

Las intervenciones profesionales en el Centro Ocupacional San José: Un análisis desde las prácticas de conocimiento⁽¹⁾

Vanina Abi Saad⁽²⁾

Palabras clave. modelo de prácticas de conocimiento · discapacidad · Terapia Ocupacional.

(1) Este trabajo ha sido presentado como instancia de evaluación final del Seminario Epistemología de la ciencia y tecnología dictado por la Prof. Violeta Guyot en la Maestría en Docencia Universitaria de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad Nacional del Litoral (FHUC-UNL).

(2) Escuela Superior de Sanidad, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral. Centro Ocupacional San José. vaninaabisaad@hotmail.com

Resumen. Este trabajo realiza un análisis de la historia del Centro Ocupacional San José, organización de la sociedad civil, considerando el Modelo de las Prácticas del Conocimiento de Violeta Guyot. El foco de interés reside no tanto en un relato cronológico sino en las transformaciones producidas en las prácticas profesionales inherentes al campo de la discapacidad, teniendo en cuenta la complejidad de las circunstancias que las impulsan.

Se distinguen tres etapas en la historia institucional atento a la coherencia entre las dimensiones que propone el Modelo de las Prácticas de Conocimiento, a saber: relación profesional, personas con discapacidad y conocimiento, sistema institucional, sistema de regímenes de prácticas y sistemas sociales. Se incluye una mirada particular sobre el ejercicio de la Terapia Ocupacional (TO) y se describen las opciones epistemológicas y modelos de prácticas.

Asimismo, se evidencia que el Modelo de las Prácticas de Conocimiento constituye una herramienta potente para analizar las prácticas profesionales en diversos ámbitos en tanto ofrece un conocimiento para la configuración del currículum de las carreras universitarias. Quizás uno de los desafíos más relevantes de la educación superior sea brindar una formación coherente con la complejidad social, y este Modelo permite aproximarse a la comprensión de realidad.

Keywords. model knowledge practices · disability · Occupational Therapy

Abstract. This paper analyzes the history of the Occupational Center San Jose, civil society organization, considering the Model of Practical Knowledge of Violeta Guyot. The focus of interest lies not so much in a chronological account but the transformations inherent in professional practices in the field of disability, considering the complexity of circumstances that drive them.

Distinguished three stages in the institutional history considering the consistency between the dimensions proposed model practices knowledge, namely professional relationship, people with disabilities and knowledge, institutional system, system of practice regimes and social systems. A particular look on the exercise of Occupational Therapy (OT) is included, describing the epistemological options and models of practice.

Likewise, it will be evident that the Knowledge Practices Model is a powerful tool to analyze professional practices in different areas, offering a fundamental knowledge for the configuration of the curriculum of university careers. Perhaps one of the most important challenges of Higher Education is to offer coherent training to social complexity, and this model clearly allows us to approach the understanding of reality.

Etapa 1: Taller Protegido de Producción y Taller de Aprestamiento Laboral (1994– 2001). Relación profesional, personas con discapacidad y conocimientos en los sistemas institucionales

En el 1994 se constituye la sociedad civil Asociación Discapacitados San José, creada por un grupo de padres de personas con discapacidad tras la finalización de la escolaridad especial de sus hijos. Esta entidad tenía la finalidad de proteger, asesorar y apoyar a las personas con discapacidad.

El grupo comenzó a difundir los derechos de las personas con discapacidad, la importancia de su integración a la vida laboral–social, los medios preventivos de patologías, secuelas, la necesidad de crear un TPP (Taller Protegido de Producción) con la denominación de Centro Ocupacional San José. El 7 de agosto de 1995 dio inicio a sus actividades contando con solo seis operarios, quienes realizaban trabajos en una huerta orgánica.

En el año 1999 se creó el Taller de Adiestramiento y Adaptación laboral (TAL), habilitado por el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubi-

lados y Pensionados (INSSJyP), destinado a los jóvenes que se encontraban en una instancia de preparación para el trabajo competitivo o protegido. Desde la sociedad, se había generado un giro con relación al trato de las personas con discapacidad (PCD): del aniquilamiento y ocultamiento al sometimiento dado que se consideraba que la discapacidad era inherente a la persona y, consecuentemente, circunscripta al ámbito privado de la familia.

Adiestrados en la sumisión, entrenados en conformarse (sobre todo si la discapacidad es congénita o adquirida tempranamente) las personas y sus familias esperan eternamente y asumen la discapacidad como algo «que les tocó», se hacen cargo de un problema individual sin el menor asomo de rebeldía: la sociedad no tiene pensado — por el momento— dejar de ser excluyente. (Broyna, 2006:2)

La sociedad capitalista claramente menospreciaba a los sujetos que no podían encuadrarse en la imagen de sujeto «normal»: un cuerpo útil, armonioso, capaz de aportar a la sociedad en términos de productividad.

Por lo mencionado, es posible comprender que la iniciativa de crear instituciones como el TPP, especialmente para jóvenes y adultos que terminaran la escolaridad especial, quedara bajo la responsabilidad de los padres de las PCD. Sin duda, eran ellos los que se «harían cargo» de fundar un espacio de productividad y de integración social para sus hijos que diera valor al recorrido realizado desde la infancia y abriera nuevos caminos hacia el futuro en vez de sentenciar a sus hijos al encierro en el hogar y el resquebrajamiento de cualquier posibilidad de lazo social.

Posiblemente en ese entonces no se vislumbraba que la creación de este tipo de instituciones reproducía la convicción social de que las PCD debían ser excluidas en vez de interpelar el orden social que aniquilaba el derecho de las PCD a gozar de una plena ciudadanía.

En el TPP se había contratado a dos empleados, una terapeuta ocupacional y un técnico agrónomo, cuyas funciones se desarrollaban en torno a promover hábitos y competencias laborales de las PCD, denominados operarios. El técnico agrónomo era depositario de un saber con relación a las actividades de huerta y granja, favoreciendo un buen nivel de producción que permitiera su venta. La terapeuta ocupacional tendría los conocimientos necesarios acerca

de los diferentes tipos de patologías, discapacidades, análisis y adaptación de las actividades, entre otros, de manera de favorecer el desempeño laboral de los operarios.

No obstante, los operarios no lograban «rendir» lo suficiente como para asegurar una productividad mínima que posibilitara la sustentabilidad del Taller y la cobertura de un incentivo económico simbólico.

Paralelamente, se sancionó la Ley Nacional 24147 que regula los TPP, por la cual estas instituciones comenzarían a depender del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación y estarían obligadas a garantizar los derechos laborales de las PCD. En esta coyuntura se hizo imprescindible la búsqueda de otras modalidades institucionales que aseguraran su solvencia económica a la vez que se acercaran a los requerimientos de atención de las PCD.

Cabe aclarar que no se pone en cuestión la creación de un TPP, ya que es evidente que las condiciones sociohistóricas basadas en el capitalismo y los conocimientos sobre la discapacidad impulsaban la aparición de estos dispositivos que requirieran miradas críticas para poder flexibilizar las condiciones y permitir que algo nuevo emergiera.

Parecía que la única vía posible era crear un Taller de Adiestramiento y Adaptación laboral (TAL) dependiente del INSSJyP. De allí en más, el sistema institucional debería refuncionalizarse acorde a los requerimientos del Programa de Atención Integral a Personas con discapacidad (PROIDIS), el cual establecía: conformación del equipo de profesionales con su correspondiente carga horaria, tipos de actividades que debían ofrecerse, requisitos edilicios, modalidades de registros (informes profesionales, planes de trabajo, crónica de los talleres, etcétera).

Se conformó un nuevo equipo de trabajo que incluyó: terapeuta ocupacional, psicólogo, médico consultor y trabajadora social. El foco siguió siendo la preparación para el mundo laboral protegido o competitivo, teniendo un plazo de dos años para que las PCD pudieran acceder a él.

La PCD comenzó a ser vista como sujeto singular, con deseos propios, intereses, personalidades, con capacidad para elegir, entre otras cosas. El profesional sería quien habilitaría los caminos para el despliegue de esa singularidad. En esta línea se amplió el abanico de actividades y propuestas institucionales, las que comenzaron a tener un sesgo más terapéutico que laboral. Se

visualizó que la PCD no radicaba tanto en el déficit sino en cómo este había impactado en sus experiencias y relaciones y, en tanto, se amplió el campo de intervención profesional. Se convocó a las familias de los jóvenes a entrevistas y talleres, a fin de pensar otros modos de vinculación que promovieran mayor independencia de las PCD.

Pudo verificarse que, si bien la sociedad presionaba para que las PCD se reinserieran al trabajo, algunas de ellas no se proyectaban hacia ese futuro y otras no contaban con las competencias necesarias, lo que demandaba a los profesionales repensar sus prácticas.

Por otra parte, se procuraba superar las fronteras disciplinarias y empezaron a realizarse reuniones de equipo que originaron acciones conjuntas y articuladas. Los informes profesionales para los legajos se realizaban por disciplina, por lo cual eran reflejo de la fragmentación de la PCD según la delimitación del objeto de estudio de cada campo.

Sistemas de regímenes de las prácticas en TPP y TAL

En esta dimensión mencionaré notas distintivas de algunas leyes por su impacto en las prácticas de conocimiento profesionales y a fines ilustrativos:

Código Civil (1869)

Para comprender el impacto del articulado del Código Civil (CC) en la vida de las PCD, cabe citar a la jueza Ma. Silvia Villaverde, quien refiere:

para las PCD los conceptos de la parte general del Código Civil del siglo XIX constituyen en la actualidad la mayor barrera para la participación social, la libertad, la inclusión y la igualdad. En el mismo nivel, el concepto de «normalidad» se erige con toda su potencia clasificatoria en obstáculo para las transformaciones discursivas y para la instauración de prácticas desde la perspectiva de la diversidad como inherente a la diversidad humana. (2012:9)

El CC considera incapaces de hecho, entre otros, a los dementes y las personas que no saben darse a entender por escrito. Los dementes son «los individuos de

uno y otro sexo que se hallen en estado habitual de manía, demencia o imbecilidad, aunque tengan intervalos lúcidos o la manía sea parcial» (art. 141). Se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes. «Los sordomudos serán habidos por incapaces para los actos de la vida civil, cuando fuesen tales que no puedan darse a entender por escrito» (art. 53). En el CC se sostiene una concepción de la incapacidad en tanto enfermedad. Contempla como única opción una incapacidad absoluta de hecho, por lo que su actuación solo es posible mediante un representante designado judicialmente y denominado «curador». Tal representante implica la sustitución de la voluntad del considerado incapaz con aparente finalidad de su protección.

Ley Nacional 22431 (1981). Sistema de protección integral de personas discapacitadas

Esta ley ha resultado un avance en materia de discapacidad, considerando la inexistencia de leyes dedicadas a la temática en la década del '80. No obstante, refleja una visión reduccionista de las problemáticas relacionadas con las PCD al basarse en el paradigma médico–rehabilitador.

En sus artículos enfatiza en la alteración funcional, entendida como padecimiento personal que deviene en discapacidad. Así, la discapacidad está o reside en la persona y constituye su rasgo de identidad. Desde esta perspectiva deriva como propósito de la ley asegurar una atención que mitigue las limitación y que permita acercar lo más posible al ideal de normalidad.

Mediante la promoción del certificado de discapacidad propone un corte poblacional según las habilidades psicofísicas de las personas, nuevamente en función de un modelo de sujeto deseado en la sociedad.

Esta ley motiva una serie de políticas especiales, lo que conlleva inevitablemente una serie de acciones de exclusión, una discriminación por discapacidad. Estas políticas son meramente paliativas sin resolver los obstáculos para una vida inclusiva, que involucre a la sociedad.

Ley Nacional 17132 (1967). Régimen legal del ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades auxiliares de las mismas

Respecto del ejercicio profesional de la TO, la ley vigente entendía al ejercicio de la profesión como la aplicación de procedimientos destinados a la rehabilitación física y/o mental de inválidos, incapacitados, lesionados o enfermos; o como medio para su evaluación funcional, empleando actividades laborales, artísticas, recreativas o sociales.

Asimismo, explicitaba que solo podía actuar bajo indicación médica y exclusivamente en ámbitos asistenciales y domicilios.

Esta ley habilitaba un quehacer profesional basado en un modelo de ciencia positivista y dependiente del saber-poder de la medicina, con un restringido campo de ejercicio profesional acotado a la rehabilitación en ámbitos asistenciales y domiciliarios. Consecuentemente, puede apreciarse que la formación académica universitaria se encontraba alineada a dicho perfil profesional.

Etapa 2: del Taller de aprestamiento laboral al Centro de día (2001– 2006). Relación profesional, PCD y conocimientos en los sistemas institucionales

Dado que solo unos pocos jóvenes con discapacidad podían incluirse a un trabajo, en parte por las competencias personales y otro tanto por las barreras culturales vigentes, se proyectó otro tipo de prestación. En el año 2002 se creó el Centro de Día Ocupacional, cuyos beneficiarios serían PCD que no pudiesen acceder a educación o al trabajo. El sistema institucional se modificó nuevamente según los requerimientos de la Comisión Provincial de Discapacidad y las obras sociales que solventarían esta prestación. Ocurrió un viraje en la sustentabilidad de la institución, de estar a cargo de las familias a la obligatoriedad de su cobertura por parte de las obras sociales y el Estado.

En ese entonces se aprobó la Ley Nacional 24901 que, en términos generales, reglamentaría distintos servicios para PCD según sus necesidades. Se ampliaron el equipo de profesionales, los espacios físicos y las propuestas institucionales. El trabajo, como eje de la tarea cotidiana y objetivo final, se desvaneció para dar lugar a prácticas centradas en las PCD a fin de: desarrollar habilidades motrices, intelectuales, comunicacionales y de desempeño en las ocupaciones. Subyacía

la idea de la rehabilitación con el horizonte de volver capaz a la PCD: capaz de elegir, relacionarse y ejecutar actividades en forma independiente. Asimismo, las actividades, en su mayoría, se circunscribían al ámbito institucional y en eventuales ocasiones se generaban en ámbitos sociales comunes.

Algunos ejemplos de actividades en la institución: talleres ocupacionales, asambleas, taller de género, espacios de psicología, bailes, campamentos. Actividades en otros ámbitos: paseos, participación en jornadas deportivas y recreativas.

Por lo mencionado, estas instituciones tenían una doble finalidad: 1) albergar a las PCD que habían sido excluidas del sistema social, es decir contener a quienes la sociedad misma dejaba al margen; y 2) rehabilitar a las PCD para que, solo en caso de reunir las condiciones de normalidad, pudieran reintegrarse a ella.

En el año 2005 se amplió la jornada institucional de 4 a 7 horas diarias con la expectativa de proveer nuevas oportunidades de desarrollo personal y social a los jóvenes. Se consideró que las PCD requerían más intervenciones profesionales que ampliaran las posibilidades de autonomía e inclusión, pensamiento engañoso que conllevaría a una mayor exclusión de su entorno familiar y social.

Además de la normativa que continuaba vigente (CC del año 1869, Ley 22431 de 1981 y Ley 17132 de 1967), se sancionó y reglamentó una nueva ley en materia de discapacidad: Ley Nacional 24901 (1997).

Ley Nacional 24901 (1997). Sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las PCD

Esta ley definía a la PCD conforme a su predecesora Ley 22431. Su propósito era asegurar un sistema de atención integral y generar acciones de prevención, asistencia, promoción y protección y cobertura en transporte.

Como aspectos positivos podemos destacar algunos ítems: a) aseguraba una continuidad de prestaciones para PCD desde la primera infancia hasta la edad avanzada; b) establecía parámetros regulatorios de los servicios; c) las obras sociales y el Estado tenían la obligación de solventar las prestaciones contempladas en la ley.

Por otra parte, ha sido objeto de críticas considerando que: a) reproducía el imaginario social con relación a las PCD como objetos de intervención permanente, y de los profesionales como portadores de un saber sobrevalorado; b) la amplia variedad de instituciones exclusivas para PCD devenía en instituciones excluyentes, segregatorias; c) el Servicio de Asistencia Domiciliaria, que se incorporaba en su art. 39, resultaba insuficiente al momento de responder a las necesidades de autonomía e inclusión dado que dependía de la prescripción de un equipo técnico y se circunscribía al domicilio; d) reflejaba un modelo paternalista, con políticas tutelares, imposición de estilos de vida, con argumentos de protección y calidad de vida.

Sistemas sociales durante el TPP, TAL y Centro de día

En este aspecto podemos partir del interrogante: ¿es posible que en la sociedad hubiera cierto consenso y coherencia respecto de las representaciones sociales de las PCD que se reflejaban en los distintos ámbitos sociales y prácticas del conocimiento?

Posiblemente, la respuesta sea afirmativa. Desde los diferentes sectores sociales permanecía rígida la representación social de la discapacidad en tanto persona que se desviaba de la norma. Por ello desde lo jurídico se declaraba incapaz a la PCD y se preveía un sistema restrictivo de su voluntad. Desde el sistema familiar se designaba un curador, se mantenían prácticas de sobreprotección y hasta encierro. En el sistema de salud, el médico que certificaba la discapacidad e inauguraba un largo recorrido de tratamientos, se montaba toda una industria de la rehabilitación; la escuela que expulsaba al diferente, la escuela especial que lo alojaba; empleadores que no admitían como postulantes a PCD; un Estado que promovía políticas públicas discriminatorias; las universidades que enseñaban y producían conocimientos de cuerpos fragmentados, defectuosos, rotulados bajo un diagnóstico que se convertía en identidad de la PCD. ¿Cuántos ejemplos más podríamos enunciar?

Claro que no podemos negar que también había conflictos, especialmente cuando las PCD y sus familias reclamaban servicios u otras posibilidades, pero considero que en ese tiempo la balanza sopesaba a favor de los sistemas sociales. Resultaban débiles, aislados, postergados los reclamos, ya que depen-

dían más de la buena voluntad de quien los recibía que de un derecho legítimo del cual gozar.

Prácticas profesionales en el TPP, TAL y primeros años del Centro de día. Modelo médico–rehabilitador en discapacidad

La temática de la discapacidad se vio inmersa en el modelo medicalizador–asistencialista, modelo de asistencia y redituable sistema de control social, sustitutivo de la voluntad de las PCD que resultaba en la anulación del individuo en la toma de decisiones personales.

El diseño de políticas públicas durante esta etapa fue orientándose hacia la estructuración de un sistema universal de salud que buscaba «la cura» de las PCD. Puesto que las PCD resultaban una carga social, se justificó el diseño de una industria médica que convertía a las PCD en objetos de explotación que aportaba a la productividad del capitalismo. En este sentido, «sería interesante analizar toda la producción, consumo, saberes que circulan alrededor de la discapacidad» (Almeida, 2009:221).

En las sociedades occidentales predominaba un concepto de hombre uniforme, productivo, en el que la diferencia, la anormalidad, la falta, es decir, la discapacidad, era percibida como una alteración de esa homogeneidad y como tal se veía excluida o alejada de las leyes de la naturaleza humana. Así, se crearon servicios destinados a esta población con características segregatorias tales como talleres, centros de día, hogares, centros de rehabilitación, etc. Esta exclusión implicaba quedar por fuera de los valores, de las normas, de los ámbitos de socialización, del mercado laboral, de un modelo de ideas o representaciones dominantes de esa sociedad.

Opciones epistemológicas y modelos de prácticas en TO (Etapas 1 y 2)

La TO se desarrollaba sobre «la premisa positivista de una organización social armónica y consensuada, cuyos preceptos se fundamentan en el orden y el progreso, que garantiza la adaptación de los individuos a la organización social, con equilibrio y control» (Medeiros, 2008:66).

En la sociedad capitalista, el medio es idealizado y como consecuencia es el sujeto quien debe esforzarse para adaptarse, así se espera que los cambios se produzcan por un esfuerzo personal. No se promueve un cuestionamiento de los condicionantes socioeconómicos y políticos que dieron origen a la exclusión de las PCD, en este caso.

En este contexto, y a fin de servir a la sociedad, surgieron las disciplinas al servicio de la rehabilitación de las PCD como conocimiento científico especializado cuyo propósito sería devolver a un sujeto normal a la misma sociedad que lo había excluido.

El desarrollo de los conocimientos científicos de la TO estaba condicionado por esa sociedad y por la concepción positivista de la ciencia. Dichos conocimientos con una impronta anglosajona eran importados por los terapeutas ocupacionales con la convicción de que, en tanto conocimientos científicos que presentaban leyes universales y abstractas, independientemente del contexto de descubrimiento, podrían ser transferibles a las necesidades de nuestro territorio. «Este dominio, que algunos denuncian como colonialismo teórico, ha dejado a la sombra grandes aportaciones hechas desde otras sensibilidades y realidades» (Guajardo, 2010:2).

Morrison refiere que la TO asume una posición epistemología reduccionista y, basándose en Edgard Morin, describe sus características: dicotomía de salud-enfermedad, foco en los déficits, disfuncionalidades, sistemas de salud asistenciales. La perspectiva mecanicista establece una fundamentación teórica del ejercicio profesional, describe lo que observamos por medio de variables solamente cuantificables y válidas en su demostración empírica, lo que se relaciona con la autoproclamada autoridad epistémica, la que se expresa con el término «objetividad». Se enfoca en la patología, la disfunción y la reparación y establece además una relación jerárquica y de poder hacia un usuario o usuaria pasiva (Morrison, 2011:10).

Las prácticas de la TO en el TPP se basaban en el análisis del perfil laboral y de los puestos de trabajo y realizaban intervenciones en un doble sentido: en cuanto a la promoción del desarrollo de habilidades para ser competente y a la adaptación de las actividades para que fueran acordes a las capacidades de los operarios.

Las prácticas de la TO en el TAL y primeros años del Centro de día se basaban en algunas premisas del Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner, el cual promovía una visión singular de PCD en su interacción con el ambiente atendiendo a sus valores, intereses y causalidad personal, sus hábitos, roles y sus habilidades en los ambientes en los que se desempeñaba, ofreciendo recursos para analizar dichos ambientes (objetos, espacios, formas ocupacionales y grupos sociales). Proponía la importancia de considerar las ocupaciones significativas en la historia de vida de las personas.

No obstante, más tarde, apreciamos que este modelo presentaba un alcance limitado para analizar e intervenir en las condiciones sociales, políticas y económicas, y devenía en la falta de oportunidades para una vida plena de las PCD:

mientras no asumamos que somos parte de la misma sociedad que relega, excluye y segrega; mientras finjamos que el espacio «artificial» de los institutos de rehabilitación es todo el espacio social; mientras simulemos que el consultorio es el mundo de la vida y que si todo está bien sobre la camilla, todo está bien en todos lados; mientras eso suceda los médicos seguirán firmando altas para que las personas pasen a escuelas especiales, a talleres protegidos, a centros de día, a geriátricos o a su propia casa y esas personas no sabrán jamás lo que significa ir a una escuela primaria o secundaria, qué es ir a la facultad o a un boliche, a un cine ni a un trabajo. (Broyna, 2006:7)

Etapas 3: el Centro Ocupacional como puente (2007 a la actualidad).

Relación profesional, PCD y conocimientos en el sistema institucional

En ese tiempo la convicción de que la rehabilitación, que claramente recaía sobre la PCD o sobre sus deficiencias, «dotaría» a las PCD de las habilidades necesarias para su plena integración, dejaba caer su velo. Se observaba que, tras una larga trayectoria educativa y rehabilitadora, tanto los jóvenes y adultos concurrentes como sus familias continuaban siendo dependientes de sistemas institucionales exclusivos para PCD. Más aún, los profesionales se encontraban reproduciendo la ideología de la normalidad promovida socialmente, basando sus prácticas en un modelo médico-rehabilitador de la discapacidad.

Se originaron, entonces, prácticas que procuraban desandar el recorrido de la exclusión para volver a los territorios de los que las PCD habían sido relegadas. En 2007 se creó el Dispositivo de Intervenciones Comunitarias (DIC) y, en 2009, el Programa de Integración Comunitaria (PIC), ambos con el objetivo común de promover la autonomía y participación social de las PCD en los territorios del hogar, ámbitos educativos, laborales y culturales.

Atento a lo que expresa Dozza (1999) acerca de que las instituciones constituyen lo social y sería un espejismo concebir lo social como lo que se encuentra extramuros, se piensa en potenciar esta idea: las instituciones exclusivas para PCD pueden dejar de serlo no solo desde su «desaparición» sino transformándolas para que sean espacios sociales comunes. Así, se crearon dos nuevos proyectos abiertos a la comunidad: El arte de integrar-se y Radio Comunitaria. Cabe destacar que la imagen social construida acerca de esta institución, como «en la que asisten los locos», pesaba más que la originalidad de la propuesta, por lo que muy pocos vecinos se incorporaron a los talleres.

Este período es considerado un tiempo de profundas transformaciones institucionales fruto de la coyuntura de la modalidad de trabajo distintiva del Centro que fuera madurando en los últimos años y la notable influencia de las nuevas leyes nacionales en materia de discapacidad y salud mental. Se redefinió la misión institucional, la que se expresaba en el objetivo de promover procesos de integración entre la persona con discapacidad y la comunidad, el ejercicio de una ciudadanía activa.

El Grupo Ping Pong, que años atrás (desde 2008 a 2010) desarrollaba actividades para el «entrenamiento» de habilidades sociales, tiene un punto de inflexión y se autodefine como: colectivo, abierto y voluntario, que sostiene proyectos artísticos- culturales orientados a niños, adolescentes y adultos de la comunidad de Ángel Gallardo y zonas aledañas, con el compromiso de fomentar la participación social de todos y la construcción de lazos sociales. Busca el financiamiento de sus propuestas mediante los Proyectos Ingenia dependientes del gobierno provincial. Entre sus actividades destacamos: taller literario, «Leemos en la Plaza», revista local.

La radio, en tanto espacio de comunicación comunitaria, promueve la transformación de sentidos sociales, la escucha de voces múltiples, de aquellas que suelen ser marginadas de las radios comerciales o los discursos dominantes

en los medios de comunicación. Por otra parte, como espacio potencial de trabajo o actividad de aficionados, impulsa proyectos de entrenamiento para el trabajo dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, estableciéndose red con la Universidad Católica de Santa Fe y el Instituto de Educación Superior N° 12. También enriquece la programación radial con la participación de instituciones y personas particulares interesadas en la comunicación comunitaria. Inicia los trámites para obtener la licencia, se asocia al Foro Argentino de Radios Comunitarias (FARCO) y sus prácticas obtienen legalidad según la Ley Nacional 26522 de Servicios de Comunicación Audiovisual.

En función de las propuestas institucionales de la Radio Comunitaria y el Grupo Ping Pong, cabe acentuar algunos aspectos. Ambas connotan la intencionalidad de debilitar las representaciones sociales respecto de las PCD y de las instituciones para PCD. La presencia de la radio ha generado fisuras en los muros simbólicos que separaban el adentro y el afuera institucional, un ámbito interno que se suponía exclusivo para PCD y uno exterior para el resto de la sociedad. En esta línea, la presencia del Grupo Ping Pong también pone en cuestionamiento esa idea. Más aún, atenúa la sólida creencia social de que las PCD deben ser beneficiarias o destinatarias de los servicios de la sociedad (instituciones, profesionales, etc.) para ser quienes brindan servicios a otros ciudadanos, como también que las instituciones que fueron creadas para PCD solo pueden ofrecer servicios a éstas, sin aportar a otros ciudadanos. Los profesionales establecen redes con políticas públicas, no focalizadas en la discapacidad sino a jóvenes en general, a servicios de comunicación, entre otros. Así, el lazo social se constituye en foco de intervención profesional, con su raigambre en el ejercicio de los derechos, la participación social e inclusión, que trasciende a las PCD para potenciar la comunidad de Ángel Gallardo. En 2013 se conforma un equipo de admisión con el objeto de acompañar la demanda de ingreso de las PCD a los dispositivos institucionales o no, atento a los principios actuales de la Convención de derechos para PCD y Ley de Salud Mental.

Se implementa el Programa de capacitación para la promoción de la vida autónoma, con las expectativas de generar espacios comunes de intercambio entre las PCD, las familias y los profesionales, en los que reflexionar sobre los derechos

de las PCD, las barreras físicas y culturales para poder ejercerlos plenamente. En esta propuesta nos enlazamos con el Proyecto de Interés Social de la UNL «Hacia la participación social y autonomía de las personas con discapacidad».

Para propiciar intervenciones en pos de una transformación social se proyecta una variedad de eventos: jornadas «Arte y transformación social», festivales «La celebración» en la plaza del pueblo, pintada de murales, radios abiertas, Jornada Vínculo Fraternal, exposiciones del trabajo institucional en diversas jornadas y congresos. Asimismo, las instituciones de Ángel Gallardo y alrededores, como también de la ciudad de Santa Fe, comienzan a convocar a los diferentes grupos del Centro para actividades o proyectos de interés común.

¿Cuáles son los principios que subyacen en las prácticas mencionadas? Es posible advertir denominadores comunes, entre los que podemos mencionar: fundamentos en los derechos humanos, consideración de las PCD como sujetos de derechos, promoción de prácticas de inclusión, participación social y ejercicio de ciudadanía de las PCD, intervenciones en territorios que impliquen la transformación social. Se destaca una búsqueda constante de un trabajo en red: la interdisciplina, que implica que los conocimientos disciplinares no permanezcan estancos en sus compartimentos sino que se encuentren en la construcción conjunta de los problemas y de las intervenciones posibles con relación a las PCD y la sociedad, y la intersectorialidad, que comprende la articulación de políticas y sectores para la transformación social.

Sistemas de regímenes de prácticas en el Centro de día como puente

Desde el año 2008 al 2015 se promulgan leyes nacionales que legitiman e impulsan transformaciones sociales en diversos ámbitos. A continuación se presentan algunas referencias, las más significativas por su impacto en las prácticas de conocimiento.

Ley Nacional 26378 (2008). Convención internacional de derechos para las PCD (CDPD)

Esta Convención fue adoptada por la ONU en el año 2006 y nuestro país adhiere a ella mediante la Ley Nacional 26378 en el año 2008. Se basa en los principios del modelo social de la discapacidad y establece que la sociedad debe realizar los ajustes y modificaciones necesarias para el goce pleno de derechos y participación social de las PCD. Desde esta perspectiva, la PCD deja de considerarse objeto de asistencia para ser reconocida sujeto de derechos.

En su preámbulo define a la «discapacidad como un concepto que evoluciona y resulta de interacción de persona con deficiencia y las barreras que impone la sociedad» (CDPD, 2006:1). Su propósito «es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente» (4).

La Convención es considerada una oportunidad legal para: promover reformas políticas y legales, reconocer la capacidad jurídica de las PCD, propiciar la participación plena de las PCD en los diferentes ámbitos de la vida social, entre otros aspectos.

Ley Nacional 26657 (2010).

Derecho a la protección de la Salud Mental

Esta ley «reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona» (art. 3).

Resulta necesario distinguir algunos principios fundamentales que establece: el reconocimiento de la capacidad jurídica y la necesaria evaluación interdisciplinaria para presumir riesgo o incapacidad; toda atención en salud mental requiere tanto de la interdisciplina como la acción intersectorial (salud, educación, desarrollo social, etc.) para la inclusión social, laboral y atención comunitaria.

Una referencia particular merece la evitación de internaciones por ser conside-

rada un recurso terapéutico de carácter restrictivo. Antes bien, se promueven intervenciones en los entornos familiares, comunitarios y sociales.

Código Civil y Comercial de la República Argentina (2015)

Las reformas en el CC se destacan por devolver a las PCD el reconocimiento de la capacidad jurídica en tanto sujeto no solo titular de derechos sino con la capacidad de hecho para ejercerlos. Únicamente en caso de que se estime un riesgo para su persona o sus bienes, el juez puede restringir esa capacidad para determinados actos.

Asimismo, expresa que un juez puede designar los apoyos necesarios que promuevan la autonomía y toma de decisiones de las PCD.

Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador (art. 32).

La sentencia debe determinar la extensión y alcance de la restricción y especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible (art. 38).

Ley Nacional 27051 (2014). Ejercicio de la profesión de Terapeutas Ocupacionales

La mencionada ley considera el ejercicio de la TO como todas las acciones profesionales de análisis, evaluación, investigación, procedimientos, etc., que utilicen como recurso las actividades y ocupacionales que realizan las personas y las comunidades en la vida cotidiana (art. 2).

A diferencia de la ley anterior, ésta considera que el terapeuta ocupacional puede ejercer su profesión en forma autónoma o integrar equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios en diferentes ámbitos.

Sistemas sociales

¿Es posible que en este tiempo hubiera cierta tensión en los ámbitos sociales culturales, educativos, políticos, económicos respecto de las prácticas y las PCD? ¿Qué relación existía entre las prácticas legitimadas por el Modelo médico–rehabilitador y las que impulsan la CDPD? Desde la convivencia del CC de 1869 y la CDPD, la convivencia del nuevo CC y médicos o jueces que siguen promoviendo inhabilitaciones totales de las PCD, la convivencia de la CDPD y prácticas de discriminación en los ámbitos escolares y laborales, la esterilización por temor a un embarazo imprevisto, entre tantas otras formas de conflicto, restricciones y posibilidades. Entidades gubernamentales que difunden la CDPD mientras siguen promoviendo políticas públicas focalizadas, como tantos otros ejemplos.

Asimismo, la defensa de los derechos de las PCD ha trascendido el ámbito privado de la propia PCD y su familia dado que nuevos actores reclaman por la autonomía y participación plena en la sociedad de las PCD. Entre ellos destacamos: Asociaciones de PCD, profesionales activistas, proyectos de extensión y/o investigación universitarios y Observatorios de la CDPD.

Prácticas profesionales en el Centro de día como puente.

Modelo social de la discapacidad

Desde este modelo, la discapacidad es un fenómeno social que parte de una estigmatización de las PCD y sobre las que recaen mecanismos opresivos. Igualmente, sostiene que la sociedad, a través de las múltiples barreras que impone (físicas, culturales, simbólicas, etc.), provoca la exclusión de las PCD. En este sentido, las prácticas de transformación deben ser dirigidas hacia la eliminación de dichas barreras.

El concepto de autonomía es central en el Modelo Social de la Discapacidad. La autonomía tiene una doble dimensión: moral y como derecho. La primera es la que nos permite vivir de acuerdo con nuestros propios deseos e intereses, por ejemplo, decidir sobre nuestra propia vida afectiva, nuestras relaciones comunitarias, nuestro estilo de vida. La segunda alude a la capacidad jurídica de la persona en sus dos expresiones: de derecho (ser titular de derechos) y

de hecho (tener la capacidad de ejercerlos). La autonomía como derecho es el remedio o la tutela de poder vivir de manera independiente. Por ejemplo, contar con medios de accesibilidad, asistencia personal, vivienda, y deben procurar abarcar a la diversidad humana.

Cabe mencionar que «el paradigma actual, basado en nociones de derechos, ciudadanía e inclusión social, es una mirada que viene a sumarse a otras visiones que están activas en el campo: visiones de exterminio, de caridad, de represión, la visión médica o reparadora, la asistencialista» (Brognna, 2011:87). Por ello resulta imprescindible y urgente el compromiso de la sociedad para que las PCD sean reconocidas como sujetos de derechos, y para ello es necesaria como instrumento legal la Convención Internacional sobre los derechos de las PCD.

Opciones epistemológicas y modelos de prácticas en TO en el Centro de día como puente

¿Podríamos hablar del nuevo rol político y social de los profesionales de la rehabilitación? ¿De un compromiso con la persona y no con la patología? ¿De la denuncia a un sistema social que rehabilita para incluir pero se organiza para excluir? ¿De un activismo compartido para lograr no una sociedad incluyente sino una sociedad que no excluye? (Brognna, 2006:8). Los terapeutas ocupacionales están invitados, entonces, a adoptar una perspectiva sobre los derechos humanos en su quehacer profesional, desde un posicionamiento epistemológico complejo, multidimensional y problematizador.

Para ello, Alejandro Guajardo y Salvador Simón Algado (2010), en su texto *Una TO basada en los Derechos Humanos*, nos aportan algunas premisas fundamentales: el conocimiento debe trascender la visión atomista e individualizada de la persona, comprendiendo a la persona en su contexto inmediato y situado; trabajar desde y con las comunidades; reconocer que todo lo que hacemos como terapeutas ocupacionales tiene implicancias sociales y políticas; la TO no es homogénea ni estandarizada sino una construcción histórica; nuestro quehacer tiene que ver con necesidades y dolores humanos y ello implica que no es posible la neutralidad ética ni valórica, entre otros aportes.

Por otra parte, es preciso mencionar que la TO latinoamericana y de países no anglosajones empieza a valorar los conocimientos generados en sus propias regiones, a cuestionarse la colonización de la epistemología del norte y a dar nacimiento a una epistemología del sur con una fuerte valoración de los conocimientos producidos en los propios territorios.

En la actualidad se plantea otro debate en torno al conocimiento de la TO y que tiene que ver con el surgimiento de la Ciencia de la Ocupación como ciencia básica. Una parte de la comunidad de la TO critica severamente el nacimiento de esta ciencia pues considera que es necesario superar la mirada cartesiana dual, positivista, que entiende al saber y a la práctica como pertenecientes a distintos ámbitos del saber.

Respecto del ejercicio de la TO desde una epistemología compleja y basada en los derechos humanos, el Centro Ocupacional, en la última etapa descrita, dirige sus prácticas de conocimiento en función de los contextos sociales, políticos y económicos de Ángel Gallardo, zonas aledañas y ciudad de Santa Fe. Atendiendo a sus características, a las relaciones que establecen las personas, interpela dichos contextos cuando éstos vulneran el derecho de las PCD en particular y de las comunidades en general. Entre las propuestas alineadas a esta perspectiva cabe destacar: Grupo Ping Pong, Radio Comunitaria, Servicio para la vida autónoma y Dispositivo de Intervenciones Comunitarias.

Considerando el debate acerca de la distinción teoría y práctica, el Centro Ocupacional San José tiene la posibilidad de generar permanentes intercambios entre profesionales, PCD, familias, vecinos de Ángel Gallardo, integrantes de entidades gubernamentales, instituciones de educación superior, entre otros, lo que ha promovido una actitud de valoración de los saberes múltiples que constantemente circulan, se entrelazan y complementan para generar transformaciones sociales.

En este escenario, los terapeutas ocupacionales han comprendido que su saber-hacer profesional no se limita al saber brindado por la Academia. En todo caso ese es solo uno de los saberes que han de dejar suspendido entre tantos otros de los que se van nutriendo en su práctica. Esto implica abandonar la certeza del método para apreciar la potencia del fundamento, para construir un saber hacer creativo y situado.

Conclusiones

La historia está repleta de accidentes y coyunturas, y curiosas yuxtaposiciones de eventos. Esto nos demuestra la complejidad del cambio humano y el carácter impredecible de las últimas consecuencias de cualquier acto o decisión de los hombres. (Feyerabend, 1981:1)

La historia del Centro Ocupacional San José podría ser la pronunciación cronológica de los hechos que fueron sucediéndose en una línea unidireccional del tiempo: fechas, nombres, lugares, acontecimientos. Así presentada, quedaría simplificada a imágenes estáticas, instantáneas de un tiempo pasado que transcurrió casi por azar hasta develarnos el presente.

Quizás por ello el modelo de las prácticas de conocimiento nos invita a complejizar el relato y comprender que las prácticas del conocimiento se erigen en una amalgama de circunstancias: las relaciones de los sujetos mediadas por el conocimiento, los sistemas institucionales, los sistemas de regímenes de prácticas, los sistemas sociales.

Luego de este recorrido, cabe apreciar la potencialidad del modelo de las prácticas de conocimiento de Violeta Guyot en tanto nos permitió distinguir el conocimiento en acción y sus transformaciones en el devenir de los 20 años de trayectoria institucional.

Más aún, constituye una herramienta valiosa para poder distinguir las múltiples variables que se entrelazan para visualizar el contenido de la formación en educación superior, con una mirada tanto retrospectiva como futura. Como bien refiere Guyot, valorar la teoría como conocimiento verdadero resulta en simplificación en la investigación al excluir los aspectos sociales, políticos y culturales en general, aquellos que hacen a la producción de conocimientos (Guyot, 2011:159). Desde esta concepción, cabe preguntarnos entonces cuáles son los desafíos de la educación superior para continuar generando prácticas de transformación social desde la perspectiva de los derechos humanos, incorporando las condiciones sociohistóricas, políticas, económicas, culturales que producen conocimientos significativos para la formación profesional.

Anexo

Representación del Modelo Complejo de las Prácticas del Conocimiento



Referencias bibliográficas

Almeida, M. (2009). Exclusión y discapacidad: entre la redistribución y el reconocimiento. En Rosato, A, y Angelino, M. (Coords.), *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Brogna, P. (2006). *El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación* [en línea]. Consultado el 04/10/12 en: www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Documentos/Brogna_profesionales.pdf

——— (2011). *Posición de discapacidad: los aportes de la Convención* [en línea]. Consultado el 09/09/16 en: www.archivos.juridicas.unam.mx/bjv/libros/5/2468/11.pdf

Dozza De Mendonga, L. (1999). Lo social es un lugar que no existe: reflexiones desde el acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos. *Papeles del psicólogo* [en línea]. Consultado el 10/09/16 en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=939>

Feyerabend, P. (1981). *Tratado contra el método*. Madrid: Tecnos.

Guajardo, A. et al. (2010). *Una Terapia Ocupacional basada en los derechos humanos* [en línea]. Consultado el 03/09/16 en: www.revistatog.com/num12/pdfs/maestros.pdf

Guajardo, A. (2014). *Debates sobre la producción del conocimiento en Terapia Ocupacional. En contra de una nueva ecológica*. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública, 2(88). Caracas: Universidad Central de Venezuela.

Guyot, V. (2011). *Epistemología y Ciencias Sociales*. San Luis: Universidad de San Luis.

Morrison, R. (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). Santiago de Chile: Editorial de la Universidad de Chile.

Medeiros, M. (2008). *Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social*. Santa Fe: Ediciones UNL.

Villaverde, M. (2012). Entrevista. *Discapacidad y Derechos Humanos*, (3). Red Iberoamericana de Expertos en Discapacidad y Derechos Humanos (RIEDDH). Consultado el 30/09/12 en: [http://www.oiresclave.org/i_bd/upload/file/CLAVEenprensa/Boletin%20Rieddh%20\(Junio%202012,%20Numero%203\).pdf](http://www.oiresclave.org/i_bd/upload/file/CLAVEenprensa/Boletin%20Rieddh%20(Junio%202012,%20Numero%203).pdf)