen un tiempo de ocio para dedicarlo al placer y a la diversión” (p.3). Con lo cual, si bien existe un fundamento biológico y/o cronológico en el que se asienta (en la noción de

envejecimiento) está, a la vez, íntimamente imbricada con el concepto y las dinámicas del consumo, de los ciclos vitales y de las políticas sociales - sistema de pensiones, seguridad social y servicios sociales - impuestos por cada sociedad. (Fericgla 1992 citada en Huenchuan & Rodríguez-Piñero, 2010).

Para Romieux (1998), Fericgla (1992 citado/a en Huenchuan & Rodríguez-Piñero, 2010) la cultura occidental se edificó sobre la sobrevaloración de la vida en detrimento de la muerte -produciendo su posterior estigmatización-.

La sobrevalorización de la vida, como valor positivo máximo, serviría a modo de pantalla para con la mortalidad y finitud humanas; de allí que, aquellos más cercanos a finalizar su ciclo vital, también sean estigmatizados.

La noción y la práctica de la jubilación nacen y se desarrollan en el modelo de producción industrial capitalista del siglo XIX como recompensa a los trabajadores de más de cincuenta años que han percibido una contraprestación económica, es decir, un salario. Desde esta apreciación, la jubilación sería el paso hacia una etapa dorada, sólo accesible a los que hayan aportado al sistema provisional. De esta manera, el término *jubilado* se referiría estrechamente a esta condición particular más que a la edad cronológica.

Si bien el sistema de jubilación surge como el reconocimiento de los estados para con un grupo etéreo que llega a una determinada edad cronológica, los grandes cambios en el mercado de trabajo han generado que se asocie a la juventud con la flexibilidad laboral y, a las personas mayores, con la rigidez, con mayores costos laborales y con una baja eficiencia desde el punto de vista productivo.

Desde esta perspectiva, el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad debido, principalmente, al total apartamiento de sus responsabilidades, privilegios y del prestigio asociado al empleo.

Cuando se denomina como *abuelo/a* a una persona mayor se está haciendo referencia, específicamente, al rol que ocupa dentro de la sociedad y al vínculo que detenta en la familia.

Es decir que, el concepto de jubilado/a – abuelo/a, en la representación social occidental, se asocia al aislamiento, a quedar excluido del espacio de intercambio de bienes y servicios.

El concepto de personas de edad nace en la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que celebró la ONU en 1982 en Viena, Austria. Este acto refleja el creciente compromiso de los gobiernos para con este grupo etéreo.

Posteriormente, en seguimiento con diversas iniciativas internacionales que buscaban visibilizar a las personas de edad como parte integral de la sociedad, así como también promocionar sus derechos y su autonomía, el 14 de diciembre 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas (O.N.U) designa el 1° de octubre Día Internacional de las Personas de Edad ([resolución 45/106](#), O.N.U, 1990).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) considera el término *adulto mayor* a quien posee una edad mayor o igual a 60 años en los “países en vías de desarrollo” y de 65 años o más a quienes viven en “los países desarrollados” (O.M.S, 1985 citado en Torres Olmedo, 2003). Otorga estas diferencias cronológicas según las características socio – económicas de los países (Torres Olmedo 2003).

En 1999, las Naciones Unidas establecen oficialmente la denominación de este grupo poblacional *personas adultas mayores* (RES/50/141, O.N.U, 1999). Este concepto busca “(...) designar un sujeto con menos diferencias con el adulto más joven y, en alguna medida, trata de aportar nuevos significados asociados a estos términos tales como autonomía, derechos, principios, etc., reivindicando con ello un nuevo status dentro del contexto social actual” (Iacub & Sabatini, 2012, p.19).

Luego de haber hecho un breve análisis de los términos antes mencionados, se encuentran ciertas nomenclaturas que limitan la carga negativa de los términos tradicionales que aluden a la vejez. A pesar de esto, permanecen en las construcciones sociales otro tipo de denominaciones que no sólo reafirman, por contraste u oposición, el valor de la juventud por sus características de flexibilidad, salud y fortaleza, sino del envejecimiento como el viaje ineludible

hacia la enfermedad, el deterioro, el déficit, las pérdidas y/o carencias de capacidades económicas, físicas, biológicas y sociales.

Por otro lado, todos los ejemplos de la terminología analizada poseen en su raíz lingüística, como base, el género masculino. Puede suponerse, por lo tanto, que la enunciación pura de estas denominaciones – que no diferenciarían los géneros- se constituirán como otra de las formas de invisibilización y opresión que sufren las mujeres mayores.

Basándose en lo antes dicho, puede sostenerse que estas formas de nominar, al llevar implícito el sistema de desigualdades en función de la edad y del género, son una forma de expresión de las “(...) conductas negativas hacia las personas mayores, inconscientes algunas veces, pero, muchas otras, conscientes y activas” (Tamer, 2008, p.94). Asimismo, el entramado de las categorizaciones puede conformar la caracterización de las personas mayores como dependientes, pseudoactivas, pasivas, improductivas y como “(...) co-protegidos, y aunque se emprendan actividades destinadas a mejorar determinadas capacidades individuales —de liderazgo o de participación—, en raras ocasiones se piensa realmente en incluirlas plenamente” (Etxeberria, 2008 citado en Huenchuan & Rodríguez-Piñero, 2010, p.16).

Por otro lado, cuando se habla de *personas mayores* se refiere, jurídicamente, a un ser humano mayor de 60 años o más. “(..) Salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años” (Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, objeto, ámbito de aplicación y definiciones, 2015, p.4).

Dicho término constituye un intento de trascender las construcciones sociales que posicionan al hombre (sujeto masculino) joven blanco de clase alta – en menor grado a los hombres mayores -como arquetipos ideales de vida. Intenta, asimismo, visibilizar a la vejez –femenina como masculina- y al envejecimiento no como un problema aislado e individual, sino como un desafío social global. Con lo cual, esta forma de nominar se instituye en el reconocimiento de este grupo poblacional, estableciendo su igualdad (para con el resto de la sociedad) y sus diferencias (como individuos libres, autónomos, activos) permitiendo así

la posibilidad de, en tanto ciudadanos, comprometerse equitativamente en las discusiones que los involucren directa o indirectamente y de responsabilizarse o afrontar los conflictos que surjan durante dicho proceso.

Por lo antes explicitado se adhiere a esta última nominación, pues se considera que *persona mayor* es una construcción lingüística que *tiende a* superar o trascender concepciones peyorativas de otras categorizaciones, que construye subjetividades desde el reconocimiento de la dignidad personal y desde la equidad en términos de edad y género.

C - ESTADO Y PERSONAS MAYORES.

1 - Políticas públicas, derechos y ciudadanía.

El Estado argentino trabaja, más o menos activamente, por, para y con este grupo poblacional desde 1940. En 1945 se reconocieron los derechos de las personas mayores (Res.0585/08). Durante 1948 se participó en la creación y resolución de diferentes documentos y declaraciones internacionales a favor de este grupo etéreo, proceso que, por su parte, permitiría la declaración de los Derechos y el Decálogo de la Ancianidad incorporados en la Constitución de 1949 (Roqué & Fassio, 2012), siendo Argentina el primer país en legislarlos. Otro de los hitos claves en la historia referida a las personas mayores se dio en la década de 1980, cuando se impulsó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, aprobado en 1982 durante la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Éste señala las medidas que deben adoptar los Estados Miembros para garantizar los derechos de las personas mayores en cumplimiento de los pactos internacionales.

A partir de la primera década de los 2000, el gobierno Argentino comienza progresivamente a adoptar las prácticas y las recomendaciones internacionales de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 a favor de las personas mayores, el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento - aprobado en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en el año 2002, realizado por la Organización de las Naciones Unidas en Madrid, España

- así como los lineamientos de acción para su implementación en América Latina y el Caribe acordados en Chile en el 2003.

Así mismo es en este periodo que el estado argentino lideró "(...) activamente en el plano internacional y regional, tanto en la ONU como en la OEA, la elaboración de una Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores" (Kirchner, Lerner & Roqué 2007 citados en Blanco y Hohl, 2013, p.60). El 9 de junio de 2015, junto con miembros de la OEA (Organización de Estados Americanos), y otros organismos regionales, internacionales y de las Naciones Unidas (Organización Panamericana de la Salud, las organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales), se resuelve la aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, dando cuenta, en parte, el fruto de trabajos previos y la incidencia de diversas voluntades políticas.

Este viene ser un instrumento jurídicamente vinculante, en tanto brinda un resguardo legal que obliga a los Estados firmantes a proteger y fomentar la dignidad, independencia, libertad, autonomía, la participación y su inclusión social, la igualdad y la no discriminación de las personas mayores y la solidaridad entre las generaciones.

Tanto esta adopción progresiva de la persona mayor como la participación activa en la creación de distintos documentos están estrechamente vinculados con "(...) las tendencias mundiales relacionadas al apego de los derechos del hombre, la revalorización conjunta del individuo y/o de la sociedad civil" (Yves Surel, 2008, p.46). Con lo cual, el reconocimiento de las personas mayores - tanto miembros de una comunidad - como ciudadanos, poseedores de ciertas garantías y derechos para poder acceder a un envejecimiento en plenitud, se instala en un contexto más amplio de discusión teórico-política referida a la atribución de derechos a ciertos grupos vulnerables (mujeres, niños/as, personas con discapacidad, personas provenientes de pueblos originarios).

A la vez, dichos documentos se efectivizarían mediante acciones organizadas, es decir, en políticas públicas. Éstas se estructurarían en torno a tres ejes nodales: el sujeto, la familia y la territorialización de la asistencia (Kirchner A. 2003 citada en Kliksberg B., 2005). Tanto las propuestas como su

efectivización se entroncarían con concepciones de vejez y de envejecimiento activos, con la teoría del curso vital y con las teorías de Fries - comprensión de la morbilidad (Ministerio de salud de la nación argentina, programa nacional de envejecimiento activo y salud para los adultos mayores, marco teórico, 2007; Res. 0585/08).

Las políticas públicas enfocadas en la legislación y garantización efectiva de los derechos de este grupo etéreo los visibiliza como ciudadanos participativos. Esta condición requiere que, como miembros de una comunidad, interactúen, se impliquen en procesos de diálogo, de gestión y de participación.

De esta manera, la noción de ciudadanía tendría una doble dimensión. Por un lado, las personas mayores detentarían un status social y jurídico (sujeto de derecho), y el estado argentino funcionaría como el garante de la igualdad formal – de derecho y de hecho –. Así, el estado generaría prácticas y estrategias para que todos/todas estén implicados en forma continua en cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas. Se buscaría, entonces, que este grupo poblacional, en su totalidad, goce de libertades, de protección personal, de dignidad, salud, autocuidado, identidad, autonomía, y que puedan gozar, asimismo, de la inclusión, protección e integración social, económica y cultural.

Por otro lado, el concepto de ciudadanía contiene en sí mismo el de responsabilidad social, generando así deberes y obligaciones que incumbirían a este grupo poblacional. Es decir que, en tanto ciudadanos, deben responsabilizarse de actuar protagónicamente en su presente, construir democrática y participativamente su calidad de vida y aportar al desarrollo familiar y colectivo inmediato y futuro (Marshal 1996 citado por Roumec, 2015).

2) INSTITUCIONES RESPONSABLES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS A LAS PERSONAS MAYORES

En Argentina, la implantación de políticas públicas para la resolución de las problemáticas desprendidas del concepto de vejez, con un enfoque particular o específico en la constitución de (sus) derechos, estuvo a cargo dos instituciones diferentes: el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de

Salud (Blanco & Hohl, 2013).

Estas instituciones, para adoptar una política que no racionara los derechos, debilitara la ciudadanía y sí garantizara su universalización plena, tuvieron que adoptar perspectivas definidas y trascender paradigmas obsoletos. Por lo tanto, se abandonó la concepción de la persona mayor como objeto de protección y como objetivo de las intervenciones asistencialistas. Debe aclararse que este tipo de intervenciones tenderían a significar a las personas mayores como enfermas, carentes e improductivas, posibilitando su exclusión de cualquier tipo de relación social y productiva.

Por lo antes mencionado, la geriatización temprana de las personas mayores que se encontraba en estado parcial de des-autonomía, práctica habitual del asistencialismo, dejó de ser una de sus estrategias centrales de los ministerios y sus medidas.

El Ministerio de Desarrollo Social cuenta con la SENAF (secretaría de niñez, adolescencia y familia), que diseña las políticas nacionales de infancia, familia y adultos mayores. De la SENAF depende la DINAPAM (dirección nacional de políticas para adultos mayores). La DINAPAM tiene como propósito articular las políticas dirigidas a los adultos mayores desde una concepción incluyente o integral, por lo que no sólo tomaría en cuenta a este grupo etéreo, sino también a sus núcleos familiares, sus organizaciones y comunidades, considerando a todos ellos como sujetos de políticas públicas. Esta institución desarrolla distintos programas nacionales: CUIDADORES DOMICILIARIOS, DE BUEN TRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES, EXPERIENCIA CUENTA, EDUCACION PARA ADULTOS MAYORES, VOLUNTARIADO SOCIAL, por mencionar algunos (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2003-2013 citado en Del Rosso, Di Luca y Latella, 2013). "Residencias para adultos mayores, programa de Educación y Cultura, carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional" (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2003-2013 citado en Del Rosso, Di Luca & Latella, 2013).

El Ministerio de Salud de la Nación tiene en su estructura organizativa al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), conocido como PAMI (Blanco & Hohl, 2013).

El PAMI es un organismo autónomo con una estructura administrativo organizacional de carácter nacional, público, no estatal, especializado para la atención de los adultos mayores.

Los principales destinatarios de los servicios del Instituto son los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión, es decir del administrador de los fondos generados con los aportes jubilatorios realizados por los trabajadores autónomos y que están relación de dependencia laboral, y su grupo familiar primario (Carta Compromiso con el Ciudadano, 2010).

La conformación del padrón de afiliados del PAMI, es del 82 % de las personas mayores de 64 años y a más del 96 % de los mayores de 79 años de la Argentina.

El organismo brinda la cobertura sanitaria y social en todo el territorio argentino (Roqué & Fassio, 2012).

El INSSJP nace el 13 de mayo de 1971 mediante la ley 19.032 (Peter Lloyd-Sherlock, 2002). La institución surge del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI).

Esta nominación cambia, en el 2009, por el lema Por una Argentina con Mayores Integrados (Res.0654 /2009 citada en INSSJP, Tercera Conferencia Regional Intergubernamental Sobre Envejecimiento en America Latina y el Caribe, Capitulo I, 2012).

Esta modificación parte de un proceso gradual de transformación del modelo de contratación y gestión de las prestaciones médico – asistenciales, siendo el punto de partida la adopción de la noción de las personas mayores como sujetos de derechos. De esta manera, se superaron ciertos objetivos puramente médicos - que giraban en torno al método de la asistencia para con las personas con necesidades - y se acogió un modelo de salud integral.

Este modelo se pone en marcha a través de distintos programas que intentan anticiparse a las patologías propias del envejecimiento (Res.0585/08).

3) Programa Nacional de Promoción y Prevención Socio - comunitaria: “Prevenir para seguir creciendo” (Res.0585/08), comprendido entre los años 2008 y 2015.

El programa socio preventivo es una estrategia institucional multidimensional. Busca que las actividades empleadas dejen de ser aisladas y especiales (Res.0585/08). Se basa en el paradigma de salud integral, y reconoce la valía de la prevención primaria, secundaria y terciaria, con inserción comunitaria (Res.0585/08).

El objetivo general del programa es:

Incrementar las oportunidades de salud integral de los afiliados (en términos de autonomía funcional), la participación en el control de sus patologías y la integración social y el ejercicio de la ciudadanía, así como la intervención en situaciones de riesgo a las que están expuestos por vulnerabilidad social y fragilidad personal durante el proceso de envejecimiento, a través de la creación de espacios operables en relación a particulares factores de riesgo mediante relaciones participativas, asociativas y vinculares (Res.0585/08, Anexo A., Objetivo Programático General).

El marco teórico que lo sustenta está constituido por “los criterios de fragilidad personal, vulnerabilidad social, la adhesión a las teorías de la comprensión de la morbilidad y de la actividad con significado y el reconocimiento como Derechos de los adultos mayores el poder acceder a un envejecimiento en plenitud” (Res.0585/08, Anexo A., Fundamentación, Propuesta).

Dentro del programa se implementan actividades que persiguen estimular las capacidades dentro de un marco de participación social, comunitaria y grupal (Res.0585/08).

Sus propuestas están orientadas a tres objetivos particulares, a saber:

Envejecimiento Activo, Educación para la Salud y Ejercicio de Derechos y Ciudadanía (Res.0585/08, Anexo A).

Los talleres de memoria se encuentran contenidos en la categoría Envejecimiento Activo.

En la Res.0585/08 se afirma que:

El Envejecimiento Activo tiene como propósito favorecer el desempeño en la vida cotidiana, recuperando, conservando y desarrollando las capacidades personales a través del estímulo de las funciones neurolocomotoras; cognitivas superiores; socio afectivas y el desarrollo de habilidades, creatividad,

expresividad y productividad (Anexo A., Desarrollo Del Componente, Componente Envejecimiento Activo).

El mismo se ejecuta a través de los subcomponentes de movimiento, cognición, socio afectividad, desarrollo de habilidades creativas, artísticas, productivas, y de recreación.

Los objetivos específicos del subcomponente *cognición* son:

Lograr que los afiliados se integren socialmente, prevenir el deterioro de las funciones cognitivas, realizar actividades que apuntalen la autonomía funcional y psicología (Res.0585/08).

Las metas cuantitativas son un taller por centro de jubilados. El taller para personas mayores se llevará a cabo con un mínimo de 7 y un máximo de 15 afiliados por taller en uno o dos encuentros semanales de 1:30 Hs. por semana (Res.0585/08).

Las metas cualitativas se estructuran en torno a la protección, mantenimiento y promoción de las funciones cognitivas identificando el proceso de deterioro de la edad o vinculado a la patología en las siguientes áreas: percepción, orientación, memoria (episódica, semántica y de trabajo), capacidades viso espaciales (atención y reconocimiento de objetos), capacidades ejecutivas (abstracción y planificación), praxis (gestos de comunicación y manipulación), lenguaje (capacidades semánticas y léxico semánticas) y pensamiento (Res.0585/08, Anexo A).

También se tiende a sustentar la participación e integración social favoreciendo contactos estables y permanentes con miembros del grupo que excedan el ámbito del encuentro por la actividad (Res.0585/08, Anexo A).

La detección de afiliados con capacidad de liderazgo y vocación hacia otros más vulnerables a fin de transformarlos en multiplicadores de formas recreativas de estimulación cognitiva forma parte de una de las metas (Res.0585/08, Anexo A).

Las actividades promovidas o propuestas son técnicas específicas para estimular la memoria como pueden serlo la alfabetización, el aprendizaje de idiomas, el periodismo, el cine-debate, la computación, el uso de nuevas tecnologías, juegos, lectura y comentarios de diarios (Res.0585/08, Anexo A).

El taller de estimulación de la memoria dura 1 hora y 30 minutos semanales. Los grupos de trabajo tienen como tope 15 integrantes por coordinador y un mínimo de siete personas mayores. Se realizan actividades socio - lúdicas y ejercicios específicos. Durante el transcurso de cada actividad se realiza una explicación teórica.

Los ejercicios presentan (en sí mismos, no a los integrantes) una progresión de complejidad creciente (identidad, memoria biográfica, atención, comunicación, fluidez verbal, percepción sensorial, mnemotécnicas, reminiscencia, reflexión sobre textos literarios, otros), y apuntan a su resolución mediante la participación grupal.

Dichas actividades “(...) deben adaptarse a los distintos perfiles culturales y sociales respetando las realidades ecológicas de las distintas regiones (...)” (Res.0585/08, Anexo A, taller de la estimulación de la memoria, metodología específica).

CAPÍTULO VII: ASPECTOS METODOLÓGICOS.

1) TEMA: Prácticas profesionales de los/las trabajadoras/res de la Terapia Ocupacional en gerontología comunitaria.

2) PROBLEMA: ¿Qué tipo de prácticas profesionales en la Terapia Ocupacional se pueden rastrear en el Programa Socio Preventivo del PAMI Mar Del Plata?

3) HIPÓTESIS:

-Hipótesis primera: en el trabajo de las Lic. en Terapia Ocupacional o Terapistas Ocupaciones en gerontología, en el marco de los talleres sociopreventivos del PAMI, predomina un modelo tradicional asociado al paradigma biomédico donde la vejez se circunscribe a la detección de síntomas sobre el deterioro de la salud física y psíquica, centrados en el déficit cognitivo. Esta situación da cuenta de la permanencia del modelo biomédico y la ausencia de dispositivos anclados en el paradigma de la gerontología crítica, por lo cual, más allá de la diversidad de técnicas en el abordaje prevalecen, epistemológicamente, los modelos que no se constituyen por los cuestionamientos políticos - éticos sobre la situación del envejecimiento.

-Hipótesis segunda: la trayectoria formativa de la Terapia Ocupacional como campo de saber y la densidad de la herencia positivista retroalimentan la permanencia del modelo biomédico en las prácticas.

4) OBJETIVO GENERAL: Reconocer los fundamentos epistemológicos de las prácticas profesionales de la Terapia Ocupacional en el campo de la gerontología comunitaria.

5) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Reconocer los debates epistemológicos y las discusiones entre la Terapia Ocupacional y la gerontología crítica.

-Analizar las formas de definición histórica de la vejez en las políticas de población, salud y bienestar de Argentina en la segunda mitad del siglo XX.

-Identificar el estilo de práctica profesional de los/las trabajadores/as de la Terapia Ocupacional.

6) ENFOQUE DE ESTUDIO:

Se adopta, para la corriente investigación, un enfoque utilizado especialmente en las Ciencias Sociales: el enfoque cualitativo. Este busca arribar a una

comprensión profunda de los fenómenos intentando, asimismo, dar cuenta de ellos desde una esfera más amplia de la realidad social en un momento y contexto específicos. Las metodologías cualitativas, dentro de la comprensión de la Terapia Ocupacional, permiten describir la experiencia de las personas en su unicidad y no como un dato cuantitativo o estadístico (Hopkins y Smith 1998).

Como señala al respecto Valiant Cook (2001, citado en Gutiérrez Monclus, 2011) “las perspectivas cualitativas y la terapia ocupacional intentan dar una comprensión de los hechos según como los ven las personas y como ellas dan significado a las actividades que realizan.” (p.66).

7) DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO

La investigación se propone realizar un análisis exploratorio – descriptivo acerca del tipo de prácticas profesionales de los/las trabajadores/as de la Terapia Ocupacional en el Programa Socio Preventivo del PAMI Mar Del Plata. La adopción de esta estrategia de carácter mixto implica describir cómo son y cómo se manifiestan determinados fenómenos, así como especificar las características y los aspectos relevantes del fenómeno sometido a estudio.

La validez en este tipo de investigaciones se consolida a través de la triangulación metodológica (diversos registros para la misma unidad de análisis), de la relevancia temática y de la vinculación del proceso de construcción de la evidencia empírica en relación a la teoría (Sautu 2005; Vasilachis 2006; Scribano 2008).

8) DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:

A) UNIVERSO DE ESTUDIO: el universo de estudio comprende la totalidad de los/las Terapistas Ocupacionales y licenciados en T.O que trabajan en los talleres cognitivos del Programa Socio-Preventivo desarrollado en el partido de General Pueyrredón.

B) MUESTRA: El tamaño de la muestra consta de diez licenciadas en Terapia Ocupacional o Terapistas Ocupacionales.

C) PROCEDIMIENTO DE LA MUESTRA: la muestra no será probabilística, por conveniencia, ya que se cuenta con el acceso a los centros de jubilados. Las

personas de estudio deben cumplir con los criterios de elegibilidad que se describen a continuación

CRITERIOS DE SELECCION DE LA MUESTRA:

A) Criterios de inclusión:

- Terapistas Ocupacionales y/o licenciadas/os en Terapia Ocupacional, con título de grado universitario.
- Ejercicio laboral actual en el Programa Socio-Preventivo de PAMI, con un mínimo de permanencia de 3 meses.

B) Criterios de exclusión:

- No encontrarse en el Partido de General Pueyrredón.
- Decisión por parte de los sujetos de estudio de no participar en la investigación.

9) TÉCNICAS Y FUENTES DE DATOS.

El procedimiento para acceder a las percepciones de los trabajadores de la Terapia Ocupacional se basa en la observación participante (registro de campo que se mide por el tiempo transcurrido) (Scribano, 2008) y la recopilación de material discursivo producido por medio de una entrevista semi - estructurada.

La observación participante es una técnica de campo etnográfica que busca detectar mediante la presencia directa, situaciones, hechos o datos en la interacción misma de la población a investigar (Guber, 2005). Consiste en observar sistemática y controladamente todas las situaciones o hechos de la cotidianeidad, así como realizar una descripción con un registro detallado de todo lo que acontece en torno al investigador. Incluye, asimismo, la participación en una o varias actividades de la población investigada.

Se considera que, al tratarse de una temática escasamente abordada en Argentina, se carecería de la información necesaria para definir los aspectos prioritarios a observar *in situ*, por lo que el instrumento de observación (guía e indicadores) se construiría a partir del modelo de la investigación flexible (modelo que consta en la revisión de la teoría y la metodología a partir del trabajo de campo).

La entrevista semi – estructurada se basa en una conversación guiada entre el investigador y el entrevistado. Ésta se ha confeccionado en función de la

observación y de los objetivos que propone el estudio, ya que permite “(...) recoger el flujo de información particular de cada entrevistado, además de captar aspectos no previstos en el guión” (Valles, 1999, p.204).

10) ANÁLISIS DE LOS DATOS.

La información recolectada durante el trabajo de campo será analizada desde un análisis crítico del discurso (ACD).

Se elige esta forma de análisis puesto que se considera a los/las trabajadores/as profesionales sujetos enunciadore de lo que es la Terapia Ocupacional, por lo cual sus discursos, “(...) han de ser tratados como prácticas que sistemáticamente constituyen los objetos de los que hablan” (Foucault, 1989 citado Gallardo Cochifas & Hirmas Montecinos, 2012, p.6).

Entonces, al examinar desde el ACD las prácticas de los/las Terapistas Ocupacionales en el lugar de la prevención de la salud y en los espacios de gerontología, se buscarían develar los fundamentos epistémicos que traducen sus actuaciones profesionales por lo que dicen o hacen.

Este tipo de análisis permitiría comprender a la Terapia Ocupacional en tanto inserta en una “(...) relación dialéctica entre un suceso discursivo particular y las situaciones, instituciones y estructuras sociales que lo enmarcan” (Faircoclugh N. y Wodat R., 2000 citadas en Narvaja De Arnoux E., 2006, pp.14-15).

Es decir este análisis permite comprender que las condiciones de producción del enunciado sean históricas, institucionales, sociales, atraviesan los discursos y practicas que configuran la Terapia Ocupacional, ocasionando que los/las trabajadoras/res profesionales reproduzcan ciertos conocimientos, generando a su vez, efectos políticos y sociales.

**CAPITULO VIII: LAS PRÁCTICAS, LAS REPRESENTACIONES Y
LOS DISCURSOS DURANTE LA OBSERVACION Y EN EL
RELATO DE LAS LIC. O TERAPISTAS OCUPACIONALES QUE
TRABAJAN EN LOS TALLERES DE MEMORIA DEPENDIENTES
DEL PROGRAMA SOCIOPREVENTIVO DEL PAMI.**

*Creo que el debate epistemológico y metodológico
puede iluminar la práctica y apuntar las trampas y
contradicciones en las que nosotros
podemos caer sin percibir.*

Galheigo S.M.

En este capítulo se expondrán los datos considerados relevantes para poder identificar los estilos de práctica profesional de los/las trabajadores/as de la Terapia Ocupacional. Estos se han recabado a partir de la observación participante, esta es un “ (...) registro de campo que se mide por el tiempo transcurrido) (Scribano, 2008 citado en Rodríguez C, 2017, p.98). Y del análisis Crítico de los Discursos (ACD) de las distintas entrevistadas.

Con respecto al reconocimiento de las discusiones entre la Terapia Ocupacional y la gerontología crítica y el análisis de las formas de definición histórica de la vejez en las políticas de población, salud y bienestar de la Argentina en la segunda mitad del siglo XX, al ser objetivos que orientan el acceder al campo, así como también el analizar los materiales que surgen del mismo, ya han sido examinados en el marco teórico.

Para efectos de dicho análisis, la información producida ha sido organizada en dos apartados:

1-Descripción del trabajo de campo y descripción de la muestra de entrevistas.

2- Descripción de los datos.

1-Descripción del trabajo de campo.

Desde mediados de septiembre del 2016 se comenzó la gestión para contactarse con las Lic. o Terapistas Ocupacionales que trabajan en los talleres de memoria dependientes del socio-preventivo. Para lo cual se contacto, vía carta formal al representante en PAMI Mar Del Plata del área, este informo que no podía brindar datos (nombres y apellidos, teléfono o mails) de las Lic. o T.O. Se excuso alegando que quienes coordinan los distintos talleres pertenecientes al programa socio-preventivo, ante la vivencia de distintas situaciones que los/las vulneraban, hicieron este pedido.

Aunque otorgó un folleto en donde constataban, los centros de jubilados que implementaban el programa socio-preventivo.

Durante el rastreo de las profesionales, se registra que una Lic. o Terapeuta Ocupacional tiene a su cargo y coordina varios talleres de memoria.

La muestra esta compuesta por 10 Lic. en Terapia Ocupacional, 9 de ellas son egresadas de la Universidad Nacional de Mar del Plata, mientras que una es egresada de la Universidad Nacional de Quilmes. La gran mayoría tiene más de dos años de ejercicio profesional en el área de gerontología y a accedido a diversos cursos, a distancia y presenciales, de especialización en relación a la misma.

La observación se comenzó en dos de los talleres de memoria en noviembre de 2016, mientras que ante la culminación de los mismos en diciembre las trabajadoras profesionales que coordinaban el resto de los talleres, sugieren comenzar con la observación durante el siguiente ciclo, es decir en marzo del 2017.

La mayoría de los talleres observados se encontraban en zona centro y sus alrededores, solo dos se desarrollaban en la periferia de la ciudad.

En la gran mayoría participaban más de 25 personas siendo lo recomendado, por el programa del socio-preventivo, como máximo 15 afiliados por taller en un encuentro semanal de una 1:30 Hs.

Al iniciar las entrevistas las trabajadoras profesionales fueron contactadas por diversos medios de comunicación (virtuales, telefónicos, etc.). Fueron 7 las Lic. en Terapia Ocupacional entrevistadas.

Dos de las Lic en T.O se las busco por distintas formas (acercándose al centro de jubilados, llamando por teléfono y por mail) y no se las pudo localizar. Se pudo contactar a otra de las Lic., y si bien hubo comunicación, durante los reiterados intentos (5) para coordinar el día de la entrevista se registraron evasivas y falta de respuesta a dicha consulta, con lo cual se desistió de su entrevista.

2-Descripción de los datos.

De acuerdo a las ideas que el marco teórico invoca; al entrecruzamiento de los datos surgidos en el marco de la observación y de la entrevista se construyeron las siguientes subcategorías:

2.1 Noción de sujeto.

2.1.1 Modos de denominación.

Las palabras (lenguaje y la lengua) desempeñan un papel esencial en la historia socio-cultural, pues expresa el sistema de pensamiento colectivo, y transmite formas de conocer, sentir y actuar en lo social.

En el enmarco del trabajo de campo y de las entrevistas, encontramos distintas formas de definición de las personas adultas mayores, por ejemplo, "*personas mayores*", "*bellas*", y "*adulto mayor*", "*asistentes*", "*participantes*".

Cada una de estas formas implica pensar de distintas dimensiones a las personas mayores.

En este sentido definirlos como "adulto mayor" hace pensar que el profesional que lo verbaliza, pone énfasis en los cambios ocurridos en el cuerpo, e interpreta a este grupo etéreo como poseedor de tiempo de ocio para dedicarlo al placer y a la diversión, para dedicarle a los talleres de memoria.

Las definiciones “personas mayores” pone el acento en el concepto de persona, con lo cual esta forma de nominar construye subjetividades desde el reconocimiento de este grupo poblacional, como iguales y diferentes (para con el resto de la sociedad) por lo tanto con derechos y obligaciones tanto para con el otro, para con su entorno inmediato y su comunidad.

Las definiciones cariñosas en la aproximación vincular como ser “bellas”, además de pensar al sujeto desde lo antes mencionado, reflejan como las cuestiones de género atraviesan a este grupo poblacional y a las mujeres mayores.

Las formas discursivas como ser “asistentes”, “participantes”, junto con las antes mencionadas, construyen subjetividad desde las dimensiones de derechos y responsabilidades para con el otro, reconociéndolos en tanto ciudadano como ser activo con autonomía relativa, con posibilidad de bienestar en y con la comunidad.

Es decir que las mismas trascienden construcciones sociales que posicionan al envejecimiento como un problema aislado e individual, y reconstruye como un desafío social más bien global e intergeneracional.

Del grupo de entrevistadas, también emergen nominaciones (en menor frecuencia), tales como “*alumnos*” y “*abuelos*”.

El llamarlo como *abuelos* deja implícito que las características y roles que cada Lic. T.O le adjudique a las personas mayores esta directamente relacionada con los acuerdos y normas sociales que se van transfiriendo históricamente y se reflejan en el taller.

Mientras que el hablar de *alumnos* refleja una forma de nominar que denota el desarrollo del taller en un contexto pedagógico, de aprendizaje activo, marcando a la vez una distancia vincular.

Mientras que en el trabajo de campo se registro la clasificación “*pacientes mayores*”, esta forma de entender denota la asimilación de la vejez con lo negativo, con la falta, con los problemas médicos, con la enfermedad. Desde este lugar, no se esta contemplando la subjetividad de las personas mayores,

pues se interpretarían como objetos de intervención, caracterizándolas como dependientes, pseudoactivos o pasivos.

2.1.3 Concepción de sujeto a través de las características de la forma vincular.

Se refiere a la relación bidireccional, al intercambio intersubjetivo que se produce entre los sujetos, a las relaciones de poder y su manejo, así como la conciencia o no sobre este y los efectos del mismo. La manera de vincularse pondrá de manifiesto desde donde se piensa al otro, se lo piensa como persona, como sujeto con saberes, ciudadano con igualdad de derechos, como paciente/ objeto, individuo, etc.

De lo registrado con las Lic entrevistadas y durante el trabajo de campo emergen características del vínculo entre las mismas y las personas mayores, agrupándose en 3 subdimensiones: la horizontalidad relacional, lo humano, lo terapéutico.

-La horizontalidad relacional.

La horizontalidad relacional implica (aunque nazca desde lo disciplinar con lo cual se proyecta relaciones de poder implícitas en los sujetos involucrados durante el proceso de Terapia Ocupacional), reconocer que los vínculos se producen entre seres humanos, ciudadanos, hombres y mujeres. Por lo que al ponerse en juego la presencia de diversos roles sociales si bien no habrá neutralidad en dichos intercambios, estos no serán asimétricos. Es decir que esta situación no implica una diferenciación jerárquica durante el acercamiento entre las personas mayores, y las Lic. en Terapias Ocupacionales, así como entre ellas y las personas mayores.

De esta manera durante este proceso común, en esta forma de encontrarse, las trabajadoras profesionales reconocen que las personas involucradas, son poseedoras de recursos, privilegiando sus saberes y derechos. Adoptando, estas, un rol de facilitador (agente, guía, dinamizador, orientador, etcétera),

poniendo las en juego toda una serie de estrategias que giran en torno a una habilitación subjetiva, en donde las personas puedan, reencontrarse con su postura discursiva, en un clima de respeto de sus deseos, intereses, valores, opiniones, y necesidades ocupacionales significativas.

Esto queda claramente ejemplificado en lo emergido en las siguientes entrevistas:

“Obviamente en un plano de horizontalidad, con roles diferentes, y esto se nota un montón en las cosas que les va pasando a cada uno. (...) el otro es un titular de derecho. Es Poder respeta los saberes del otro, el tiempo del otro, la pregunta del otro y que esta pregunta me pueda inquietar a mi y pueda no gustarme su propuesta y esta todo bien porque yo lo estoy habilitando, poder generar el espacio franco y genuino donde realmente se de el encuentro, donde cada uno aporta lo que trae (...) sienta y pueda estar invitada/o a estar (...). (LL)

Mientras que otra de las Lic. afirma que “es una forma de vincularnos donde a la persona completa, hay un vinculo mas cercano, mas cordial, (...), mas que posicionarse desde o profesional” (CS)

- Lo humano.

Poner el acento desde el humanismo (enfoque basamento en los inicios de la Terapia Ocupacional) implica, visibilizar que los vínculos, no deberían pensarse, generarse y mantenerse como tecnologías y técnicas, sino desde lo humano. Vincularse desde lo humano significa que (reconociendo que este se engendra desde lo disciplinar), dicho intercambio se produce entre personas. Lo cual implicaría la habilitación de espacios donde lo que prime sea el conocimiento de la realidad de los participantes de los talleres (personas mayores, coordinadora), desde un proceso empático, comprensivo. Esto implica entender que cada ser humano es una parte viva de un todo complejo, por lo cual se tendría que respetar la libertad de pensamiento y de experimentación de otros posibles modos de accionar y ser en tanto sujetos iguales en derechos, pero diferentes subjetivamente.

Esto se ejemplifica en las entrevistas de las siguientes Lic.:

“(…) desde lo humano (…) “(…) intervengo y lo hago con mucho amor (…)”. (RC)

Otra de las Lic. expresa que “(…) trabaja con amor (…) “. “(…) estamos trabajando con personas (…)”. (ChS).

Así mismo otra de las Lic en Terapia Ocupacional manifiesta que “(…) no estamos trabajando con funciones cognitivas estamos trabajando con personas que en algunos cosas mas u otras menos tienen algunas dificultades que tienen que ver con un envejecer, con el declive cognitivo que es natural en ellos (…)” (SC).

-Lo Terapéutico.

Si bien durante el proceso de la Terapia Ocupacional emerge el saber profesional reflejando (al sostenerse desde lo disciplinar), un valor de verdad, en la medida que se reconozca que los saberes de todos los sujetos son relevantes, este se constituirá en paridad con el saber experiencial del sujeto. Es decir que si bien en esta forma de relacionarse, al igual que las antes mencionadas, la palabra y por lo tanto el poder circula (modelo heterarquico), no implicara que dicho vínculo estará contenido en un encuadre jerarquizado.

Lo anterior emergió en la siguiente entrevista:

Vínculo terapéutico, esta relación que se establece con la otra persona, donde hay roles diferenciados, (...), todos los saberes son relevantes, pero si hay una diferenciación y una claridad al respecto de mi parte (...) donde yo tengo objetivos explicitados y objetivos no explicitados, o implícitos que yo estoy persiguiendo. (LL)

-Verticalidad relacional.

Durante el trabajo de campo, específicamente en el momento de la observación, también emergió la siguiente forma vincular.

Esta forma de vinculación se produce en base a las jerarquías de poder, y se ponen en juego en dicho terreno la asimetría entre el saber profesional y el saber experiencial del sujeto. Validándose el primero por sobre el segundo.

En este sentido las trabajadoras profesionales, aunque reconozca a la persona como ente activo en el hacer, le impone (de forma no conciente), su saber

sobre el, y, lo omite como sujeto que sabe (no sabe). Como consecuencia la información, así como el conocimiento de este es postergado e ignorado, siendo el profesional, desde su saber técnico el que regula y marca los intercambios entre los sujetos.

Se conforma un tipo de relación monológica directiva, asimétrica, paternalista y autoritaria. Y se objetualiza a las personas mayores.

De esta manera ordenan, dirigen, censuran a la hora hacer cumplir las reglas de funcionamiento del taller (el encuadre). Toma lección en vez de preguntar, se vincula desde una distancia excesiva. La comunicación es regulada por el profesional poseyendo reglas fijas para su uso, es a la vez monológico con lo cual la palabra la monopoliza el profesional, no deja hablar, no escucha las necesidades grupales.

2.1.3 Nociones de sujeto desprendidas de las percepciones sobre vejez y envejecimiento y de las opciones metodológicas.

Al definir a un sujeto u actor social emergieron las siguientes subcategorías:

-Sujeto mayor social.

Desde esta noción se considera al sujeto producto de relaciones humanas horizontales en comunidad, y la vejez y envejecimiento como fenómenos colectivos, procesos que se producen en el interior de una comunidad, en un entorno específico socio-cultural-económico en donde cada persona mayor vuelca su historia personal.

Las profesionales que interpretan a este grupo etéreo desde esta apreciación, ponen el acento (al considerarlo parte de la sociedad), en la subjetividad de las personas mayores, en su condición de ciudadano, en su status social y jurídico (sujeto de derecho), así como en su autonomía.

Es decir, la persona mayor como ciudadano, ejerce su autonomía, no como simple independencia o valerse por si mismo o como la capacidad de decidir;

sino como la capacidad de fortalecerse singularmente (apoderarse, apoderamiento), para pasar a ser sujetos sociales activos.

Ósea, personas que a través de un intercambio enriquecedor de su propio proyecto vital y con el de su entorno (teniendo como base la solidaridad y cooperación entre edades, que se facilita en los anudamientos intersubjetivos), se responsabiliza e inciden en el desarrollo de su comunidad.

Con lo cual se considera a las personas mayores como parte de la dinámica socio- política, parte de un colectivo, compartiendo valores comunes, con la asunción de un rol reflexivo, siendo protagonistas en la reivindicación y defensa de sus garantías y las de los otros, así como en la producción de ciudadanía, generación de cambios y transformaciones sociales (económicas, espirituales, culturales y cívicas) de los espacios en los que participan.

Desde este lugar implícitamente se considera al trabajo con este grupo etéreo como un asunto un de derechos humanos.

Esto se detecto en las siguientes entrevistas:

“También en esto de derechos, yo lo planteo como tenemos derechos, pero también tenemos obligaciones. (...) el jubilado tiene este compromiso social de poder darle a la comunidad algunas cosas. Que ellos sientas que no solo reciben, sino que tengan esa posibilidad de dar y que eso los empodere, y les genere cierta satisfacción.” (S.A)

“Son cuestiones particulares y singulares de cada caso, (...) aunque se tienen otras posibilidades, (...) que tiene que ver con social, lo medico, antes no había una universidad, no había propuestas, no había talleres, no había viajes, antes estaba la abuelita en la casa con el pulóver y el Baton, y no salía a hacer gimnasia, samba o salsa, (...)” (S.A).

“Serian personas mayores que se encuentran atravesando multiplicidad de situaciones y apuestan a transitarlas desde un colectivo, desde una grupalidad, (...)” (LL)

“(...) hay una mirada también intergeneracional, que se valla retroalimentando (...)”“(...) ellos necesitan y deben expresar sus convicciones, sus valores, sus principios a las otras generaciones (...)” (Ch.S)

“(...) si bien en el ciclo vital vamos todos en ese camino, no, al envejecimiento, ese envejecimiento tenerlo en cuenta dentro de un colectivo, intergeneracionalmente, he porque nos toca a todos, el adulto mayor, el niño, el adulto joven, que trabaja y demás, desde ahí ir construyéndolo.” (JR)

“(...) pienso que el adulto mayor tiene que ser un sujeto empoderado, (...) desde lo individual, de decir bueno yo tengo poder, este elijo, controlo lo que me pasa (...) abarca (...), la

autonomía, esto de poder tomar decisiones, incluye el control de ver que esto que me pasa, pero no solamente esta en relación con aspectos individuales, (...) sino con la generatividad. Es esto de con mi hacer yo colaboro y soy solidario con el otro, que mi hacer tenga también una retroalimentación, que no sea el hacer por hacer, en donde yo tengo un beneficio individual sino también que influya en lo colectivo (...).” (JR)

Metodológicamente esta noción se expresa en el taller de la siguiente manera:

“Claramente es un abordaje grupal, pero también tengo un abordaje individual, todos los procesos individuales, porque lo cuales cada uno se va trabajando, (...) cada uno trae una historia, (...) y todos están tramitando duelos propios de la vejez, pero con su historia.” (L.L)

“Mixta, si porque también me adapto a las dificultades que tiene cada alumno, cada participante entonces por ahí algunos requieren un poco mas de intervención, y bueno los asisto (...). “Pero por lo general trato que las consignas sean homogéneas, así del mismo nivel, he el desempeño de cada alumno o del grupo, he, pero bien hay casos puntuales, entonces ahí ya llevo algunos refuerzos, uno ya va detectando y va bajando o subiendo el nivel de actividad.” (CDF)

“(...) la mayoría de las personas que asisten a los grupos, no tiene experiencias grupales, (...) es un poco esto poder renunciar a las individualidades para poder formar parte de un yo colectivo, sin perder lo propio, revalorizando lo propio, revalorizando la puesta que les toca jugar a las personas mayores en un contexto socio-histórico, político complejísimo.” (L.L)

-Individuo mayor.

Emerge una vieja noción de la teoría social: la noción de individuo mayor ligada a las nociones de vejez y envejecimiento.

Invocar dicho conocimiento remite a la idea de sujeto como fenómeno individual, biológico e intrínseco, aislando los aspectos físicos, mentales, de los entornos sociales.

Cabe aclarar que dicha percepción no esta estrictamente relacionada con el número de personas mayores con las que se trabaje (las praxis pueden estar orientadas de manera individual, pero también pueden centrarse en grupos pequeños, colectivos o comunidades), sino con la forma de pensar los desafíos de este momento del ciclo vital. Desde la percepción de la persona mayor como individuo no se tiene en cuenta o se minimiza este proceso como parte de un orden social, y, de fenómenos socio-políticos coyunturales y

estructurales que configuran las determinaciones históricas del existir (el ser trabajadores productivos), o las oportunidades reales del contexto para coayudar o limitar el devenir del sujeto, sus modos de vidas, los roles, las concepciones, normas y valores.

Por tanto, se entiende las problemáticas casi exclusivamente como hechos singulares (por ejemplo, la vulnerabilidad de las personas mayores). Así el proceso de Terapia Ocupacional se focalizará en las deficiencias de los procesos cognitivos (estructura orgánica), en la detección de síntomas sobre el deterioro de la salud física y psíquica (problema orgánico, de salud, en lo anormal). De esta manera la dinámica de las prácticas profesionales se desarrollará en el hacer A, esta noción no refiere a una idea de accionar es decir se le adjudica al sujeto un rol de objeto, pasivo y receptivo.

De esta manera se focaliza en la tarea, instituyéndose una serie de impedimentos o evasivas a la hora escuchar los sentimientos, deseos, necesidades de las personas mayores.

Aunque al mismo tiempo presentan un rol activo, en la medida que el o los individuos, se les adjudica una responsabilidad total. Con lo tanto deben hacer uso de su motivación, autodeterminación personal y compromiso con la actividad, para influir en su estado de salud, en su bienestar, para así lograr su adaptación social.

Esto se ejemplifica en las entrevistas de las siguientes Lic.:

“(...) si bien hay factores biológicos que van a determinar el envejecimiento, tiene que ver mucho con la personalidad de uno, porque uno no envejece a partir de tal edad, sino que tiene que ver con los hábitos de toda la vida, cuando llegas a la vejez, si vos toda la vida comiste sano, toda la vida hiciste ejercicio, toda la vida te rodeaste de afectos, trabajaste, tuviste un nivel educativo, vas a tener un buen envejecer, si tenes hábitos malos, es muy difícil que llegue a una vejez saludable.” (R.C).

“La soledad, la depresión, (...) junto con el deterioro cognitivo, pero no el olvido acorde a la edad, que valla teniendo enfermedades degenerativas como el Alzheimer, y el deterioro físico que hace que este mas expuesto a no poder ser mas independiente, y por ahí al maltrato.

Esas cuestiones están relacionadas con la misma vejez, por el envejecimiento estas mas expuesto, (...), estas mas vulnerable, son poblaciones vulnerables, por la edad”. (PN)

Metodológicamente esta noción concuerda con la opción:

“(…) grupal-individual. (...), lo que quiere decir que se trabaja en grupo, pero cada uno en su actividad, entonces se usan las dos, actividades generales, donde todos participaban y actividades donde estaban en el mismo lugar, pero funcionaban de forma individual (...) “. (RC).

Individuo mayor con derechos.

Este punto tiene un nudo en esta investigación, ya que emerge una noción de sujeto vetusta de la teoría social amalgamada con la noción de derechos.

Esta noción de individuo, remonta a pensar que las Lic. trabajadoras conciben al sujeto mayor, y a las nociones de vejez y envejecimiento como un proceso más bien un fenómeno individual, biológico, intrínseco. Como un proceso que le sucede a un sujeto concreto, aislado del ambiente, un sujeto portador de historias, de deseos que goza de derechos.

Dicha valorización de la persona mayor se engendra a partir de la subjetivación del sujeto por lo cual se favorece de esta manera espacios donde circule la palabra, se respetan las diferencias y necesidades de las personas mayores. Y de la percepción de la personas mayores como un seres con capacidad para ser activos, que pueden valerse por si mismo, con su esfuerzo y determinación (voluntad) para generar herramientas cognitivas, podrán resolver los problemas que se le presenten durante el transitar en este proceso. Conduciéndolos a realizar acciones participativas,

Esta emergencia se refleja en las entrevistas de las siguientes Lic.:

“(…) son personas que son activas que siguen presentando intereses particulares, mejorar, sentirse bien, en vincularse, en tener desafíos nuevos, (...)” (CS)

“(…) situaciones que ellos van viviendo como adultos mayores, que tienen que ver con los roles de abuelos, (...) este grupo no pueden priorizar su tiempo y le usan su tiempo. (...) Por ejemplo hay 3 participantes que si han dejado de asistir a los talleres, tenían que ver con cuidar a los nietos, entonces esas situaciones que hacen con lo familiar, (...) se van generando (...)”

momentos de reflexión que se generan, a los compañeros transmiten lo importante que puedan a hacer valer su propia vida, sus derechos, como que puedan respetar los espacios, se trabaja mucho eso, la importancia de hacerse valer (...) pero después depende de cada uno.” (ChS)

En dichos discursos si bien emerge la noción de participación, de ciudadanía, y en consecuencia de derechos, se las encorseta, ya que el individuo no es considerado como sujeto social. Y consecuentemente no se garantiza necesariamente un ejercicio de problematización y reflexión sobre el escenario social, político y económico en donde habita y se desarrolla dicho sujeto. De esta manera, asentado en la capacidad de la autosuficiencia de las personas mayores, se le adjudica a su vez la responsabilidad total en la generación de acciones participativas, sin tener en cuenta que el escenario a veces (a través de la aplicación de dispositivos de desigualación y desempoderamiento subjetivo), limita la participación de las personas mayores como ciudadanos conduciéndolos progresivamente a un estado de des-autonomía progresiva. Y, así se aceita un engranaje social que opera legitimizando prejuicios (inferior, débil, niño mayor, caprichosos, enfermo, asexuados, poco responsable, etc), estigmatizando a este grupo etéreo, promoviendo el apartamiento de los mismos de la comunidad, y el encierro (geriatrización temprana) de la persona mayor.

2.2 Teoría (epistemología) y Metodología.

2.2.1 Epistemología.

Se entiende a la epistemología como la relación entre quien conoce y el objeto de estudio conocido, correspondencia que se manifiesta en la practicas producidas por ciertos sujetos situados en una realidad social específica.

Durante la observación de las prácticas se registraron diversas perspectivas que hacen referencia a la manera de comprender y explicar la realidad social.

Las mismas son la perspectiva de género, gerontología crítica, de derechos, intergeneracional.

También se pone en evidencia la elección del enfoque (es decir el foco de atención que se tiene en los procesos interventivos, de las realidades sociales es lo que se observa), biomédico, de las neurociencias

Durante las entrevistas las Lic. en T.O confirmaron la adopción perspectivas antes mencionadas y manifestaron la adopción de perspectiva inclusiva, y de la gerontología comunitaria. Así como la crítica a la gerontología tradicional.

Manifestaron adoptar además del enfoque de las neurociencias (neuropsicológico y neurocognitivo), el enfoque de envejecimiento activo, el enfoque psicodinámico de Pichón Riviere, el enfoque psicogerontológico, el enfoque de salud pública tradicional.

2.2.1.1 Perspectivas.

-Perspectiva de Derechos.

En la pregunta en relación a las perspectivas, enfoques y/o modelos adoptados de las Lic. T.O expresaron adoptar la perspectiva de derechos.

Entendemos que estos son un elemento fundante del ser humano en tanto sujeto social, es decir, como una condición que nos constituye como tales en tanto somos parte del mundo social, cultural, económico y político que construimos, producimos y reproducimos a través de nuestras relaciones.

Con lo cual, el reconocimiento de las personas mayores - tanto miembros de una colectividad- como ciudadanos, poseedores de ciertas garantías y responsabilidades sobre sí mismos, su familia y comunidad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones.

Dos de las Lic en T.O reconocen la adopción del mismo durante el ejercicio profesional en el trabajo de personas mayores.

Esto surgió en las entrevistas de las siguientes Lic:

"(...) el enfoque de derechos, de sujeto de derecho. (...) el otro como una persona que tiene derecho, por eso yo siempre, más allá que el programa este estipulado que sea de una determinada forma, me importa mucho también su opinión, y es como una construcción en

conjunto que vamos haciendo, (...) también me piden determinadas actividades, entonces uno escucha siempre su opinión, y las tiene en cuenta para hacer una actividad específica.”

“(...) uno lo escucha tiene en cuenta ese requerimiento, y lo hace participe de la actividad, (...)” “(...) y también hacer un ida y vuelta en cada evaluación tanto a mitad de año, como a fin de año. (...) después de cada actividad dice trabajamos esto, esto y esto, entonces hay se hace un intercambio donde te preguntan porque esta función, como trabajan, porque, y bueno se hace también un intercambio.” (JR).

“(...) el otro es un titular de derecho, (...) es poder respetar los saberes del otro, el tiempo del otro, la pregunta del otro y que esta pregunta me pueda inquietar a mi y pueda no gustarme su propuesta y esta todo bien porque yo lo estoy habilitando, poder generar el espacio franco y genuino donde realmente se de encuentro, donde cada uno aporta lo que trae y poder sentirse en ese poder de decir : yo la verdad que hoy no estoy para ser el cascabel que soy siempre, hoy estoy mas para estar mas guardada pero vengo acá y escucho y la verdad que no me preguntes hoy porque hoy estoy menos diez; y no importa igual se sienta y pueda estar invitada/o a estar y que no sienta que tiene que cumplir, puede estar que el ya estar es un montón, (...) ., (...).“ (LL)

En dichas entrevistas se puede vislumbrar que los derechos humanos están relacionados a situaciones muy concretas, se ponen en juego constantemente en la vida cotidiana de las personas mayores.

El pleno ejercicio de los derechos supone que su cumplimiento debiera estar dado por la creencia y comprensión de que todos los sujetos tienen el derecho a tomar sus propias decisiones acerca de lo que desean realizar en su vida.

De esta manera se pone de relieve que su vulneración, se manifiesta incluso a través de otros tipos de violencia, quizás ya no física directamente, sino más bien simbólica, como el no ser contemplados al tomar decisiones en relación al taller o no tenerlos en cuenta en sus elecciones, no ser escuchados para la creación de los objetivos de trabajo, no ser informados con respecto a los objetivos de la actividad perseguidos o no ser informados íntegramente en relación a una temática o problemática que los afecta directamente.

Por otro lado dicha perspectiva se ha observado durante el transcurso del taller cuando las profesionales intervienen centrándose en los sujetos, fomentando el buen trato, el respeto, reconocimiento mutuo y tolerancia entre compañeros/ras; cuando se trata a las personas mayores con respeto, amabilidad, afecto y calidez, cuando la profesional se ocupa de la salud sexual

y reproductiva de las personas mayores, o cuando la profesional utiliza determinadas formas de nominar que pueden o no estar relacionadas con la perspectiva de género, o cuando fomenta el envejecimiento y participación activa. Cuando la profesional tiene en cuenta las cuestiones de género, busca difundir y promover los derechos de las personas mayores, por ejemplo, informado sobre políticas destinadas a este grupo etáreo, y las formas de protección de sus derechos. Y cuando pone en juego, durante el taller, un estilo de coordinación acompañante-copensor o democrático/a.

-Perspectiva de Género.

Una de las dichas Lic. T.O expresa que complementa esta perspectiva con la de género. En tanto entiende que existen roles y atribuciones producidas socialmente para hombres y mujeres, las cuales, en tanto en construcción social, pueden y deben ser problematizadas.

En la siguiente entrevista se puede observar con claridad esto:

“Había empezado a leer sobre la gerontología feminista que me parecía muy interesante, (...) algunos conceptos, yo ya empezaba a pensarlo de otro lugar y sentía que tenía de darle forma, (...) y al principio empecé muy tímidamente aportando, porque en nuestro sistema patriarcal, (...) los grupos son mayoritariamente femeninos, entonces era muy muy resistido cualquier concepto, cualquier idea, la idea del coordinador no es ir a traer verdades al grupo, sino instalar preguntas, quizás esos que estamos pensando lo podemos pensar de este lugar (...) siempre con mucho cuidado y respetando la historia que traen, y bueno poder deconstruir, sobre todo utilizo mucho los medios de comunicación y como toman algunos hechos tremendos de violencia machista, (...) y como esto lo podemos deconstruir, y quizá (...) para (...) trabajar memoria a corto plazo traigo un texto que tiene que ver con un relato de una mujer con taaa.”
(LL)

Así mismo durante el transcurso del taller se ha observado esta perspectiva cuando la profesional fomenta la reflexión, y la autorreflexión, el repensar los mecanismos sociales que cristalizan las desigualdades entre hombres y mujeres; legitimando los estereotipos, maltratos violencia de género en la pareja, así como en la sociedad en su totalidad. Cuando busca la autorreflexión

sobre la emergencia-en las mujeres mayores- de temores relacionados con el propio cuerpo, la apariencia, o la edad, cuando utiliza formas de nominar que visibilizan a las mujeres (preciosas, jubiladas, mujeres, personas mayores, una, otra, nosotras, adultas, el grupo), y cuando reflexiona sobre expresiones, chistes, formas de denominar o dirigirse hacia a las mujeres mayores, que llevan implícito estereotipos o prejuicios relacionados con el género.

-Perspectiva Inclusiva.

Continuando con las perspectivas identificadas en la comprensión de las realidades sociales, en tres de las profesionales (si bien no emergió directamente en la pregunta destinada a dicho fin), durante el transcurso de la entrevista se pone en evidencia que en sus prácticas estuvo presente la perspectiva inclusiva.

Su adopción implica una intencionalidad en pos de una sociedad que favorezca, contemple las diferencias, y sostenga las necesidades y capacidades específicas de la diversidad humana. Contribuyendo de esta manera en el devenir de una sociedad, que, a partir de las diferencias, trabaja para que todos tengan los mismos derechos, y las mismas posibilidades que permitan y garanticen su ejercicio y el buen vivir.

La adopción de la misma se evidencia en las siguientes entrevistas:

“Lo pude articular con la escuela de modalidad especial haciendo una actividad en conjunto con jóvenes con discapacidad intelectual (...)”. (S.A).

“(...) hace un par de años, hicieron un convenio con el centro de día Nuevo Día con la escuela especial Alito (...) y (...) surgió por decisión del grupo generar encuentro un poco mas interesante, no solamente que trajeran la colación sino generar un taller en conjunto, (...). Y previo a esto hubo todo un trabajo grupal de medio año para poder darle la relevancia, que esta articulación tenía, porque inicialmente (...), poder desmalezar estos preconceptos, prejuicios, los miedos, ellos vienen con un promedio de 70 años, entonces vienen con una cantidad de cosas que no se sabían, cosas que se instalan como verdad, que solo son eso falsas creencias. (...) que favor le estamos haciendo a esta población, a estos chicos, digo la verdad que le estamos dando un sentido, a esto que hacen, (...), hasta que la verdad pudimos lograr

una articulación intragrupo, de poder repensar esto, (...) desde una mirada un poco mas critica, y poder reconocer al otro, mas allá de sus capacidades intelectuales, o su manera de manejarse, su manera de charlar, su manera de moverse, encontrar un sujeto. (...)." (LL)

-Perspectiva Intergeneracional.

La perspectiva intergeneracional pretende una sociedad para todas las edades. Con lo cual busca que exista solidaridad, reciprocidad y equidad entre las generaciones.

Para lo cual las profesionales buscan que este grupo etéreo adopten un rol social activo a través de la participación intergeneracional de las personas mayores.

Así se demuestra en las siguientes entrevistas:

“Lo pude articular con (...) un proyecto extensión de la UNMDP, coparticipando en una actividad en jardines de infantes de riesgo.” (S.A)

“Que hay una mirada también intergeneracional, (...) y hacemos hincapié en que ellos necesitan y deben expresar sus convicciones, sus valores, sus principios a las otras generaciones, por eso también las temáticas que se buscan mucho, tienen que ver con esto que lugar que se dan a los abuelos, (...)” (SC)

“(…) ese envejecimiento tenerlo en cuenta dentro de un colectivo, intergereneracionalmente, he porque nos toca a todos, el adulto mayor, el niño, el adulto joven, que trabaja y demás, desde ahí ir construyéndolo (...) la construcción del envejecimiento en realidad es con todas las generaciones, no solamente, el gueto de adultos mayores, (...)” (J.R).

Durante el transcurso de la observación esta perspectiva se puso de manifiesto cuando la profesional fomento el encuentro entre personas mayores y niños/as, incentivo la creación de juguetes para donarlos a niños/as, y cuando impulso el encuentro de personas mayores con adolescentes.

Perspectiva gerontología comunitaria.

El concepto de comunidad se vincula con el concepto de bienestar de la persona mayor, en tanto se interpreta que no es posible alcanzar este estado sin la interacción, la participación en y con la comunidad, en y con su barrio.

La gerontología comunitaria hace hincapié en los derechos de los adultos mayores, pretendiendo que las personas mayores sean fortalecidas, con información clara sobre el ejercicio de ciudadanía, de manera que estos sean protagonistas y se movilicen en la vida pública, es decir, que los mismos adquieran la capacidad de participar activamente en la sociedad. Sea dicha participación en organizaciones o interactuando en diálogos sociales para poder entender y manifestar sus necesidades.

En este caso el centro de jubilados es un espacio de participación donde las personas se organizan voluntariamente o por lo menos llevan a cabo este diálogo para y hacia la integración social, es por ello que se dictan distintos talleres en dichos centros.

Esto se refleja en la siguiente entrevista:

“(…), claramente cada uno va a tener una forma de envejecer diferente al otro si bien tenemos características generales, el envejecer específico es diferente, (...), entonces cuando uno piensa en gerontología comunitaria lo piensa en eso, a la persona en un contexto con su historia, no a la persona mayor con su patología o con su devenir saludable, si lo tiene, sino literalmente trabajar en el contexto con la persona, en el barrio, en la sociedad de fomento, con su familia, (...)”. (LL)

Perspectiva Biomédica.

Si bien la perspectiva biomédica, no emergió durante la entrevista, se registró en un taller durante la observación. Cuando la profesional utilizó ejercicios cognitivos puros durante todo el transcurso del taller o una parte del taller; también cuando utilizó ejercicios cognitivos puros para realizar en la casa; al utilizar reiteradamente determinadas formas de nombrar como ser pacientes, pacientes mayores, pacientes adultos mayores, chicas/chicos. Desde esta perspectiva la profesional fomentó la participación receptiva, se enfocó en la falta, la carencia, lo que cognitivamente no poseen y puso en juego durante el transcurso el estilo de coordinación más bien autoritaria/o u autocrático/a.

-Perspectiva de Gerontología Crítica y crítica a la perspectiva gerontológica tradicional.

Si bien durante las entrevistas el enfoque de la gerontología crítica emergen como parte de la problematización de “(...) temáticas con atravesamientos sociales como el movimiento social *ni una menos* (...)” (LL), durante la observación se registro a través del desarrollo de actividades que propiciaron un análisis crítico de lo cotidiano. Con lo cual la profesional propicio la sensibilización y toma de conciencia sobre las formas sociales como ser la distribución inequitativa del poder, del dinero y de los recursos naturales, que reproducen relaciones opresivas (p.j de género), y desigualdades de clases. Invita a la reflexión sobre las expresiones, chistes, formas de denominar o dirigirse hacia las personas mayores que llevan implícito estereotipos o prejuicios relacionados con la edad y el género, y sobre cómo crear condiciones igualitarias y solidarias para una mejor calidad de vida y bienestar de las personas mayores.

Fomenta la búsqueda de estrategias de acción autogestivas en post de la participación en estructuras gubernamentales y dispositivos políticos (foros, mesas de trabajo, marchas en contra y a favor de, programas nacionales, elecciones, asambleas ciudadanas, observatorios para personas mayores, etc.), e intenta hacer conciente las acciones personales y las responsabilidades compartidas en la reproducción de la lógica socio-cultural actual.

La gerontología crítica interpela a la gerontología tradicional, en tanto afirma que estas están asociadas al modelo biomédico, a la geriatría, cuyos objetos de estudio y métodos se definieron en relación a las disciplinas científicas de carácter funcionalista, conductuales y cuyo énfasis esta puesto en los procesos biológicos de salud y enfermedad.

La gerontología tradicional conoce desde un marco de análisis derivado de las ciencias naturales. Desde esta forma de pensar, desde el terreno de las disminuciones y de las pérdidas físicas y psíquicas (modelos decrementales del envejecimiento), se configura una perspectiva asilar en relación a la persona mayor. Es decir, se concibe a este grupo etéreo como enfermos, carentes e

improductivos, con lo cual los roles sociales que las personas mayores pueden desempeñar son restringidos, siendo el objetivo de las intervenciones la protección asistencialista de los mismos.

Por lo cual lo indicado, cuando las personas mayores se encuentran en estado parcial de des-autonomía, es la geriatrización temprana. Favoreciéndose de esta manera la exclusión de las mismas de cualquier tipo de relación social y productiva.

Además esta forma de conocer invisibiliza las diferencias sociales, históricas, económicas, o étareas que impactan en el disfrute de los derechos.

Así lo manifiestan las Lic. en las entrevistas :

“Y el tradicional donde se pensaba este tema del envejecimiento como el declive de las funciones y solamente ese, puesto todo el acento en lo biológico, que uno se envejecía y ya se termino la producción. Se termino todo y entonces llega el momento del descanso, bueno eso cambio, y a parte los adultos mayores cambiaron, y ahora ya lo tienen incorporado, esto del hacer con un motivo, fomentar todo lo que es la prevención y mantenerse saludable, porque ha aumentado la supervivencia de vida, todo ese tema tan bien influye, pero ese tema es como que lo tienen incorporado, he y también el enfoque de derecho, el otro como una persona que tiene derecho, por eso, (...) ellos a veces también me piden determinadas actividades, entonces uno escucha siempre su opinión, y las tiene en cuenta para hacer una actividad específica. (...) es como una construcción en conjunto que vamos haciendo, (...)” (JR)

“En el paradigma geriátrico todo estaba pensado en el déficit de la personalmente segmentada, entonces venia con insuficiencias urinarias, falta de control de esfínter, olvido, caída, institucionalización, y todo esta relacionado con el deterioro, y por eso el paralelo que tiene con esta mirada asilar de la personas, donde se los cosifica, porque yo persona que se y estudie un montón se lo que vos necesitas para que te dejes de mojarte y poner pañales, para que no te sometás a ninguna estímulo, y te institucionalizo, ahí e acaba la historia.” (LL)

2.2.1.2 Enfoques.

Enfoques de las neurociencias.

Con respecto a los enfoques que son contenidas en el campo de las neurociencias, en los discursos y en las observaciones de 8 de las Lic. T.O expresaron adoptar el enfoque de neuropsicología y el enfoque neurocognitivo. Este enfoque busca comprender la mente, generando explicaciones biológicas sobre el funcionamiento del cerebro. Los argumentos expuestos de esta teoría, presentan la arquitectura cerebral como un hecho biológico innato y esencial-natural más allá de los factores socio-culturales. O simplifican y minimiza el efecto de lo social, de la socialización, en el funcionamiento cerebral.

La elección de dicho enfoque se expresa en las siguientes entrevistas:

“La neuropsicología tiene que ver con la neurología con el funcionamiento del sistema nervioso de lo cognitivo (...), tiene una base mas medica (...).” (S.A)

“Mi marco teórico tiene que ver con la Neuropsicología (...).” (P.N)

“(...) respecto al enfoque de neuropsicología, (...) creo que es el mas idóneo, en función del objetivo principal del taller.” (C.S)

“(...) lo relacionado con lo cognitivo, de neuropsicología, (...) es la base para trabajar las funciones cognitivas, te hablo de funciones cognitivas porque (...) si bien esta estipulado nnnque se llame taller de memoria se acota en la actividad de memoria y en realidad incluye toda la función.” (J.R)

“(...) lo encuadro dentro de lo que es la neuropsicología (...)”. (CDF)

“(...) yo se claramente, desde la neurociencia, por donde vamos a arrancar (...), según que autor con que modelo yo me siento cómoda trabajando, porque hay varios por función, (...)” (LL)

“Neurocognitivo, de las neurociencias el funcionamiento de cerebral para trabajar memoria.” (RC)

Durante la observación se registro este enfoque cuando las profesionales explicaron lo sucedido cognitivamente en la práctica utilizando la teoría (activadores neuronales, reservorio cognitiva, economía energética cerebral, las funciones cognitivas involucradas, el rol que cumple la memoria, porque se producen los olvidos frecuentes, conexiones cognitivas y emocionales, plasticidad neuronal, efectos cognitivos del hacer, de la critica, reflexión, debate, etc.), mencionaron y desarrollaron los modelos de las funciones cognitivas, como es la memoria de trabajo, la atención. Y cuando explicaron los

componentes cognitivos preservados y las que declinan con el envejecimiento, siguiendo un paradigma del procesamiento de la información. Además de informar sobre cuales son los factores protectores de la cognición. Cuando las Lic. aplicaron el proceso de generación (trasladar el trabajo cognitivo del taller a lo cotidiano), brindaron herramientas técnicas compensatorias para que las fallas interfirieran lo menos posible en lo cotidiano y en lo emocional, crearon las actividades y las graduaron en función al modelo de neurociencias (modelos de atención, la taxonomía de la memoria, diferentes aspectos del componente ejecutivo), brindaron explicaciones y conceptualizaciones en relación a los olvidos frecuentes, construyeron estrategias conjuntas para prevenirlos. Cuando la profesional brindó un ambiente rico en estímulos cognitivos y cuando conceptualizaron que son y el porqué de los olvidos frecuentes

- Enfoque de Envejecimiento Activo.

Con respecto al enfoque de envejecimiento activo, los discursos de siete de las Lic. T.O expresaron adoptar el mencionado enfoque.

“Este tiene como propósito favorecer el desempeño en las actividades de la vida diaria, través del estímulo de las funciones neurolocomotoras; cognitivos superiores; socio afectivas y el desarrollo de habilidades, creatividad, expresividad y productividad” (Anexo A., Desarrollo Del Componente, Componente Envejecimiento Activo citado en Rodríguez C, 2017).

El ser y estar activo es un indicador de salud, y presupone la participación continua de las personas mayores como actores centrales de su propio desarrollo y transformación, en tanto tienen las capacidades para poder encarar la tarea de tomar decisiones acerca de sus necesidades ocupacionales, estando las mismas más satisfechas y felices con sus vidas.

La elección de dicho enfoque se manifiesta en las siguientes entrevistas:

“Además de los objetivos específicos del subcomponente también tiene otros objetivos que tienen que ver con el envejecimiento activo. (...) como favorecer la participación comunitaria, favorecer la pertenencia grupal, favorecer las redes de apoyo, favorecer la inclusión de la

persona adulta en la sociedad. Hacer mas actividades (...), entonces existen posibilidades y generan beneficios en todos los niveles espiritual, psicológico, medico, hay personas que me dijeron yo empecé a dejar de tomar la pastilla cuando empecé a hacer actividades. “ (S.A)

“En el taller socio-preventivo del PAMI, el componente tiene que ver con el envejecimiento activo, (...)” (Ch.S)

Durante la observación se registró este enfoque cuando las profesionales fomentaron la participación activa en el taller. Es decir cuando explicaron los objetivos generales que se persiguen en el taller de memoria, quienes asisten y las diferencias con los talleres de estimulación cognitiva, la modalidad de trabajo, así como los objetivos específicos que persiguen cada actividad, técnicas o estrategias utilizadas; cuando conceptualizaron que son y el porque de los olvidos frecuentes; aclararon que la estimulación cognitivo queda por fuera de las convenciones establecidas para la reproducción de la lectoescritura; cuando construye espacios que permiten la posibilidad de elegir y decidir sobre las situaciones que le afectan, motivaron el desarrollo de comunicación dialógica (de escucha, respuesta a las preguntas, usa preguntas abiertas, permite que expresen deseos, intereses, necesidades, o ideas sobre las actividades a realizar); habilitaron espacios formales para la expresión (colación, o momentos personalizados); promovieron que las personas mayores exigieran sus derechos; promovieron que las personas mayores adoptan responsabilidades para con el grupo; brindaron oportunidades para que el trabajo cognitivo sea equitativo; y fomentaron la autogestión del espacio de colocación.

También se registro durante la observación cuando buscaron participaciones activas en la comunidad (sociedad). Es decir cuando estimularon la asistencia al taller de memoria, brindaron información sobre otros talleres del sociopreventivo; fomentaron que las personas mayores realicen actividades con niños, jóvenes, personas adultas y con otras personas mayores (sean o no compañeros/ras de grupo); animaron la asistencia a espacios sociales comunes (fiesta de la cerveza, shopping, Bowling, etc.); o cuando la profesional promovió la participación de las personas mayores en estructuras gubernamentales y dispositivos políticos.

-Enfoque Psicodinámico de Pichón Riviere.

Pichón Riviere, psiquiatra argentino, fundador de la psicología social, entiende que entre lo social y la configuración del mundo interno (asentada sobre sus relaciones de necesidad), se produce la construcción de la realidad de forma dialéctica. Desde este pensar individuo humano es un ser de necesidades que sólo se satisfacen a través del vínculo social. Para el psiquiatra durante las relaciones vinculares, de carácter dialéctico, se producirán intercambios, aprendizajes mutuos que impactarán en la subjetividad de los y las involucradas, quienes se devendrán transformados.

Entonces según este enfoque el sujeto es un sujeto relacionado y producido en interrelaciones vinculares, incidiendo estas sobre la lectura e interpretación de la realidad.

Las mismas pueden ser frustrantes a tal punto que anulen la libertad de acción y decisión de la persona, como cuando se producen los procesos vinculares en base a las jerarquías de poder, cuando hay vulneración social, limitándose el accionar ciudadano. Pero también pueden ser gratificantes generándose aprendizajes mutuos, sobre la base de intercambios entre sujetos con igualdad de derechos, con distintos saberes y experiencias de vida.

La adopción de este enfoque se evidencia en la siguiente entrevista:

“(…) como mas generalizado, la visión psicodinámica (…). Es el enfoque de Pichón Riviere, psicología social, principalmente por el vínculo recreado y sostenido” (Ch.S).

-Enfoque Psicogerontológico.

Desde la psicogerontología se entiende al envejecimiento como proceso y no como una etapa. Entienden que no hay un solo envejecer, sino que hay existencia de *vejece*, cada sujeto envejece de manera diferente, y aprende a lo largo de toda su vida, además entiende que los cambios generados por la revolución del envejecimiento implican otras consideraciones y focos de atención en las nuevas necesidades psicológicas y sociales.

Los profesionales que trabajan desde este enfoque ponen el acento en un envejecimiento participativo, activo, buscando la puesta en marcha de actividades para el mejoramiento de su calidad de vida y que este grupo etario esté integrado socialmente:

La elección de dicho enfoque se manifiesta en la siguiente entrevista:

La psicogerontología se remite más a aspectos que tienen que ver con el empoderamiento, con la autonomía (...) que tienen que ver con el empoderamiento". "(...) esos aspectos favorecen el desempeño ocupacional (...)" "(...) se complementan en realidad." (S.A)

En la observación se registró este enfoque cuando las profesionales reflexionaron, explicaron el envejecimiento como una situación vital desde el nacimiento, siendo la vejez la última etapa del proceso de la vida humana, considerándola una oportunidad para ganar capacidad en todas las esferas. Y si bien las profesionales detectaron las dificultades, pusieron énfasis en potencialidades, las habilidades y capacidades cognitivas, socio afectivas que las personas poseen. Además, las profesionales fomentaron la participación activa- en el taller y en la comunidad- así como una comunicación dialógica.

Enfoque de salud pública tradicional.

Se identificó a través de las políticas que promueven la salud en las personas mayores, a través de la implementación del programa socio preventivo.

Dicho programa es una estrategia institucional multidimensional, de protección y mantenimiento de la capacidad psicológica, física y biológica. Este forma parte de una política pública de fortalecimiento (apoderamiento) contextual adoptada por el gobierno Argentino, formulado a partir del conocimiento del origen social de las distintas problemáticas que se vivencias en los distintos territorios del país.

La elección de dicho enfoque se manifiesta en las siguientes entrevistas:

“Es una función socio-preventiva con mantener funciones”. (RC)

“(…) programa promoción y prevención Sociocomunitaria (…)”. “(…) es una política publica de intervención en una comunidad determinada (…)”. (S.A)

“El programa sociopreventivo del PAMI, (…) que surge como una política, para trabajar con adultos mayores, en todo lo que es la promoción y prevención de la salud, “(…) si bien se habla de taller de memoria, en una generalidad en realidad lo que se trabaja es en todas las funciones cognitivas (…)” (JR).

“(…) esta enmarcado dentro del programa socio-preventivo de Pami” (CDF).

“talleres como estimulación cognitiva y dentro de lo que seria objetivos cualitativos tienen que ver con trabajar con la prevención, la promoción, mantenimiento de las funciones cognitivas, (…) . Pues se trabaja con una población que no tienen deterioro cognitivo (…)” (Ch.S)

“Están enmarcados en el programa socio-preventivo, creo que arranco en el 2007, que abarca distintos tipos de talleres de memoria, (...), esta apuntado a la prevención (...) del deterioro cognitivo, (...)” (P.N)

“(…) programa socio-preventivo de PAMI. Y después esta dividido en tres componentes importantes uno de los cuales se encuentran todas las actividades sobre el cual yo me encuentro inmersa, (...) esta pensado para personas con patrones de declinación con olvidos acordes a la edad.” (L.L).

2.3. Metodología.

Se entiende por metodología como la manera en que las personas se acercan a conocer aquello que se les presenta.

Los talleres dependientes del sociopreventivo del PAMI, están orientados a “(…) incrementar las oportunidades de salud integral de los afiliados (en términos de autonomía funcional), la participación en el control de sus patologías y la integración social y el ejercicio de la ciudadanía, así como la intervención en situaciones de riesgo a las que están expuestos (...) (Res.0585/08, Anexo A., Objetivo Programático General).

Los talleres de memoria forman parte de uno de los objetivos específicos, el de envejecimiento activo.

Del trabajo de campo y de las entrevistas se reconstruyeron las siguientes dimensiones dinámicas del taller.

2.3.1 Dinámica del taller.

“Desde el programa esta estipulado el tiempo, la duración del taller, mas una colación (...) el encuadre lo determina el profesional” (JR). La colación la debe brindar el centro de jubilados debe brindar. “Esto fomenta, brindar el apoyo en el otro, buscar la solidaridad, el compañerismo, (...) también ayuda a la integración, y a establecer redes de apoyo, así que después ellos siguen conectados, se pasan los teléfonos, (...)” JR, “(...) la socialización (...)” (LL, ChS, CS).

Las entrevistas de las Lic.en Terapia Ocupacional, reflejaron que desarrollaron una dinámica de taller flexible y un taller mixto.

Estos fueron acompañados con los datos provenientes de la observación.

Durante la observación de los talleres del socio-preventivo una minoría de las profesionales, desarrollaron llevaron aproximaciones metodológicas de carácter tradicional.

Se describirán tres estilos de taller el flexible, tradicional y mixto.

- **Dinámica de Taller Flexible**

En el taller de tipo flexible las profesionales tienen “(...) en cuenta las funciones cognitivas la atención, la memoria, memoria a corto plazo, a largo plazo, la reminiscencia, (y se van) buscando la manera del como ponerlo en marcha “ (PN), se observaron actividades planificadas a priori como ser:

Actividad cognitiva pura, mediada o no por técnicas específicas, como ser ejercicios para la memoria en sus diversas expresiones, la percepción, la fluidez verbal, la orientación temporo espacial, las praxias, atención en sus diversas expresiones, calculo. Pj anagramas, sopa de letras. Actividad cognitiva mediada por lo socio-cultural (actividades cognitivas en relación a fechas patrias), por fotografías, por historias de vida (narrativas autobiográficas), por música, por los sentidos (tacto, olfato, oído), por juegos colectivos (Pj memotex).

Antes de la actividad propiamente dicha, {se puede realizar} un caldeamiento con ejercicios, heee para estimular, o (...) para bajar un poco la ansiedad, (...) y que se puedan conectar con la actividad, (...)” (JR).

Pero al mismo tiempo, si bien hay objetivos marco, y hay actividades planificadas inicialmente por las Lic. en Terapia Ocupacional, tanto los profesionales como las personas mayores trabajan en conjunto para detectar de las necesidades reales. Es por ello que también se desarrollan otras actividades (salidas a merendar, lectura y reflexión colectiva, juegos colectivos) vinculadas directamente con las necesidades, con otra atención y con “(...) el emergente, lo que surja para intervenir, es lo mas importante y después determinas como vas a intervenir, todo depende de las personas” (J.R). Entre las que se encuentran “(...) temáticas con atravesamientos sociales (como el movimiento social *ni una menos*) o cuestiones individuales pero que tiene una caja de resonancia en sus pares” (LL), que propician el desarrollo de actividades desde un análisis crítico de lo cotidiano.

De esta manera las personas mayores traducen en palabras como experimentan su realidad en relación a dichas temáticas y cuestionan como el contexto político-cultural-histórico (en el que están inmersos), favorecen ciertas formas de entenderla y recrearla, mediante el anclaje y cristalización de prejuicios sociales.

De esta manera dicho proceso se constituye en un espacio de problematización de la influencia del contexto en las deficiencias ocupacionales, las consecuencias resultantes para el bienestar singular, así como colectivo y su traducción en la vida cotidiana de las personas mayores y las posibles formas de ser portadores de *poder* resolver situaciones y/o tomar decisiones en lo que refiere a su cotidianeidad, así como poder tomar las oportunidades de participación en propuestas que se originen en el ámbito comunitario.

Espacio que, al operar, entonces, desde un entramado intersubjetivo vincular de concienciación crítica generacional e intergeneracional pone el acento en la difusión de valores humanos y sociales. Por otro lado, le permite a la sociedad y a la persona mayor, la adopción de un posicionamiento más comprometido en la construcción la salud, bienestar y felicidad de este grupo poblacional

Es decir que el proceso de Terapia Ocupacional busca ser creativo y transformador, desarrollándose (aunque la actividad es la base real y material

en el que se sustenta el hacer del taller), poniendo énfasis en el proceso y no en los resultados. Es por ello que al “(...) trabajar sobre procesos cognitivos, no hay algo que este bien o este mal, hay una o varias respuestas para lo mismo (...), entonces si (la persona mayor) tenía que pensar palabras con determinadas características, y estuvo todo la semana, dale que te dale, y se le ocurrieron cinco, eso es lo que va a importar, el proceso el tiempo que estuvo, todas las interconexiones que se generaron para producir estas 5 X palabras, no importa si otro, estuvo 14 minutos y saco 300 palabras, claramente esa propuesta no fue un desafío, no fue estimulación, no fue entrenamiento, fue algo recreativo, (...). (LL)

Por eso se realiza una puesta en común.

La modalidad de abordaje, primordialmente es de carácter grupal, alternando en ciertas ocasiones específicas con una modalidad mixta (individual-grupal), promoviendo una participación activa y efectiva.

Esto lo logran creando un microespacio personalizado, y escucha a las personas mayores, llamándolos como les guste ser llamados, comentando “(...) al inicio del taller que es lo que van hacer cual es la introducción, cual es la actividad y cual es el cierre” (S.A), explican los objetivos generales que se persiguen en el taller de memoria, quienes asisten y las diferencias con los talleres de estimulación cognitiva, la modalidad de trabajo, así como los objetivos específicos que persiguen cada actividad, técnicas o estrategias utilizadas. Explica, conceptualiza que son y el porque de los olvidos frecuentes; aclara que la estimulación cognitiva queda por fuera de las convenciones establecidas para la reproducción de la lectoescritura.

Motiva el desarrollo de comunicación dialógica, de escucha, respuesta a las preguntas, usa preguntas abiertas, permite que expresen deseos, intereses, necesidades, o ideas sobre las actividades a realizar. Promueve que las personas mayores exigen sus derechos. Así como adoptar responsabilidades para con el grupo.

Al explicitar el sentido de las actividades, estos dan a conocer los objetivos que se trabajan en cada una de ellas, permitiendo de esta manera abrir el espacio para evaluaciones, cuestionamientos y modificaciones de las mismas.

Se realizan algunas evaluaciones de proceso y algo al inicio y algo al final que no tiene que ver con lo cognitivo, sino que tiene que ver con lo grupal, que tiene que ver con aquellas expectativas para el año (LL, JR, ShC).

Al poner en juego un método flexible se estaría desmitificando la relación autoridad-verdad profesional y favoreciendo una modalidad vincular democrática y amorosa, una identidad colectiva intergeneracional y la asunción de un rol dirigido a la acción.

-Dinámica de Taller Tradicional.

Durante el trabajo de campo se observó el desarrollaron, una metodología de carácter tradicional (OS, BP), desarrollándose o no, un espacio en donde se ponen en juego las funciones cognitivas desde la vinculación con el otro.

Las actividades prescriptas por las profesionales a cargo puede ser una actividad cognitiva pura mediada o no por técnicas específicas, caracterizándose por ejercicios para la memoria en sus diversas expresiones, la percepción, la fluidez verbal, la orientación temporo espacial, las praxias, atención en sus diversas expresiones, calculo. Poniendo el profesional acento en el resultado. Siendo la modalidad de abordaje, individual, pudiendo estar en grupo, pero la participación de la actividad es particular, y es más bien receptiva.

Es decir, que se persigue una participación de estilo pasiva y/o aparente, con un estilo comunicación exclusivamente técnico. De esta manera las Lic. en Terapia Ocupacional son las únicas que toman todo tipo de decisiones en relación al proceso, las personas mayores acatan y se adaptan a este.

Por otro lado al ser el proceso de carácter rígido, habilita a las Lic en Terapia Ocupacional para no brindar oportunidades en relación a la expresión de deseos, intereses, necesidades, o ideas sobre las actividades a realizar. Así como no explicar, no conceptualizar que son y el porque de los olvidos frecuentes. Y, si lo hacen es de forma superficial. Tampoco explican o explican superficialmente los objetivos generales que se persiguen en el taller, así como los específicos para cada actividad. Ni se tiene en cuenta las necesidades, ni la pertinencia de los emergentes.

Las profesionales ponen acento en el resultado final.

Al ser la relación establecida sobre roles bien definidos (persona mayor, profesional), estructurados, objetivos (tangibles, no mutables) se acentúa la relación autoridad-verdad. Durante el desarrollo de los talleres las Lic en o T.O ponen el acento en crear un espacio en el que se aprecien la asimetría entre *el que sabe* y *el que no sabe*. Con lo cual el otro, persona mayor se constituye en receptor de prescripciones e intervenciones, actuando en los espacios micro de la toma de decisiones.

Privilegiándose la actividad, separadas de las relaciones con los otros, (como hilo conductor que guía dicho procesos y posibilita la mejoría en el funcionamiento cognitivo), la resolución de esta por sobre las experiencias subjetivas, se desalienta el intercambio intersubjetivo de saberes y de opiniones entre las personas.

-Dinámica de Taller Mixto.

Durante el taller se favorece la expresión de las experiencias personales, los deseos, intereses, sueños, se favorece la libre expresión y creación, de manera interindividual, es decir entre la persona y la profesional a cargo del taller, aunque en ciertas ocasiones también puede ser grupal.

No se produce el momento de puesta en común, y en caso que si se generara, no hay problematización sobre el emergente singular con origen social e histórico. “Generalmente hay un lineamiento que es de PAMI, tenes una hora en que se dicta el taller, después una media hora para trabajar toda la parte vincular de los adultos (...)”(CS).

Durante el horario de taller se dictan actividades con diferentes tipos de estímulos lúdicos o no, para trabajar las funciones cognitivas superiores (CDF, CS, ShC, J.R, SA, RC, FG).

Se han observado actividades cognitivas mediadas por lo socio-cultural (actividades cognitivas en relación a fechas patrias), actividades cognitivas mediadas por fotografías, actividades cognitivas mediada historias de vida

(narrativas autobiográficas), actividad cognitiva mediada por la música, actividades cognitivas mediada por los sentidos (tacto, olfato, oído).

Siempre hay un momento (colación, desayuno) de puesta de “(...) las funciones superiores, porque conoces gente nueva, lo cual implica todo un desgaste, una presentación que tener que hacer “(CS).

2.3.2 Modelos.

Desde su acepción cotidiana el término modelo implica pensar en algo que se repite (Vélez Rastrepo O., 2003). Si lo analizamos a trasluz del campo profesional “(...) los modelos de actuación hacen referencia a patrones de procedimientos estandarizados, “imitados”, o asumidos por colectivos profesionales que, inspirados en determinadas escuelas o corrientes profesionales, marcan tendencias, orientan formas específicas de actuación y definen énfasis, principios y técnicas (Vélez Rastrepo O., 2003 p.74). Es decir, el modelo es un instrumento que, por semejanza con una realidad, que ha sido estandarizada, simplificada, podríamos comprender ciertas situaciones particulares emergidas durante la cotidianidad del taller desde una alineación a conceptos universales.

Modelo de ocupación humana.

Abrazando la idea que debe elegirse un fundamento conceptual universal, que permita la autonomía profesional, Gary Kielhofner y Janice Posatery Burke en 1980, retoman las teorías sobre la conducta ocupacional desarrollada por Reilly M. y colaboradores, y dan nacimiento al modelo de Ocupación Humana.

El fin de este modelo propio de la Terapia Ocupacional, es proporcionar un entendimiento sobre la naturaleza de la ocupación en las personas, y su papel en la salud de las mismas.

Este modelo se apoya en la teoría de los sistemas, describe al ser humano como un sistema abierto, que puede cambiar y reorganizarse por si mismo. En

tanto sistema abierto, las personas estarían conformadas por tres subsistemas (la volición, la habituación y la ejecución), que interactúan entre sí. La interacción de los mismos con el medio ambiente (físico, social y cultural), es el basamento de la construcción singular.

De los tres subsistemas, el de la voluntad es para los autores el nivel más alto, es el que gobierna las tendencias básicas de actuación del organismo, gobierna al subsistema de habituación y ejecución.

Es por ello que es retomado en la entrevista por la Lic. en Terapia Ocupacional:

“(…) también, el modelo de ocupación humana, (…) todo lo que tiene que ver con lo personal en cuanto al desempeño, la volición, esto de la motivación, las necesidades, ese aspecto, pero mas desde lo individual, pero mas que eso no.” (J.R)

Crítica al modelo biomédico.

En Argentina históricamente la disciplina, debido a la necesidad de legitimarse como una profesión que tiene una validación científica, ha ligado fuertemente sus practicas a enfoques biomédicos. Así surgieron, y predominaron de determinados modelos de práctica que intentan respaldarse en los conocimientos, técnicas y métodos de las ciencias de la salud.

Sin embargo, en el interior de la profesión se ha ido reflexionando sobre las teorías que sustentan la práctica clínica y la investigación científica.

Dicha crítica se expresa en la siguiente entrevista:

“(…) uno siempre expresa, que trabajamos porque trabajamos de la manera que lo hacemos (…) en otro enfoque, el biomédico seria esto es así y ya está. Aparte hay toda una cuestión de poder del profesional, yo determino que vos es esto y esto es lo que te va a hacer bien, (…).” (J.R)

3-Política y Terapia Ocupacional.

Diversos autores de la disciplina han instalado progresivamente una mirada crítica en relación a los saberes teóricos y epistemológicos de la Terapia Ocupacional; sobre los valores, ideologías que atraviesan los campos de actuación.

Así se puso en relieve que las prácticas profesionales no son meros temas instrumentales, ya que en ellas subyacen concepciones éticas y políticas sobre como debería ser y construirse la realidad social.

Es decir, los profesionales durante su ejercicio pueden o no poner en tensión lo justo e injusto en el terreno del espacio público, así como el tipo de libertades o el tipo de subjetividades promovidas en un mundo concreto, con los problemas sociales en los que nos producimos. Pueden o no preguntarse sobre la realidad en la que estamos inmersos, que tipo de mundo deseamos construir, y, que el tipo de gubernamentalidad que se pondría en juego durante dicha construcción.

En la siguiente entrevista se deja bien claro este posicionamiento:

“(…) no puedo desconocer con que procesos políticos-partidarios, con que momento del estado, institucional, yo me posiciono, se claramente en un gobierno que le quita el 50 % a los médicamente gratuitos claramente, va a tener impacto en la vida de esa persona con la cual estoy trabajando, entonces eso me invita a interpelar, entonces no da lo mismo, que este Macri, o que este cristina o que este gobernando el periodismo, no me da lo mismo que haya un gobierno neoliberal, que haya un gobierno popular, a mi no me da lo mismo que en ecuador haya ganado, Denis Moreno, a que hubiese ganado Lacio, a mi no me puede haber dado lo mismo, respeto, pero me parece que nosotros tenemos que tener una mirada global, en argentina, en Sudamérica en el mundo y como eso atraviesa a la persona. No podemos pensar que esta embestida neoliberal va a ser gratuito, digo lo que paso en brasil, lo que pasa en Venezuela, lo que pasa en chile. El pensarnos es un concepto de pensarnos en términos de patria grande, lo que pasa en Bolivia con evo, no da lo mismo, para mi por lo menos, no tener estas consideraciones.” (LL)

CONCLUSIONES

*La felicidad... ¿existe? ¿dónde? Cuando era niño
me quejaba a mi padre porque no tenía juguetes y
él respondía señalándose la frente con el dedo índice:
Este es el mejor juguete que se ha creado.
Todo está aquí.
Ahí está el secreto de nuestra felicidad”
Charles Chaplin en Candilejas, 1952.*

La Terapia Ocupacional (cuyo objeto de estudio es *el hacer situado* de un sujeto, que busca la autorrealización, así como la pertenencia social), desde sus inicios la disciplina y profesión, es influenciada (al igual que la totalidad de sociedad), por los mismos discursos contruidos en este contexto histórico trazada por un régimen mundial corpolítico, geopolítico y biopolítico de soberanía: el *Sistema Mundo Moderno Colonial*. Y su expresión económica, el capitalismo en la fase neoliberal.

Las distintas formas de conocer y acercarse a la realidad y al sujeto, es decir el abordaje de los procesos sociales con efectos en la salud son influidos por la biografía de las trabajadoras en T.O, por su cultura, su singularidad, su subjetividad, sus ideologías y creencias particulares

En la investigación se analizan los fundamentos epistemológicos de las prácticas profesionales de la Terapia Ocupacional en el campo de la gerontología comunitaria.

Durante las entrevistas y la observación se detectó la emergencia de diversidad de *haceres* profesionales, así en consonancia con los debates en torno a la profesión, se afirma la existencia de *Terapias Ocupacionales* en dicho campo.

En ciertas Terapias Ocupacionales se ha detectado la lógica del enfoque biomédico, el enfoque salud pública tradicional y metodologías pautados sobre premisas positivistas (taller tradicional). Por lo cual se piensa a la persona mayor como objeto, individuo mayor, un átomo social parte de un todo abstracto (sujeto cartesiano). Aunque al mismo tiempo, hay una tendencia a privilegiar la naturaleza activa, es decir, el hacer continuo de las personas mayores, sin tener en cuenta la influencia del contexto en dicho devenir. Este tipo de hacer se desarrolla en consonancia con una forma vincular jerarquizada.

En dicho estilo de prácticas profesionales subyace una aparente inmutabilidad de la sociedad y de sus valores, conduciendo a la creencia de neutralidad de toda perspectiva, enfoque y de los procedimientos originados por estos. Arrastrando a los profesionales a la asunción de un el rol exclusivo como agentes de salud, buscando casi especialmente, la recuperación del funcionamiento cognitivo que permita a las personas mayores reaccionar

eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida. Así al acceder a la norma, puedan adaptarse y pertenecer al sistema social actual.

Es de destacar que la emergencia de dicha hegemonía no es ortodoxa, pues se ha encontrado durante el desarrollo de un solo taller cognitivo.

Por otro lado los hallazgos de esta investigación reflejan las contradicciones entre lo que dicen que hacen las Lic. trabajadoras y el saber profesional.

Esta tensión emergida de la espontaneidad de la practica cotidiana, y del interjuego de las emociones, sentimientos, la corporalidad, el acercamiento o alejamiento (dependiendo de la situación), la forma de contener, de interpretar ciertas situaciones, las formas de considerar al sujeto acompañado de sus modelos pertinentes, la participación de la gestión de los recursos por parte de las trabajadoras en TO, interpela el desarrollo profesional.

Como consecuencia se interviene el paradigma positivista generando fisuras que filtran otras prácticas.

Por un lado están aquellas que conjugan el uso de perspectivas y enfoques más tradicionales, junto con perspectivas y enfoques con una tendencia más social y de derechos, en paralelo con una metodología de taller mixto.

Poniendo en valor a la persona mayor como individuo, ser independiente, autónomo de lo colectivo, autosuficiente, dotado de conciencia, con capacidad de decidir y de esforzarse (motivación intrínseca). Desde este posicionamiento, los mismos, tendrían que valerse por si mismo para participar continuamente (naturaleza activa) en su entorno inmediato.

De manera estos sujetos concretos (al lado de las comunidades), al configurar su vida ocupacional como seres autorresponsables, se los valoriza como ciudadanos poseedores de derechos.

Por lo cual se atiende la emergencia de subjetividad del individuo mayor, y se desarrolla un estilo vincular humanizado y terapéutico.

Si bien con dicha tendencia la profesión y disciplina se politiza, al estar presente la matriz positivista en los principios fundamentales del funcionalismo, no problematizan las causas de la falta de la participación ocupacional, y así se oculta la relación entre las diferencias reales de las condiciones de existencia. Es decir no se tiene en cuenta los vínculos entre los problemas individuales, la

posición social, el género, la etnia, y la posición política de los profesionales en la limitación del poder de decisión de las personas mayores.

De esta manera las Lic. trabajadoras durante el proceso de las Terapias Ocupacionales intervienen sobre las causas inmediatas de los problemas, minimizando su producción histórica. Entonces al generar un acercamiento a la realidad como un hecho dado, natural, por lo tanto equilibrada, ordenada y (pareciera) sin posibilidad de transformación, desencadenan la focalización de las mismas en el ajuste, control, orientación, readaptación, inclusión e integración de las personas mayores a la sociedad actual.

Quedando las posibilidades de ejercer los derechos y acceder a las oportunidades para imaginar y crear nuevos proyectos en esta última etapa de su vida, a determinadas condiciones del sujeto (como la clase social). Mientras se invisibiliza la trascendencia de la manifestación y acción conjunta que tienen los colectivos y su fragilidad actual.

Por otro lado dicha intervención del paradigma positivista genera fisuras que permiten la emergencia de prácticas con una tendencia crítica, inclusiva, social y de acceso igualitario, en paralelo con el uso de perspectivas y enfoques más tradicionales, y un abordaje metodológico flexible. Se despliega una concepción de sujeto/ persona mayor social, ciudadano, activo, reflexivo siendo en procesos colectivos inmersos en un marco histórico y socio-cultural y político actual.

Desde esta apreciación de la realidad y del sujeto las profesionales ponen en tensión la existencia de situaciones discapacitantes socio históricamente, reconocen que la falta de participación ocupacional y de respeto integral por los derechos está directamente relacionada con dicho marco (siendo en determinadas condiciones tan extremos que por más que los sujetos intenten sobrepasarlos por sí solos, nunca llegan a lograrlo) y no con la capacidad, la responsabilidad, la motivación intrínseca o la voluntad del sujeto.

Desde esta configuración epistémica el planteo terapéutico es ético-político en sí, pues no solo marca la necesidad de considerar la subjetividad, la corporalidad y los deseos personales, sino que imprime en los profesionales cuestionamientos valorativos sobre la situación del envejecimiento, los efectos

concretos de sus prácticas en tanto ejercen un cierto poder, mediante la premisa del *saber técnico*, en el espacio social en el que están inmersas. Lo que les permite comprender que las mismas, al igual que las ciencias no son neutras, al mismo tiempo que se hacen responsables de su rol en los procesos de cambio socio-ocupacional.

Desde este lugar las profesionales se asumen como agentes del cambio social.

ANEXO

1) Guía De Observación.

GRUPO.	1) Homogéneo.	<ul style="list-style-type: none"> a) Personas mayores con DCL. b) Personas mayores con olvidos normales. c) Personas mayores de género femenino. d) Personas mayores de género masculino. f) Personas mayores de la misma edad.
	2) Heterogéneo.	<ul style="list-style-type: none"> a) Personas mayores de género masculino y femenino. b) Personas mayores con olvidos normales y persona con cuadro psiquiátrico. c) Personas mayores con DCL y personas mayores con olvidos normales. d) Personas mayores de diversas edades (entre 60 y 93 años).
DISPOSITIVOS UTILIZADOS DURANTE EL ENCUADRE DEL TALLER.	1) Apertura.	<ul style="list-style-type: none"> a) Espacio de expresión de las personas mayores a la Lic o Terapeuta Ocupacional. b) Espacio literario. c) Recapitulación del taller de la semana anterior. d) Orientación temporoespacial. e) Espacio de la colación con los participantes del taller: <ul style="list-style-type: none"> 1- Durante los meses de observación. 2- A mitad de la Observación participante.

		<p>f) Espacio de colación con los participantes del taller y personas que no participan en el taller (esposa/o, amigos, personas con discapacidad, etc).</p> <p>g) Armonización a través del cuerpo.</p> <p>h) otras (explicaciones sobre el no dictado del taller, presentación de oyente, puesta en común de ejercicios para el hogar, explicación de la actividad, etc.).</p>
	<p>2) Tarea.</p>	<p>a) Actividad cognitiva pura mediada o no por técnicas específicas. Ejercicios para: 1- la memoria en sus diversas expresiones. 2- la percepción. 3-la fluidez verbal. 4-la orientación temporo espacial. 5- las praxias. 6- atención en sus diversas expresiones. 7- calculo.</p> <p>b) Actividad cognitiva mediada por lo sociocultural (actividades cognitivas en relación a fechas patrias).</p> <p>c)Actividad cognitiva mediada por las nuevas tecnologías (NT¹⁵)¹⁶.</p>

¹⁵ Las nuevas tecnologías son instrumentos que permiten la comunicación, entablar y mantener relaciones entre personas, y que favorecen al mismo tiempo la integración social, la autonomía personal y la calidad de vida. Incluyen ayudas técnicas en el hogar, el uso de artefactos domésticos, el manejo de recursos de última generación y tecnología celular e informática en sus diferentes niveles y frecuencia de

		<p>1-Manejo del teléfono celular: recibe y realiza llamadas, envía y lee mensajes de texto, contesta y/o marca el teléfono.</p> <p>2- Manejo de la computadora: manejo de distintos programas (facebook, etc), navegación por internet, uso de casilla de mail, y juegos.</p> <p>3- Manejo de otras tecnologías</p> <p>d) Actividad cognitiva mediada por lo lúdico:</p> <p>1- Hágalo con mímica con cartas.</p> <p>2- juegos sensoperpectivos.</p> <p>3- juegos teatrales.</p> <p>4- juegos de mesa (memotex).</p> <p>5-Otros.</p> <p>e) Actividad cognitiva mediada por fotografías.</p> <p>f) Actividad cognitivas mediadas historias de vida (narrativas autobiográficas)</p> <p>g) Actividad cognitiva mediada música.</p> <p>h) Actividad cognitiva mediada por los sentidos (tacto, olfato, oído).</p> <p>i) Actividad cognitiva mediada por videos.</p> <p>j) Actividad cognitiva mediada por lectura, y análisis de textos.</p>
--	--	--

uso, luces de llamada, sistemas de emergencia, entre otros. (Blanco B., & Hohl, S., 2013, pp.95/96)

¹⁶ Indicadores extraídos de la definición operacional de NT. Blanco B., & Hohl, S., 2013.

	3) Cierre.	<p>a) Reflexión y/o autorreflexión sobre lo sucedido en el taller.</p> <p>b) Conceptualización sobre lo trabajado en el taller.</p> <p>c) Reparto de ejercicios cognitivos para realizar en sus casas.</p> <p>d) Espacio de la colación: 1- con los participantes. 2- con los participantes del taller y personas que no participan en el taller (esposa/o, amigos, personas con discapacidad, etc.</p>
ESTILO DE COORDINACION DEL/LA PROFESIONAL A CARGO DEL TALLER.	1) Autocrático/a o autoritario/a.	<p>a) Ordena, dirige, censura a la hora hacer cumplir las reglas de funcionamiento del taller (p.e. el encuadre).</p> <p>b) Toma lección en vez de preguntar.</p> <p>c) No tiene en cuenta el emergente¹⁷.</p> <p>d) Participación receptiva.</p> <p>e) Pone distancia excesiva.</p> <p>f) modo comunicacional verticalista (la palabra la regula el/la T.O, poseyendo reglas fijas para su uso) y monológico (la palabra la monopoliza el el T.O, no deja hablar, no escucha, habla solo/a).</p> <p>g) Toma de decisiones</p>

¹⁷ El emergente se refiere al nuevo producto que resulta de una situación previa, denominada existente. Los emergentes que se observaron fueron los referidos al género, la sexualidad, la muerte (expresiones directas sobre ella, o indirectas a través de una fuerte preocupación espiritual), los asuntos públicos y su relación con la estructura partidaria (aumento de tarifas, escaso aumento de la jubilación, etc.), la diversidad sexual, el grado de dificultad de la tarea, política a través de temas religiosos o de deportes.

		basada exclusivamente en criterios personales o institucionales.
	2) Demagógico/a o seductor/ra.	<ul style="list-style-type: none"> a) Descalifica a las personas mayores, a través de bromas o risas. b) No tiene en cuenta el emergente. c) Modo comunicacional mas bien monológico. d) Estilo de participación más bien receptiva. f) No respeta el encuadre.
	4) Abandonico/a o laissez-faire.	<ul style="list-style-type: none"> a) No tiene en cuenta o no se da cuenta que es un emergente, y es el grupo quien lo problematiza. b) La participación depende del grupo. c) Es permisivo/a a la hora de hacer cumplir las reglas del encuadre. g) Modo comunicacional dialógica, pero depende la mayoría de las veces del grupo.
	5) Acompañante-copensor o Democrático/a.	<ul style="list-style-type: none"> a) Es firme, pero cálido/a, detenta autoridad - no autoritarismo- a la hora hacer cumplir las reglas de funcionamiento (el encuadre). b) El/la profesional llama a las personas mayores como les guste ser llamados. c) Fomenta la participación activa. d) Puedo o no tener cuenta el emergente.

<p>ESTILO DE PARTICIPACION PROMOVIDA POR EL/LA PROFESIONAL A CARGO DEL TALLER.</p>	<p>1) Participación activa en el taller.</p>	<p>a) Explica los objetivos generales que se persiguen en el taller de memoria, quienes asisten y las diferencias con los talleres de estimulación cognitiva, la modalidad de trabajo, así como los objetivos específicos que persiguen cada actividad, técnicas o estrategias utilizadas.</p> <p>b) Explica, conceptualiza que son y el porque de los olvidos frecuentes; aclara que la estimulación cognitiva queda por fuera de las convenciones establecidas para la reproducción de la lectoescritura.</p> <p>c) Construye espacios que permiten:</p> <p>1- la posibilidad de elegir y decidir sobre las situaciones que le afectan.</p> <p>2- Motiva el desarrollo de comunicación dialógica (de escucha, respuesta a las preguntas, usa preguntas abiertas, permite que expresen deseos, intereses, necesidades, o ideas sobre las actividades a realizar).</p> <p>d) Habilita espacios formales para la expresión (colación, o momentos personalizados).</p> <p>e) Promueve que las personas mayores exigen sus derechos.</p> <p>f) Promueve que las personas mayores adoptan responsabilidades para</p>
--	--	--

		<p>con el grupo. g) Brinda oportunidades para que el trabajo cognitivo sea equitativo. h) Fomentan la autogestión del espacio de colocación.</p>
	<p>2) Participaciones activas en la comunidad (sociedad).</p>	<p>a) Estimula la asistencia al taller de memoria, brinda información sobre otros talleres del sociopreventivo. a) Fomenta que las personas mayores realicen actividades con niños, jóvenes, personas adultas y con otras personas mayores (sean o no compañeros/ras de grupo). b) Fomenta la asistencia a espacios sociales comunes (fiesta de la cerveza, shopping, Bowling, etc.). c) El/la profesional promueve la</p>

		participación de las personas mayores en estructuras gubernamentales y dispositivos políticos.
	3) Participaciones receptoras en el taller.	<p>a) El profesional es el único que toma todo tipo de decisiones, las personas mayores acatan sin cuestionar sus disposiciones.</p> <p>b) Banaliza, desatiende las peticiones reiteradas.</p> <p>c) No brinda oportunidades para la expresión de deseos, interés, necesidades, o ideas sobre las actividades a realizar.</p> <p>d) No explica, no conceptualiza que son y el porque de los olvidos frecuentes. Y, si lo hace es de forma superficial.</p> <p>e) El espacio de colocación no es gestionado por las personas mayores.</p> <p>g) No explica o explica superficialmente los objetivos generales que se persiguen en el taller, así como los específicos para cada actividad.</p> <p>h) No da respuesta al emergente.</p>
MODALIDAD DE INTERVENCIÓN DE EL/LA PROFESIONAL A CARGO DEL	1) Centrado en las personas.	a) La persona mayor se centra en forma aislada en la tarea, la T.O le brinda atención individualizada.

TALLER.		<p>b) Se establecen objetivos, y se desarrollan actividades significativas- mediante la exploración de deseos, necesidades, intereses, capacidades de las personas mayores.</p> <p>d) Promueve la participación activa en el taller y en lo social.</p> <p>e) Adaptan y organizan el ambiente y la actividad en función asisten al taller.</p> <p>f) El/la profesional tiene en cuenta la intimidad, y por ello informa de cualquier acción que la pudiera comprometer (consentimiento informado) p) presencia del observador participante, toma de fotos personales y/o grupales.</p> <p>f) Brinda trato diferenciado a las personas mayores que por sus características tienen dificultades para expresarse y hacer efectivo el ejercicio de la palabra.</p>
	2) Centrado en las actividades (La ocupación como espacio de intervención individual para mantener o adquirir habilidades.)	a) Se eligen y establecen objetivos de acuerdo a los aspectos cognitivos que estimulan.
	4) Centrado en el contexto.	<p>a) Personales características singulares-:</p> <p>1- Hábitos (ingesta de alimentos, medicamentos, etc)</p> <p>2- Estilo de vida (realización de deportes, viajes, ect).</p> <p>3-Educación formal o no, en</p>

		<p>sus diversos niveles.</p> <p>4- Profesión.</p> <p>5- Lugar de procedencia.</p> <p>6-Experiencias vitales.</p> <p>b) Características ecológicas donde viven las personas mayores (frío, rocoso, húmedo, lluvioso, superficies regulares o irregulares, calidad del aire, luz natural o artificial; intensidad y cualidad de los sonidos, etc).</p> <p>c) Características físicas del habita donde viven las personas mayores y el taller (con o sin barreras arquitectónicas)</p> <p>d) Servicios-sistemas y políticas (de vivienda, de transporte, de protección civil, seguridad social, de asociación y organización, de medios de comunicación, de educación y formación servicios, sistemas y políticas económicas, sanitarias, laborales y de empleo; servicios, sistemas y políticas de gobierno).</p> <p>c) Apoyo y relaciones (familiares cercanos, lejanos, amigos, Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad, animales domésticos, profesionales de la salud; etc).</p> <p>d) Uso de tecnología (para uso personal; la movilidad personal y el transporte en espacios</p>
--	--	---

		cerrados y abiertos).
	5) Centrado en los sujetos (modalidad de abordaje personal, grupal, comunitaria y contextual).	<p>a) Centrado en las personas.</p> <p>b) El grupo y la Lic. o T.O se vinculan entre si en el taller con la comunidad de manera directa o indirecta (pj, visitan el taller personas con discapacidad, niños, profesionales expertos en el área sexualidad, o las personas van a los centros de días o jardines de infantes, visita aL shopping, desayuno, entre otras).</p> <p>c) El/la profesional estimula la vinculación grupal fuera del taller (por ejemplo, lista de nombres, teléfonos y días de cumpleaños).</p> <p>d) Se realizan actividades que motivan a las personas mayores a agruparse en dos o más personas.</p> <p>e) Se estimula a las personas mayores a realizar una construcción de una idea de forma grupal.</p> <p>f) El profesional tiene en cuenta algunos aspectos del contexto.</p>
PERSPECTIVAS Y ENFOQUES QUE ATRVIEZA LA INTERVENCION.	1) De género.	<p>a) El/la profesional fomenta la reflexión, y autorreflexión – el repensar los mecanismos sociales que cristalizan las desigualdades entre hombres y mujeres; legitimando los estereotipos, maltratos violencia de género en la pareja, así como en la sociedad en su totalidad.</p> <p>b) Autorreflexióna sobre la emergencia-en</p>

		<p>las mujeres mayores- de temores relacionados con el propio cuerpo, la apariencia, o la edad.</p> <p>c) Utiliza formas de nominar que visibilizan a las mujeres: 1- Preciosas. 2- jubiladas. 3- Mujeres. 4- Personas mayores. 4- Una, otra, nosotras, adultas, el grupo.</p> <p>d) Reflexiona sobre expresiones, chistes.</p>
	<p>2) Desde la gerontología crítica.</p>	<p>a) Sensibiliza y fomenta la toma de conciencia sobre las formas sociales – de la distribución inequitativa del poder, del dinero y de los recursos naturales- que reproducen relaciones opresivas (p.j de género), y desigualdades de clases.</p> <p>b) Reflexiona -piensa- en como crear condiciones igualitarias y solidarias para una mejor calidad de vida y bienestar de las personas mayores.</p> <p>c) Intenta hacer conciente las acciones personales y las responsabilidades compartidas en la reproducción de esta lógica socio-cultural.</p> <p>d) Fomenta la búsqueda de estrategias de acción autogestivas en post de la participación en estructuras gubernamentales y dispositivos políticos (foros, mesas de trabajo, marchas en contra y a favor de, programas nacionales, elecciones,</p>

		<p>asambleas ciudadanas, observatorios para personas mayores, etc.). e- Reflexionan sobre las expresiones, chistes, formas de denominar o dirigirse hacia las personas mayores que llevan implícito estereotipos o prejuicios relacionados con la edad y el género.</p>
	<p>De la Neurociencias.</p>	<p>a) El/la profesional explica lo sucedido cognitivamente en la práctica utilizando la teoría (activadores neuronales, reservorio cognitivo, economía energética cerebral, las funciones cognitivas involucradas, el rol que cumple la memoria, porque se producen los olvidos frecuentes, conexiones cognitivas y emocionales, plasticidad neuronal, efectos cognitivos del hacer, de la crítica, reflexión, debate, etc.), cuáles son los modelos de funciones cognitivas, como es la memoria de trabajo, la atención. b) Explica los componentes cognitivos preservados y los que declinan con el envejecimiento, siguiendo un paradigma del procesamiento de la información. c) Informa sobre cuales son los factores de protectores de la cognición. d) Aplica el proceso de generación (trasladar el trabajo cognitivo del taller a lo cotidiano)</p>

		<p>e) Brinda herramientas técnicas compensatorias para que las fallas interfieran lo menos posible en lo cotidiano y en lo emocional.</p> <p>f) Crea las actividades y las gradúa en función al modelos de neurociencias (modelos de atención, la taxonomía de la memoria, diferente aspecto del componente ejecutivo).</p> <p>g) Brinda explicación, y conceptualiza que son los olvidos frecuentes.</p> <p>h) Construyen estrategias conjuntas para prevenirlos.</p> <p>i) El/ la T.O brinda un ambiente rico en estímulos.</p>
	Comunitaria.	<p>a) Centrado en los sujetos (modalidad de abordaje personal, grupal, comunitaria).</p> <p>b) Centrado en el contexto</p>
	Intergeneracional.	<p>a) El/la profesional fomenta el encuentro entre personas mayores y niños/as.</p> <p>b) El/ la profesional fomenta la creación de juguetes para donarlos a niños/as.</p> <p>c) El/ la profesional fomenta el encuentro de personas mayores con adolescentes.</p>
	Psicogerontológico.	<p>a) El/ la profesional reflexiona, explica que el envejecimiento se produce desde el nacimiento, y que la vejez es la ultima etapa del proceso la vida humana, siendo una oportunidad para ganar capacidad en todas las</p>

		<p>esferas.</p> <p>b) El/ la profesional detecta las dificultades, aunque pone énfasis en potencialidades, habilidades y capacidades cognitivas, socio afectivas que las personas poseen.</p> <p>c) El /la profesional fomenta la participación activa- en el taller y en la comunidad- así como la comunicación dialógica</p>
	<p>De derechos.</p>	<p>a) Centrado en los sujetos.</p> <p>b) El /la profesional fomenta el buentrato, el respeto, reconocimiento mutuo y tolerancia entre compañeros/ras. Así mismo el/la profesional trata a las personas mayores con respeto, amabilidad, afecto y calidez.</p> <p>c) Estilo de coordinación acompañante-copensor o democrático/a.</p> <p>d) El /la profesional se ocupa de la salud sexual y reproductiva de las personas mayores.</p> <p>e) El /la profesional utiliza determinadas formas de nominar que pueden o no estar relacionadas con la perspectiva de género.</p> <p>f) El/ la profesional fomenta el envejecimiento y participación activa.</p> <p>g) El /la profesional tiene en cuenta las cuestiones de género.</p> <p>h) El /la profesional busca difundir y promover los derechos de las personas mayores.</p> <p>Por ejemplo, informado sobre políticas destinadas a este grupo etáreo, y las</p>

		formas de protección de sus derechos.
	Intergeneracional.	El/la profesional fomenta el encuentro de personas mayores y niños/as. b) El/ la profesional fomenta la creación de juguetes para donarlos a niños/as. c) El/la profesional fomenta el encuentro de personas mayores con adolescentes.
	Biomédica.	a) El /la profesional utiliza ejercicios cognitivos puros durante: 1-todo el transcurso taller. 2-una parte del taller. c) El /la profesional utiliza ejercicios cognitivos puros para realizar en la casa. d) El /la profesional utiliza reiteradamente determinadas formas de nominar: 1-Pacientes. 2- Pacientes mayores. 3- Pacientes adultos mayores. 4- Chicas/chicos. e) El/ la profesional fomenta la participación receptiva. f) el profesional se enfoca en la falta, la carencia, cognitivamente no poseen. g) Estilo de coordinación mas bien autoritaria/o u autocrático/a
CONTEXTO EN EL QUE SE LLEVA A CABO EL TALLER.	1) Coyuntura en la que se establece la tarea grupal.	a- Coyuntura nacional (inseguridad, aumento de precios, aumento de jubilación, etc) b- Eventos sociales.

		c- Novedades semanales.
	2) La naturaleza de la institución, organización o persona contratante.	a- Instituciones públicas. b-Instituciones privadas: 1- con fines de lucro. 2-sin fines de lucro.
	3)Organización Institucional donde se desarrolla el taller.	a) Centro de jubilados 1- Espacio alquilado. 2- Espacio cedido. 3-Espacio propio. b) Centro deportivo: 1- Espacio alquilado. 2- Espacio cedido. 3-Espacio propio. c) Centro cultural: 1- Espacio alquilado. 2- Espacio cedido. 3-Espacio propio.
<i>Dificultades para desarrollar nuevas practicas.</i>	1) Espacio de encuentro donde se desarrolla el taller.	a) Falta de metros libre para cambios en la figura grupal. b) Mobiliario no Trasladable. c) Súper población en relación a la cantidad de profesionales: 1- Siempre. 2- A veces.
	2)Institucional.	a) Escasa o nula comunicación entre los supervisores del taller y los/las profesionales coordinadoras. b) Personalidad de los directivos de la institución donde se desarrolla el taller. c) Reiterado cierre de la institución donde se desarrolla el taller, por causas varias. d) Inclemencias climáticas (alerta meteorológica, lluvia intensa). e) Escasa socialización de los talleres que se desarrollan en el centro de jubilados.

2) Entrevista Semi-Estructurada a profesionales Lic. o Terapistas Ocupacionales que coordinan los Talleres De Memoria Dependientes Del Programa Socio-Preventivo Del Pami Mar Del Plata.

- 1) ¿En que año se graduó?
- 2) ¿Donde se graduó?
- 3) ¿Hace cuanto ejerce la profesión? ¿Cuántos talleres coordina?
- 4) ¿Cuánto tiempo de ejercicio en el área posee?
- 5) ¿En que otras áreas ejerce?
- 6) Que experiencias de formación (actualización, especialización y posgrados) ha accedido?
- 7) ¿Donde lo curso?
- 8) ¿Cual fue la modalidad de cursada (presencial, virtual o mixta)?
- 9) ¿De que depende el taller? ¿Esta enmarcado en algún programa? ¿Conoce sus objetivos, sus conceptos teóricos centrales?
- 10) ¿A qué personas se dirigen tus intervenciones? Si tuvieras que definir o describirlas ¿Cómo lo harías?
- 11) ¿Cómo es el encuadre de taller? ¿Qué lo determina? ¿Quién lo determina?
- 12) ¿Cómo es la modalidad de abordaje del taller (individual, grupal o mixta)? ¿de que depende?
- 13) ¿Cómo es el desarrollo del taller? ¿Y como describirías esa relación que se establece con las personas?
- 14) ¿Traslada el taller a otros espacios institucionales? ¿Pudo articular el taller con otras instituciones?
- 15) ¿Qué otros objetivos persiguen? ¿Qué es lo que tiene en cuenta a la hora de diseñarlos?
- 16) ¿La población destinataria conoce los objetivos del taller? ¿Cómo hace para lograr este fin? Ejemplifique
- 17) ¿Pudo identificar problemáticas y/o necesidades de la población que asiste al taller que influyan en su desempeño ocupacional?

- 18) ¿Cómo diseña las estrategias de intervención? ¿Qué aspectos tiene en cuenta?
- 19) ¿Su forma de abordaje fue pensada y planificada o la fue construyendo con el hacer?
- 20) ¿Si tuviera que definir o describir la actividad u ocupación, como lo haría?
- 21) ¿Qué fundamentos o supuestos están a la base de tus intervenciones?
- 22) ¿Qué tuvo en cuenta a la hora de elegir la perspectiva, el enfoque o el modelo particular?
- 23) ¿Utiliza herramientas de evaluación o reevaluación? ¿De que tipo? ¿Cuales? ¿En que circunstancias?
- 24) ¿Encuentra discrepancia entre sus elecciones teóricas y la practica? ¿Por qué cree que sucede esto?
- 27) ¿Qué piensa sobre la vejez y el envejecimiento? ¿Cuáles, a su entender, serian los factores-motivas y/o causas- que provocarían la precariedad o vulnerabilidad de este grupo poblacional?
- 28) ¿Qué efectos crees que tienen sus prácticas como Lic. o Terapista Ocupacional?
- 29) Si buscara definir la T.O, para Ud. la Terapia Ocupacional es ...
- 30) ¿Tiene algo que quiera agregar o algo que haya quedado sin preguntar y Ud. crea que es importante?

Se les agradece su colaboración y el tiempo brindado. En caso de que esté interesado en conocer los resultados de la investigación, quedamos a su entera disposición.

BIBLIOGRAFIA

- Abadía L., Contreras M y Roumec B., (2014): *Aportes epistemológicos para la construcción de una práctica docente de la Terapia Ocupacional*. (Tesis de grado). Universidad Nacional De Mar Del Pata, Mar Del Pata (Argentina).
- Acrich de Gutmann L (2012). *La Psicogerontología Social y la Evaluación de las Redes Sociales de Apoyo*. Ecos 2(1). p.15. Recuperado de www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/viewFile/842/654 .
- Narvarja de Arnaux E. (2006). *El análisis del discurso como campo interdisciplinario*. Recuperado de http://dmlm.fflch.usp.br/sites/dmlm.fflch.usp.br/files/0314_001.pdf
- Blanco M.B y Hohl N.S (2013). *Desempeño en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y el uso de Nuevas Tecnologías en Adultos Mayores* (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Cs de la Salud y Trabajo Social (Argentina). Manuscrito no publicado.
- Briglia, J., y García, A. (2013). *Aspectos contextuales del surgimiento de terapia ocupacional en la Argentina*. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 13 (1), Pág. 33-41. Recuperado de: www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/27450/29113.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Ed. Paidós, Barcelona. Recuperado de [www.google.com.ar/#q=Castel%2C+R.+\(1997\).++La+metamorfosis+de+la+cuesti%C3%B3n+social.+Una+cr%C3%B3nica+del+salariado.+Ed.+Paid%C3%B3s%2C+Barcelona](http://www.google.com.ar/#q=Castel%2C+R.+(1997).++La+metamorfosis+de+la+cuesti%C3%B3n+social.+Una+cr%C3%B3nica+del+salariado.+Ed.+Paid%C3%B3s%2C+Barcelona)
- Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (2015). Recuperada de www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwj_odSdwTQAhWBi5AKHc9YCcQQFggsMAM&url=http%3A%2F%2Fwww.msal.gob.ar%2Fent%2Fimagenes%2Fstories%2Fprogramas%2Fpdf%2F2015-06_convencion-interamericana-proteccionderechos.pdf&usq=AFQjCNHENHQs_EYeCvKSYfkF4bAe38qxRQ .
- Chaverra Fernández B.E (2003) .*Una Aproximación al concepto de practica en la formación de profesionales en educación física*. Recuperado de:

viref.udea.edu.co/contenido/pdf/206-unaaproximacion.pdf

- Del Rosso j., Di Luca M.B, Latella L. (2013). *Agencia personal y Empoderamiento en vejez (tesis de grado)*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Cs de la Salud y Trabajo Social (Argentina).
- De Sousas Santos B. (2012). *Una epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social (3ra ed.)*. Ed. Siglo veintiuno.
- Demichelis M. (2014). *Supuestos teóricos y epistemológicos de los modelos conceptuales de práctica en los objetos de estudio abordados en los trabajos finales de la Licenciatura en Terapia Ocupacional (Tesis de posgrado)*. Universidad Nacional Del Litoral. San Fe (Argentina). Recuperado de: <http://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/tesis/handle/11185/561>
- Di Domizio, D. (2011). *Políticas públicas, prácticas corporales y representaciones sociales sobre la vejez: Un estudio de casos (Tesis de Posgrado) Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.441/te.441.pdf>*
- Duhalde J.G., Landaburu P. y Rey J.M (2015). *Construyendo una perspectiva de Salud Instituyente (tesis de grado)*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Cs de la Salud y Trabajo Social (Argentina).
- Fransen H., Kantartzis S, Pollard N.,Viana Moldes I. (2013). *ENOTE. Ciudadanía: explorando la contribución de Terapia Ocupacional*. Recuperado de www.enothe.eu/activities/meet/ac13/CITIZENSHIP_STATEMENT_SPANISH.pdf .
- Foucault Michel (1970). *El orden del discurso*. Recuperado <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/680.pdf>
- Esteve M.I y Resiga M. (1996). *Vejez: espejo de los miedos*. Gerontes. Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica. Argentina. C.O.L.T.O.
- Elichiribehety S, García M.I, Labatti M (2013) *PAMI COMERCIOS AMIGABLES. Mayores Integrados. MODULO I: Envejecimiento Poblacional y su impacto en la sociedad. El rol del Pami como generador de Políticas*

Públicas para la vejez. Cambios de Paradigma: del beneficiario al titular de derechos. El Concepto de cuidado como parte del cambio de Paradigma.

Manuscrito no publicado.

- Emiliozzi, M. V (2017) *El método del discurso y sus relaciones epistemológicas. Apuntes desde la obra de Michael Foucault.* Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/708/70852271001/>

- Fernández Juárez (coord.) (2004) *Salud e Interculturalidad. En America Latina Perspectivas antropológicas.* Recuperado de www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjO_Peko__QAhXDHZAKHcXAB2lQFggaMAE&url=http%3A%2F%2Fela.gora.org.ar%2Fsite%2Fdocumentos%2FSaludInterculturalidad1Pte.pdf&usq=AFQjCNGKyifwW-COMKEX9u7tmZti8VnmUA

- Freixas Farré A (2008) en Modulo Programa de Promoción del Buen trato Hacia Las Personas Mayores desde La Perspectiva De Género (2015).

Componente I: Capacitación a Profesionales, Técnicos y Estudiantes interesados en la temática gerontológica. Docentes responsables Lic.

Carimatti M.; Lic. Psico Hernández C.; Abog. Justel M.; Esp. Roumec B. *La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista.*

-García D., Robles C., Rojas V., Torelli A., (2008). *El trabajo con grupos: aportes teóricos e instrumentales (1ra ed.)*. Buenos Aires (Argentina). Espacio Editorial.

-Ganso, Héctor, Berezin, Silvia y Scarímbolo, Graciela (2011).

Envejecimiento Activo: Cuidado y Autocuidado del Adulto Mayor en respuesta a la Problemática Social del Envejecimiento. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación.

Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires (Argentina). Recuperado de:

<http://www.aacademica.org/000-052/293.pdf>

- Gallardo Cochifas J e Hirmas Montecinos. *Un nuevo dispositivo para el control de la subjetividad: Terapia Ocupacional en Salud Mental Comunitaria.*

Recuperado de

:www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi5mIDpxPTQAhXIGZAKHZ2FC50QFggYMAA&url=http%3A%2F%2Facta.acientifica.servicioit.cl%2Fbiblioteca%2Fgt%2FGT26%2FGT26_GallardoCochifas_HirmasMontecinos.pdf&usq=AFQjCNGyGXoGEKMFJolz6mjBiYBqEf2w

-Galheigos S.M (2010). *Conferencia de Clausura del 15 Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales: Ocupación desde Latinoamérica*. Stgo de Chile, Chile.

-Galheigo S.M (2012). *Perspectiva crítica y Compleja de Terapia Ocupacional: Actividad, Cotidiano, Diversidad, Justicia Social y Compromiso Ético-Político* TOG (A Coruña). Monog. 5 .pp.176-187. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>

-Galheigos S.M (2012) en Simó Algado S. *Maestras de la terapia ocupacional. Sandra Galheigo: La poderosa emergencia de la terapia ocupacional social*. TOG (A Coruña). 9 (15), p.41. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num15pdfs/maestros.pdf> .

-Guajardo Córdoba A. (2011). *Construcción de identidades, episteme y prácticas de Terapia Ocupacional en América Latina. Conferencia de Clausura en el XII Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional y IX Congreso Latino Americano de Terapia Ocupacional*, San Pablo, Brasil.

-Guajardo Córdoba A. (2015). *Disertante presentada en el IX Congreso Argentino De Terapia Ocupacional: El encuentro con Otro transforma Escenarios, Paraná, Argentina*.

-Guber R (2005) *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Capítulo 2. El Trabajo de campo: un marco reflexivo para la interpretación de las técnicas. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:d-B3wZvMKukJ:perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/la_etnografia._metodo_campo_y_reflexividad_guber.doc+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=ar

-Gutiérrez Monclus P. (2011). *Terapia Ocupacional: Una disciplina para la autonomía. Prácticas y discursos de Gubernamentalidad y subjetivación en torno a una ciencia emergente*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/285779/plgm1de1.pdf?sequence=1.

- Guyot (2005). *Epistemología y prácticas del conocimiento. Ciencia, Docencia y Tecnología*. N° 30 (16). pp. 9-24). Recuperado de www.revistacdyt.uner.edu.ar/articulos/descargas/cdt30_guyot.pdf .
- Herrera Sandoval y Valderrama Núñez (2014). Una visión crítica a la relación entre las condiciones sociopolíticas y los saberes y prácticas de la terapia ocupacional: la situación de Chile. *TOG (A Coruña)*. 11(19).p.28
www.revistatog.com/num19/pdfs/original8.pdf
- Hopkins E. y Smith H (1998). *Terapia Ocupacional*. Willardd/Spackmana. (8 va edición). Madrid (España). Edit Panamericana.
- Huenchuán Navarro S. (1998) en Modulo Programa de Promoción del Buen trato Hacia Las Personas Mayores desde La Perspectiva De Género (2015). Componente I: Capacitación a Profesionales, Técnicos y Estudiantes interesados en la temática gerontológica. Docentes responsables Lic. Carimatti M.; Lic. Psico Hernández C.; Abog. Justel M.; Esp. Roumec B. *Vejes, Genero y Etnia Grandes Temas Para El Siglo XXI*.
- Huenchuan S. y Rodríguez-Piñero L (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Recuperado de www.inpea.net/images/envejecimiento_y_derechos_humanos.pdf
- Iacub R. y Sabatini B.M (2012). *MODULO 3: Psicología de la Mediana Edad y Vejez*. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de psicología (Argentina).
- Iacub R., Castro I., Petrongolo M. y Tuchmann P. (2012). *Prácticas no discriminatorias en relación con adultas y adultos mayores*. Recuperado de https://imagenes.educ.ar/repositorio/Download/file?file_id=139b258b-4308-4292-beba-2abd8f6d33f5.
- Inda G. (2009). *La sociología política de Émile Durkheim entre 1892 y 1897: el Estado como apéndice de la morfología social y la futilidad de la acción política. Trabajo y Sociedad Indagaciones sobre el trabajo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas*, 12 (XI), p. 31. Recuperado de www.unse.edu.ar/trabajosociedad/12_INDA.pdf
- INSSJP (2012) *Tercera Conferencia Regional Intergubernamental Sobre Envejecimiento en America Latina y el Caribe. Plan de acción Internacional de*

Madrid sobre el envejecimiento seguimiento de la declaración de Brasilia.

Informe Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y

Pensionados-PAMI. Recuperado de:

www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/argentina_inssjp.pdf.

- Kielhofner G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional* (3ra ed). Buenos Aires (Argentina) Ed. Médica Panamericana.

-Kliksberg B. (comp.) (2005). *La agenda ética pendiente de America Latina. El nuevo escenario de las políticas sociales en la Argentina (pp.221-237) (1ra Ed)*. Argentina: Ed. Banco Inter Americano de Desarrollo, Fondo de Cultura Economica de Argentina.

-Logullo M.L, Pedernera S.M, Soldavila C.N (2005). *La Tercera no es la vencida... hay Revancha. Terapia Ocupacional en Gestión de un Programa Social en Adultos Mayores a partir de sus necesidades* (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata (Argentina).

-Navarrete Salas E., Cantero Garlito P.A., Gujardo Codboba A., Sepulveda Prado R., Moruno Miralles P. (2015). *Terapia Ocupacional y Exclusion Social. Hacia una praxis basada en los derechos humanos* (1ra ed).Ed. Segismundo

-Najmanovich D. y Lucano M (2008). *Epistemología para principiantes*. Recuperado de <https://denisenajmanovich.com.ar/esp/epistemologia-parapincipiantes>.

- Najmanovich D (2008). *Mirar con nuevos ojos. Nuevos Paradigmas en la ciencia y el Pensamiento Complejo* (2da. Ed.). Ed. Biblos.

-Menéndez E.L (2005). *El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores*. Salud Colectiva, La Plata, 1(1). pp. 9-32. Recuperado de www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a02.pdf

- Morrison Jara R., Olivares D., Vidal M. (2011). *La Filosofía de la Ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación*. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11 (2), pp. 102-119. Recuperado de: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO>

-Morrison Jara, 2011). (Re)conociendo a las fundadoras y madres de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la

ciencia. TOG (A coruña), 8 (14), p.21. Recuperado de

www.revistatog.com/num14/pdfs/original4.pdf

- Mosqueda Gómez (2009). *Un re-pensamiento de la noción de práctica profesional*. Recuperado de 148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/12-399-5934vib.

-Polonio Lopez B., Durante Molina P. y Noya Arnaiz B. (2001), *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional (1ra ed)*. Madrid. Ed. Médica Panamericana.

-Tamer N. (2008), La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología*, vol. 6 (10) pp. 91-110. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=26961007

- Morena (2013) en Telechea, Lopez, Guerra y Da costa Mattos. *Módulo de Introducción a Terapia Ocupacional*. Universidad Nacional de Mar Del Plata. Facultad de Cs de la Salud y Trabajo social. Lic en Terapia Ocupacional. Manuscrito no publicado.

-Morrison Jara R. (2011) *(Re)conociendo a las fundadoras y "madres" de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia*. TOG (A Coruña). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original4.pdf>.

-Testa D. (2011). *La lucha contra la poliomielitis. Intermittencias de un recuerdo eludido. Buenos Aires (1943-1971)* (Tesis de Maestría). Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales. Recuperada de tesis.flacso.org/sites/default/files/tesis/TESIS_TESTA.pdf

-RES/50/141, O.N.U (1999) International Year of Older Persons: towards a society for all ages. Recuperado de www.un.org/documents/ga/res/50/ares50-141.htm

- Torres Olmedo A. E (2003). *Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar* (Tesis de esp.): Recuperada de: digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf.

-resolución 45/106, O.N.U (1990). *Resolución de la Asamblea General relativa al Día Internacional de las Personas de Edad*. Recuperado de

<http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/documents.shtml>

-Res.0585/08 (2008). Instituto Nacional de servicios sociales para jubilados y pensionados. Manuscrito no publicado.

-Rocha Medeiros M.H, (2007). *Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemologico y social*. Ed. UNL, Secretaria de Extensión, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe (Argentina).

-Roque M y Fassio A (2012). *Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Módulo 2: Gerontología Comunitaria e Institucional*. Universidad Nacional de Mar Del Plata. Facultad de Psicología.

-Roumec (2015). Clase Magistral. Programa de Promoción del Buen trato Hacia Las Personas Mayores desde La Perspectiva De Género. Componente I: Capacitación a Profesionales, Técnicos y Estudiantes interesados en la temática gerontontológica. Docentes responsables Lic. Carimatti M.; Lic. Psico Hernández C.; Abog. Justel M.; Esp. Roumec B.

- Rubio Ortega C., Berrueta Maeztu M. y Durán Carrill P. (2014). Evolucion d ela filosofia de la Terapia Ocupacional desde sus inicios como profesion. TOG (A coruña), 11(20).p.23. Recuperado de www.revistatog.com/num20/pdfs/historia1.pdf

-Simò Algado S. (2012). La palabra y la acción. Lucha contra la pobreza, salud (ocupacional) y ciudadanía a través de nuevas praxis universitarias (Tesis Doctoral). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/235678004>

- Yuni J.A y Urbano C.A (2008) en Modulo Programa de Promoción del Buen trato Hacia Las Personas Mayores desde La Perspectiva De Género (2015). Componente I: Capacitación a Profesionales, Técnicos y Estudiantes interesados en la temática gerontontológica. Docentes responsables Lic. Carimatti M.; Lic. Psico Hernández C.; Abog. Justel M.; Esp. Roumec B. *Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino-*

- Surel Y. (2008) Las políticas públicas como paradigmas Estudios Políticos (Nº 33), pp. 41-65. Recuperado de [:http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved](http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved)

[=0ahUKEwie2ovPmvfQAhXJC5AKHdDaDplQFggYMAA&url=http%3A%2F%2Ftesis.udea.edu.co%2Fbitstream%2F10495%2F2050%2F1%2FLas%2520pol%25C3%25ADticas%2520p%25C3%25BAblicas%2520como%2520paradigm%2520as.pdf&usg=AFQjCNGXyx_RlrKsFwlfVgvlahGKrDiUFg](http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/2050/1/2FLas%2520pol%25C3%25ADticas%2520p%25C3%25BAblicas%2520como%2520paradigm%2520as.pdf)

-Zango Martín, I. y Moruno Millares, P. (2013). *Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural*. AIBR, *Revista de Antropología Iberoamericana*, 08 (01): 9-48. Recuperado de www.aibr.org/antropologia/netesp/z.php

- Vasilachis de Gialdino I (Coord.), Ameigeiras A., Chernobilsky L., Giménez Béliveau V., Mallimaci F, Nora Mendizábal N., Neiman G, Quaranta G y Soneira A.J (2006). *Estrategia de Investigación Cualitativa*. Recuperado de <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/Estrategias-de-lainvestigacion-cualitativa-1.pdf>

- Sautu, R (2005). *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación*. - la ed. - Buenos Aires: Lumiere. Recuperado de http://eva.universidad.edu.uy/pluginfile.php/418960/mod_resource/content/1/Clase%207%20-%20Obligatoria%202%20-%20Sautu%20-%20Todo%20es%20teoria.pdf

- Scribano A.O (2008). *El proceso de investigación social cualitativa*. Cap 2: La observación. Recuperado de <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/Scribano-Laobservacion.pdf>

- Valles M (1999)- *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*.

www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj36-

Sq__QAhXFIZAKHUTQBb4QFggBMAA&url=http%3A%2F%2Finvestigacionsocial.sociales.uba.ar%2Ffiles%2F2013%2F03%2FMiguel-Valles-Tecnicas-Cualitativas-De-Investigacion-Social.pdf&usg=AFQjCNH8l6cMZMax9Al86MAj0GB88tB-

-Westman S (2011). *Disertante en el 8 vo Congreso Argentino de Terapia*

Ocupacional: gestión en T.O modalidades y estrategias de acción potenciando el ejercicio profesional.