

ANTROPOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL. APUNTES PARA UNA PERSPECTIVA HÍBRIDA EN PROBLEMAS SOCIO-SANITARIOS

ANTHROPOLOGY AND OCCUPATIONAL THERAPY.
NOTES FOR A HYBRID PERSPECTIVE IN SOCIO-SANITARY PROBLEMS

*ANTROPOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL.
NOTAS PARA UMA PERSPECTIVA HÍBRIDA EM PROBLEMAS SÓCIO-SANITÁRIOS*

Gastón Julián Gil ¹,
Andrés Iván Bassi
Bengochea²

¹CONICET-, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8112-2119>.

²Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3498-4805>.

Contacto: gasgil@mdp.edu.ar

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.34770>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 7 de setiembre de 2021.
Aprobado: 15 de octubre de 2021.

Resumen

Este artículo constituye una revisión conceptual sobre parte de los fundamentos teóricos y epistemológicos de la Terapia Ocupacional, que está experimentando en las últimas décadas una mayor apertura hacia las perspectivas socio-antropológicas de los procesos de salud-enfermedad-atención- cuidado. Al posicionarse sobre diversas nociones que sostienen la práctica profesional, como actividades de la vida diaria, independencia o equilibrio, se incorpora un abordaje antropológico que cuestiona los habituales usos acríticos que tienden a normativizar los comportamientos cotidianos y definir patologías y anormalidades desde posiciones etnocéntricas. En consecuencia, se formulan algunos lineamientos teórico-metodológicos que sostienen un enfoque híbrido de la profesión y, por añadidura, del campo de la salud. Esta manera de pensar las problemáticas socio-sanitarias permite entonces plantear posiciones renovadoras de las culturas disciplinares y profesionales que se enfrentan a desafíos cada vez más complejos en nuestros contemporáneos.

Abstract

This article aims to develop a conceptual review on part of the theoretical and epistemological foundations of Occupational Therapy. This discipline is experiencing, in recent decades, a greater openness towards the socio-anthropological perspectives of the health-disease-care process. By positioning itself on various notions that support professional practice, such as activities of daily living, independence or balance, an anthropological approach is incorporated that questions the habitual uncritical uses that tend to standardize daily behaviors and define pathologies and anomalies from positions ethnocentric. Consequently, theoretical-methodological guidelines are formulated that support a hybrid approach to the profession and, furthermore, to the field of collective health. This way of thinking about socio-sanitary problems allows us to propose renovating positions of disciplinary and professional cultures that face increasingly complex challenges in our contemporaries.

Resumo

Este artigo é uma revisão conceitual de parte dos fundamentos teórico-epistemológicos da Terapia Ocupacional, que tem vivenciado nas últimas décadas uma maior abertura para as perspectivas socio-antropológicas dos processos saúde-doença-cuidado-cuidado. Ao se posicionar sobre várias noções que sustentam a prática profissional, como Atividades da Vida Diária, independência ou equilíbrio, incorpora-se uma abordagem antropológica que questiona os usos acríticos usuais que tendem a padronizar comportamentos cotidianos e definir patologias e anormalidades a partir de posições etnocêntricas. Consequentemente, são formuladas algumas diretrizes teórico-metodológicas que sustentam uma abordagem híbrida da profissão e, adicionalmente, do campo da saúde coletiva. Esta forma de pensar os problemas socio-sanitários permite, então, propor posições renovadoras de culturas disciplinares e profissionais que enfrentam desafios cada vez mais complexos em nossos contemporâneos.

Terapia(s) ocupacional(es), salud y antropología

Como parte integrante de las diversas profesiones vinculadas con la salud, la Terapia Ocupacional (de ahora en adelante TO) afronta continuamente desafíos acerca de sus alcances, límites y posibilidad de expansión como práctica profesional y como disciplina académica. La complejidad de los mundos contemporáneos, las zonas de contigüidad (eventualmente conflictivas) con otras profesiones de la salud y las actualizaciones teóricas enfrentan a la TO a una serie de dilemas, posibilidades y apertura hacia perspectivas que tienen un amplio potencial de desarrollo. Ello es especialmente visible cuando la TO asume su potencial hibridez al abreviar de diversas disciplinas científicas que la colocan en posición de promover abordajes innovadores y creativos aplicados a problemáticas socio-sanitarias. La hibridez rechaza cualquier idea de “purificación” (por ejemplo, disciplinar) y propicia una apertura conceptual que entiende lo colectivo, en este caso la TO, como una “bella red sociotécnica” (1) de la que forman parte actores humanos y no humanos, tales como las tecnologías y las instituciones (sanitarias, universitarias), entre muchos otros componentes de esa red. En lo referente a las fronteras disciplinares, más allá de su existencia fáctica (divisiones administrativas de las universidades o las áreas definidas de los sistemas de investigación científica), es posible pensarlas en tres dimensiones de manera simultánea: categorías intelectuales, estructuras institucionales (departamentos, programas de enseñanza, journals, asociaciones profesionales) y “culturas disciplinares” (2).

La TO es una profesión de salud con su cultura disciplinar que comenzó orientando su trabajo hacia la rehabilitación (también llamada prevención terciaria) de diversos padecimientos que afectan la vida diaria de las personas. Luego fue ampliando su quehacer

hacia el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (prevención secundaria), llegando inclusive a desempeñarse en los ámbitos de prevención primaria y promoción de la salud. Los campos de mayor intervención están relacionados con las áreas física (amputaciones, lesiones neurológicas, traumatológicas, etc.) y mental (demencias, psicosis, discapacidad intelectual, etc.) en todas las poblaciones etarias, siendo un caso específico el de la infancia y las diferentes alteraciones del desarrollo. Las arenas clínicas y comunitarias en donde pueden desempeñarse los terapeutas ocupacionales son numerosas. Ellas incluyen hospitales, clínicas, centros de atención primaria, centros de rehabilitación, clínicas psiquiátricas, centros y clubes de día, escuelas, geriátricos, centros de jubilados, aseguradoras de riesgo trabajo, talleres de integración laboral, entre muchas otras.

En este artículo se desarrollan los fundamentos para una Terapia Ocupacional híbrida que presente una síntesis productiva entre su especificidad disciplinar y profesional y los aportes teóricos y metodológicos de la antropología social. Por consiguiente, el debate conceptual propuesto está dirigido a delinear posicionamientos fundamentales que enmarquen los abordajes teóricos de las problemáticas socio-sanitarias, pero también ofrecer lineamientos de inspiración para la práctica cotidiana de la TO. La perspectiva híbrida apunta entonces a colocar en la superficie la necesidad de transgredir las fronteras disciplinares y propiciar diálogos productivos y concretos entre las disciplinas científicas “puras”, las prácticas profesionales y las diversas agencias colectivas en el campo de la salud. Por eso es que esta propuesta aboga por una perspectiva ampliada de la salud, un enfoque comunitario y de salud colectiva que parta no tanto de la ocupación (como “objeto” de estudio e interés disciplinar tradicional) sino del “sujeto, que piensa, actúa, que decide” (3, p. 24), en concreto “el sujeto siendo en la ocupación” (3, p.24). Porque, en definitiva, “ninguna ocupación se comprende como entidad abstracta separada de las relaciones con otros. Toda ocupación es cultura, significado, relaciones. La ocupación en uno, es la expresión de las ocupaciones colectivas, de la práctica, de las relaciones sociales históricamente producidas que se han encarnado, materializados en las singularidades” (3, p. 24).

Poner en diálogo lo anterior con la perspectiva de salud colectiva, es pertinente en tanto esta última aboga por una teorización y praxis que reafirma al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (de ahora en adelante PSEAC) como proceso social, al tiempo que demanda el desarrollo de planteamientos teórico-metodológicos que permitan superar el análisis e intervención sobre los fenómenos biológicos individuales. Desde esta perspectiva, la ocupación no debería ser concebida como una entidad abstraída de su contexto, cosificada y deshumanizada. Ello implica no sólo plantear un modo posible de pensar la Terapia Ocupacional sino también un abordaje integrador de los procesos socio-sanitarios. Este artículo pretende entonces ir más allá de los cuestionamientos a los enfoques biomédicos que en ocasiones sólo suelen ser un recurso discursivo redundante y vacío de sentido, sin correlación alguna con la práctica cotidiana. En efecto, las críticas al Modelo Médico Hegemónico (4) se suelen reducir, en los hechos, a meras frases de barricada o autocongratulations morales. Ello puede advertirse en no pocos actores sanitarios e incluso en carreras universitarias de medicina con orientación “comunitaria”, cuyos gestores parecen suponer que con sólo postular la importancia de los factores socioculturales en las problemáticas de salud el recorrido está completo y las limitaciones del modelo biomédico superadas.

En definitiva, en este artículo se formula una propuesta programática posible de cómo ejercer la TO, asumiendo el gran potencial de diversidad de Terapias Ocupacionales (5) que pueden implementarse. Así es que partiendo de una categoría central para la disciplina como es *actividad de la vida diaria*, se aboga por una TO intercultural sostenida en los fundamentos teóricos y metodológicos de la antropología social. De esa manera, se cuestionan los tintes normativos (y ocasionalmente etnocéntricos) que dominan las categorías empleadas en la profesión y que tienden a reproducirse acríticamente. Al asumir

tanto la universalidad de ciertas actividades como el significado que tendrían para los actores que las ejercen, la TO queda atrapada en ocasiones en definiciones circulares que no le permiten detectar subjetividades diversas, apropiaciones situadas y, sobre todo, contextos de significación que requieren experiencia de campo y una determinada actitud para comprender al otro. En contrapartida, la potencial hibridez entre la Antropología y la TO sitúa su práctica en el ámbito de la salud colectiva, otorgando entidad a una polisemia de visiones sobre los PSEAC. En otras palabras, se reconoce la existencia de un “conjunto de necesidades sociales en salud, entendiéndolas no sólo como carencias sino como «ideas de salud» o, alternativamente, como proyectos de «llegar a ser»” (6, p. 27). Ello involucra la configuración de un posicionamiento ético donde la perspectiva antropológica trasciende la elección de una serie definida de técnicas de recolección de datos, como la observación participante, y se asienta en definiciones conceptuales que hacen principalmente al modo de vincularse con la cotidianidad de los actores estudiados y sus representaciones del mundo. En consecuencia, esta perspectiva admite un pluralismo teórico en antropología social que no se ata a ninguna corriente y que además admite apropiaciones eclécticas, siempre en el marco de la búsqueda de comprender a los actores sociales a partir de sus propias representaciones del mundo.

Este artículo está escrito por un antropólogo social que enseña desde hace décadas en una carrera de Terapia Ocupacional y un becario y estudiante avanzado de esa carrera quien ya se concibe como un futuro profesional (además de investigador) híbrido. De algún modo, esta conjunción refleja el proyecto pedagógico (7) que se lleva a cabo en esa, propiciando la formación de estos profesionales híbridos y eventualmente investigadores que contribuyan al conocimiento de la sociedad a partir de etnografías intensivas en problemáticas de salud. Y en lo puntual se trata de un trabajo que comenzó hace dos años con un proyecto de beca en el marco de un grupo de investigación dirigido por uno de los autores y que está concebido bajo los parámetros desarrollados en este artículo. El grupo está conformado por antropólogos y terapeutas ocupacionales en diversas instancias de sus carreras académicas que comparten diversas “situaciones” (8) del mundo académico, como autorías conjuntas de papers académicos, formación de recursos humanos, actividades de formación de posgrado y labores de gestión de la ciencia.

La Terapia Ocupacional y su contexto disciplinar y profesional

Tal como es practicada la TO en la universidad argentina, se la podría definir como una cultura académica con sus propias lógicas y prácticas profesionales y corporativas. En términos específicamente teóricos, la TO es alimentada en los primeros años de formación curricular (al menos en el nivel de formulación teórica) por diversos enfoques disciplinares que transitan “las mismas porciones de territorio intelectual” (9, p. 60). Aunque se trata de influencias que en gran parte se encuentran ocultas y no llegan a un nivel de formulación sistemática, dejan huellas reconocibles en los modos de abordar las problemáticas de salud. Esas culturas académicas y profesionales, como la psicología y la medicina, mantienen importantes “conflictos limítrofes” (9) entre sí y con disciplinas más “ajenas”, como en este caso es la antropología social en el ámbito de la salud. De cualquier manera, al menos en lo que refiere a la formación avanzada de los estudiantes de TO, esas tensiones (reales y potenciales) tienden a desaparecer. En efecto, en las áreas específicas de intervención terapéutica y la enseñanza de métodos diagnósticos, se desempeñan predominantemente terapeutas, quienes se encargan de divulgar el *ethos* profesional que luego se implementa en la práctica clínica (7). Por ello es que el grupo de pares “representa el modo normativo de la comunidad académica, cuya preocupación predominante es establecer estándares, evaluar el mérito y la reputación” (9, p. 94).

En cuanto al nivel de formulación teórica, esta cultura profesional fue especialmente receptiva de los modelos hegemónicos de atención de la salud, aunque de modo progresivo fue haciéndose más sensible a incorporar perspectivas que contemplen las di-

mensiones socio-culturales de las poblaciones. Así es que, por ejemplo, el Modelo de Integración Sensorial, desarrollado en su labor pionera por Jean Ayres en la década de 1960, tuvo una difusión de alcance global y de gran impacto en el contexto teórico-clínico argentino (7). Otra de esas matrices profesionales de relevancia es el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), formulado por Gary Kielhofner, que plantea una mirada “holística” en la concepción del ser humano y la “ocupación”. Sin embargo, en las últimas décadas se han consolidado otros enfoques que sí están orientados a considerar la relevancia de las mencionadas dimensiones socioculturales y políticas en el marco de las intervenciones terapéuticas. Autores como Michael Iwama y Frank Kronenberg son algunos de esos referentes de las corrientes de TO “transcultural” (10). En países de habla hispana, y en particular en España, puede destacarse la perspectiva “comunitaria” en TO, uno de cuyos representantes más notorios es Salvador Simó Algado (5, 11), que ha orientado su trabajo a postular un paradigma “crítico” de la profesión, en línea con los desarrollos en teoría social de autores como Sousa Santos (12), Bauman (13) o Dussel (14), entre otros. Además, ha propuesto una mirada novedosa sobre las ocupaciones y su impacto en el medio ambiente, en una serie de trabajos sistematizados bajo la idea de “Terapia Ocupacional Eco-Social” (5,11). En América Latina han sido varias las autoras que han desarrollado significativos aportes para la TO en los que las ciencias sociales tomaron un papel preponderante. Desde Brasil, Sandra Galheigo (15) ha incorporado a su trabajo un paradigma de la complejidad para el análisis de situaciones de salud, discapacidad, inclusión, participación social, desafiación, ponderando las relaciones entre las historias personales, colectivas y los contextos donde esas situaciones se producen. Una de sus discípulas, Carla Silva (16; 17), también ha colocado un énfasis especial en pensar la “cuestión social” y el devenir de la disciplina hermanada a los contextos históricos y políticos de la región. De allí que se destaque que “el terapeuta ocupacional necesita una formación que lo habilite para trabajar problemáticas que emergen de los conflictos sociales, y también, que emergen de los problemas de una sociedad marcada por las desigualdades” (18, p. 79). En la misma sintonía, la TO chilena ha ganado un protagonismo especial en la región durante la última década. Diversos terapeutas consideran que un momento de “quiebre” se produjo en el año 2010 con la concreción del Congreso Mundial de Terapia Ocupacional en ese país, siendo también el primero en América Latina. En palabras de Galheigo, “fue el primer congreso mundial realmente bilingüe. Estos hechos provocaron una repercusión importante en la Terapia Ocupacional, ya que promovieron un cambio en lo que se reconoce que es legítimo mundialmente como TO, que es la perspectiva anglosajona” (15, p. 3). Así las cosas, en Latinoamérica, uno de los intelectuales destacados de la TO chilena, Alejandro Guajardo, alerta a “no confiarnos que este giro a las Ciencias Sociales y hacia la cuestión social esté implicando necesariamente una ruptura con las perspectivas epistemológicas positivistas, pragmáticas y funcionalistas que han predominado en nuestra construcción histórica como dispositivo social de carácter práctico científico” (3, p. 20). En este sentido, si bien el autor parte de reconocer y aceptar que la TO ha diversificado sus prácticas y ámbitos de intervención, llega a postular que lo que ha estado sucediendo: “no es más que la *terapeutización* en los ámbitos más variados de la actividad humana [donde] más que introducir modos de intervención más abiertos y horizontales, lo que se hace en la vida concreta de los sujetos, en el espacio de la vida particular (calle, casa, territorio) es generalizar la lógica de la terapia médica a situaciones que guardan relación con la vida social y política, transformando la vida cotidiana en verdaderas terapias del mundo de la vida” (19, p. 114).

Su propuesta gira en torno a una TO basada en los derechos humanos “que admitan muchas formas de conocer, muchas otredades, en un plano de equidad” (19, p. 57), una TO que parta no ya de rehabilitar para el ejercicio del derecho, sino del derecho como productor de capacidades. Se observa cómo desde Latinoamérica las praxis y discursos emergen

ensionando los fundamentos y cosmovisiones de la profesión. Pino Morán y Ulloa (20) plantean que es urgente la adopción de una desobediencia epistémica en TO que implicaría “un desprendimiento epistémico en la esfera de lo social, un movimiento que sale de la comprensión universalista hegemónica, hacia una pluriversatilidad de la Terapia Ocupacional” (20, p. 425).

En Argentina, la tradición social en TO ha tenido recorridos diversos. Nabergoi (21) diferencia, retomando a Paganizzi, tres aspectos claves de los fundamentos que sostiene estos abordajes innovadores. Por un lado, destaca lo social “relacionado a las prácticas que centran su trabajo en la comunidad, dirigidas a población en situación de riesgo social. Por otro lado, las estrategias comunitarias (...) surgidas de los procesos de reforma en salud mental. Y, por último, una incipiente incorporación de la comunidad como un fundamento social de la disciplina” (22, p. 20). En la misma línea, Cella y Polinelli entienden que las culturas y saberes locales “imponen nuevas obligaciones: relecturas de los contextos, sistematización teórica para la ruptura de los discursos hegemónicos, evaluación crítica de las prácticas en un escenario marcado por grandes transformaciones culturales y viejas (y nuevas) opresiones políticas, sociales y culturales” (23, p. 37). Frente a estas obligaciones las autoras proponen un camino que parta de “*desnaturalizar lo naturalizado* para proponernos desde allí, reflexionar, cambiar y cooperar” (23, p. 37). Precisamente, a partir de ese último planteo se intentará dar cuenta de la pertinencia del ejercicio antropológico para tensionar lo que aparece como naturalizado en algunos discursos y prácticas hegemónicas de la TO.

La Terapia Ocupacional, sus fundamentos y sus categorías

El *ethos* disciplinar de la TO se expresa de diversas maneras, sobre todo en la adopción de ciertas categorías que proporcionan criterios de interpretación e intervención terapéutica, además de constituir referencias de identidad profesional. Más allá de que la relevancia de los conceptos en la ciencia no suele ser discutida, no resulta tan claro plantear acuerdos generales acerca del modo en que se usan las distintas categorías analíticas o los criterios para elegir las más adecuadas. Una forma productiva de utilizar conceptos es evitar la normatividad, es decir, que no prefiguren escenarios y criterios de interpretación *a priori* y que, en consecuencia, los datos adquieran un mero valor instrumental. En efecto, una amplia variedad de conceptos teóricos son empleados de un modo en que la realidad se acomoda a definiciones (y en el peor de los casos a prejuicios) que no contemplan un acercamiento sensible a los datos de la experiencia cotidiana. De allí que se imponga un teoricismo:

“que relega el material procedente del campo a un papel secundario, cuando no meramente ratificadorio de las hipótesis teóricas. En antropología, esto significa perder de vista los aportes del conocimiento de la perspectiva del actor y no es extraño que el investigador, puesto ante la disyuntiva teoría-empiría, tienda a reproducir su conocimiento etno- y sociocéntrico. Esta orientación redonda en la máxima siguiente: si hay una discrepancia entre la teoría y la realidad... peor para la realidad” (24, p. 33).

Por supuesto no se están reproduciendo las creencias de sentido común acerca de la ciencia que entienden que el conocimiento comienza con la experiencia, que el observador se relaciona con la realidad libre de cualquier prejuicio o inclinación teórica. Esta concepción ingenua de la objetividad supone además que en la ciencia no cabe lugar para las opiniones y las especulaciones y que se basa en lo que podemos tocar, ver, oír. Es lo que puede denominarse opinión popular o de sentido común acerca de lo que es el conocimiento científico (25). Por el contrario, se hace imprescindible asumir que los enunciados observacionales son precedidos por la teoría y, por supuesto, son tan falibles como las teorías que presuponen. Por lo tanto, la precisión de esos enunciados observacionales va a depender, en gran medida, de la precisión de las herramientas teóricas que las enmarquen.

En general, los conceptos que se utilizan en las ciencias sociales remiten a las tradiciones intelectuales que les dieron forma, aunque pueden surgir del lenguaje cotidiano y hasta incorporarse a las expresiones de sentido común. Nociones tales como parentesco, solidaridad, cohesión social, persona, ritual, mito, clase social, sacrificio, mercado, son algunos ejemplos posibles, y que además han alcanzado una marcada capacidad de adquirir centralidad en el caso de la teoría social. Pero la proliferación de conceptos adquiere una dimensión extra, sobre en todo en antropología, ya que con frecuencia también surgen de la interacción en el terreno con los sujetos de estudio y las maneras en que esos actores se representan la realidad. Así es que muchas categorías de la antropología social “se marcan con una palabra exótica” (26, p. 203), como *kula* o *potlach*. Y además contamos, en esta disciplina con “neologismos que tratan de generalizar los dispositivos conceptuales de los pueblos estudiados –animismo, oposición segmentaria, intercambio restringido, esquismogénesis- o, por el contrario y de manera más problemática, que desvían hacia el interior de una economía teórica específica ciertas nociones difusas de nuestra tradición –prohibición del incesto, género, símbolo, cultura- a fin de universalizarlas” (26, p. 203).

En TO, una de las categorías analíticas fundamentales, y que forma parte de la jerga cotidiana, es la de Actividades de la Vida Diaria (AVD). El “Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional”, documento propuesto por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) que pretende abiertamente “universalizar” conceptos para lograr un “entendimiento común” entre sus profesionales, las define como “actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo (...) fundamentales para vivir en el mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar” (27, p. 30). Esta categoría incluye actividades tales como: bañarse-ducharse, ir al baño e higiene en el inodoro, vestirse, deglutir-comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal y actividad sexual. En cuanto a prácticas como la alimentación, según el mismo documento, consistirían en “preparar, organizar y llevar el alimento (o líquido) del plato o taza/vaso a la boca” (28, p. 30). Es destacable como, tanto esta última como el resto de las definiciones, se reducen a acciones “técnicas” y concretas que dejan de lado las múltiples determinaciones y complejidades que hacen posible tales actividades. Así, se delimita la alimentación a un conjunto de gestos, en este caso llevar la comida a la boca. Desde esta concepción no parece generarse demasiado espacio para abordar, ni siquiera periféricamente, las problemáticas sociales vinculadas con el acceso a los alimentos, los tabúes alimenticios (21) los rituales de comensalidad (29, 30, 31), las determinaciones de clase, género o etnicidad, entre tantas otras posibles (32, 33), o las crisis de sustentabilidad en la producción de esos alimentos. En este punto resulta claro cómo una teorización que hace eje en fenómenos biológicos del individuo, carece de elementos de análisis de la salud como proceso social articulado con elementos económicos, ideológicos, políticos, entre otros. Por su parte, el estudio minucioso de los hábitos alimenticios en diversas sociedades nos puede colocar en una posición privilegiada para analizar problemáticas ligadas a las formas de sociabilidad en cualquier contexto cultural, paso previo y esencial para pensar dispositivos de intervención en torno a esa AVD.

Otro eje sin duda problemático que atraviesa las formulaciones conceptuales de la AOTA se vincula con el asignado carácter “diario” de tales actividades. ¿Es bañarse una actividad diaria? ¿Y comer? Dejando de lado por un momento las explicaciones “culturales” que podrían marcar una diferencia respecto de las frecuencias y hábitos de tales actividades, los tintes normativos, y por ende etnocéntricos, de esta clase de definiciones no estimulan el desarrollo de sensibilidades analíticas de las diversidades. Por eso resulta legítimo preguntarse a quiénes incluye y a quiénes excluye esta taxonomía que se pretende universal. Diversos autores críticos (34; 35) han cuestionado, en sintonía explícita con enfoques decoloniales, que las categorías implementadas por la TO provienen de corrientes hegemónicas sostenidas en el pensamiento eurocéntrico. Más allá de que en este artículo no se pretenden zanjar debates de trascendencia para la teoría social contemporánea, e indepen-

dientemente del origen de las ideas y sus complejos e interesantes procesos de circulación (8), esa cierta normatividad con que la TO suele abordar los “imponderables de la vida real” (36, p. 36) presenta serias limitaciones para la comprensión de la realidad vivida de los sujetos que son objeto de algún tipo de intervención terapéutica.

Ello parece ser una constante para una TO que suele estar atravesada por muchas otras premisas normativas ampliamente aceptadas, como “independencia”. Como plantean Zango Martín & Moruno Millares (36), la idea de la independencia en el desempeño de las ocupaciones como un ideal a alcanzar, desconoce la variabilidad de los contextos culturales y situacionales en las que se desempeña el individuo. En el mismo sentido, afirma Iwama (11), “en terapia ocupacional, la independencia de las habilidades cotidianas es la consecuencia del rendimiento universalmente apoyado y celebrado [mientras que] la necesidad de depender de los demás se percibe negativamente, como un estado del ser que necesita mejora” (11, p. 8). Todo ello se liga también a otras definiciones más clásicas y hoy sumamente cuestionadas de concebir a la salud como la ausencia de cualquier tipo de enfermedad, padecimiento, patología o discapacidad, propia del modelo biomédico. Este abordaje parte de un supuesto ideal que configuraría la normalidad de la vida cotidiana en la búsqueda continua de:

“restituir la integridad del organismo, recuperar tal estado ideal, o bien la curación, otorgándoles a los profesionales de la salud un rol determinante en el proceso terapéutico. Desde esta representación, toda disfunción o alteración de la capacidad para realizar una ocupación es consecuencia del trastorno, daño o desarrollo anormal de los mecanismos implicados en su realización (sistema nervioso, musculo-esquelético, psíquico, etc.)” (37, p. 18-19).

Este enfoque es el que suele imponerse a partir de aquellos diagnósticos médicos que se formulan sin siquiera considerar las necesidades ocupacionales de la persona. De esa manera, se pierde de vista que “la capacidad para que un individuo pueda desempeñar funcionalmente las ocupaciones que le son propias puede ser restaurada a través del uso de actividades que mejoren las capacidades deficitarias de tales sistemas internos” (37, p. 18-19). Estos planteamientos conservan plena vigencia en el quehacer cotidiano de la TO y tienden a implementarse en mayor medida en contextos institucionales y bajo la supervisión médica.

Frente a estas concepciones, se destaca la relevancia de otros abordajes de la salud, en este caso las que priorizan la relación construida entre los actores, en tanto unidades biológicas, psicológicas, sociales y culturales, pero en estrecha relación con su entorno. De esta manera, “la salud se concibe como una meta personal que puede coexistir con la patología, la enfermedad y la discapacidad. Según este enfoque, los modelos de atención de la salud se centran en las necesidades de la persona, de modo que el énfasis recae en la habilidad de la persona para afrontar los cambios que se producen en su capacidad personal y en sus circunstancias vitales” (37, p. 19). En el marco de este abordaje es que la Terapia Ocupacional toma los desempeños ocupacionales en relación con la persona y su ambiente, pero aún no consigue incorporar de modo sistemático “las causas sociales y las condiciones estructurales que llevan a las personas a vivir situaciones de enfermedad y discapacidad” (37, p. 20). En otros términos, como señalan Pino & Ulloa (13), “cuando hay determinantes estructurales fuertes, una TO centrada en el cliente acaba por desempoderar a las personas y sumiéndolas en un vacío ocupacional” (20, p. 426).

Para completar el análisis se hace necesario plantear “la salud y la capacidad como resultado de la equidad y la oportunidad social” (37, p. 20). Este abordaje “social” se concentra en favorecer cambios estructurales que promuevan una mayor equidad en cuanto a las oportunidades de acceso a un bienestar situado y vinculado con dimensiones tales como la autoestima, la felicidad o los sentimientos de plenitud. En ese contexto se destaca el concepto de justicia ocupacional (38) que refiere a la importancia de propiciar que los sujetos

puedan encontrar y, sobre todo, tener la oportunidad de acceder a ocupaciones significativas y placenteras, que además les permitan alcanzar cierto equilibrio tanto en la faz personal, interpersonal, familiar y comunitaria. Aquí también aparece otra noción problemática que es la de “equilibrio”, que parece subsidiaria de otras ideas más clásicas que entienden a la salud como sinónimo de un completo bienestar. Los ribetes utópicos que rodean la noción de equilibrio constituyen otro impedimento para pensar intervenciones realistas y plausibles para los actores. La tentación normativa y etnocéntrica está siempre al acecho y, de la misma manera que el infierno, a veces está pavimentado de buenas intenciones.

Terapia ocupacional, antropología y etnografía

Una de las contribuciones sustanciales que la formación en antropología social le puede aportar a un terapeuta ocupacional se relaciona con las competencias que ofrece acerca de la práctica etnográfica. Mucho más que un método o un conjunto de técnicas de recolección de datos, la etnografía está sostenida en densos postulados conceptuales de la antropología social que llevan a diseñar estrategias de investigación que apuntan a establecer un contacto estrecho y prolongado con los sujetos de estudio y, sobre todo, a dar cuenta de las perspectivas nativas, de las maneras en que se representan el mundo esos actores estudiados, que en este caso serían los “pacientes”. Nunca está de más recordar que la investigación etnográfica envuelve el trabajo de campo, el proceso que implica la conceptualización y definición de problemas, la perspectiva comparativa y la organización del texto producido por el investigador (39). Porque “el trabajo de campo no es el espacio de «recolección de datos», sino el escenario donde el investigador pone en interlocución sus categorías teóricas y prácticas de académico y de ciudadano con las categorías y prácticas nativas” (39, p. 59).

En el ámbito de la TO, Lawlor (40) propone la incorporación del “lente etnográfico” como superación de la tradicional mirada clínica. La autora prefiere emplear el concepto de “lente etnográfico” en vez de “mirada antropológica” para puntualizar en una “adopción consciente de un tipo específico de lente, diseñado para proveer una visión más clara; este uso es similar al de las lentes usadas en los anteojos, con el fin de maximizar la visión actual ya que proveen una modificación a una visión débil o distorsionada, o cuando la visión precisa ser reconfigurada” (40, p. 29-30). La autora plantea que se trata de un proceso de reconfiguración de la mirada, que comienza a captar un mundo nuevo y diferente en el inicio de su investigación. De allí que establezca que:

“para los terapeutas, como para los pacientes y sus familias, la pregunta dominante es «¿cómo podemos hacer para saber lo suficiente sobre el otro de modo que efectivamente podamos asociarnos?». El objetivo es la colaboración, y el grado en el cual los profesionales y sus pacientes necesitan conocerse mutuamente, es limitado por el grado en el cual el conocimiento es relevante para la intervención y el proceso de recuperación” (40, p. 32).

En el ámbito de la salud, esta limitación marcada por Lawlor entre la posibilidad de colaboración y conocimiento del *otro* frente al territorio de los saberes e incumbencias disciplinares, no es un aspecto menor. Una preocupación similar se encuentra en la obra de Emerson Merhy (41), quien postula que los productos del trabajo en salud son los “actos en salud”, constituidos al mismo tiempo por una dimensión cuidadora (que busca generar procesos de escucha y que no se limita a alguna profesión en particular) y una dimensión centrada en los saberes disciplinares y órdenes profesionales. Stolkiner (42), retomando esta propuesta, sugiere que toda escucha es un acto de hospitalidad y que sólo es posible a partir de una posición de desamparo de nuestras certezas, lo cual configura una contradicción inherente en el “acto de salud” ya que implicaría poner en suspenso uno de sus pilares: los saberes disciplinares. Es decir que, en cada acto de salud, emerge una tensión entre la posibilidad de subjetivación por medio de la escucha (de conocimiento y cooperación en términos de Lawlor) y una tendencia a la objetivación por medio de los

saberes disciplinares. Esta tensión, postula la misma autora, cesa cuando se anula una de sus dimensiones, pero, al ocurrir ello, se vulnera el acto en salud como conjunto. Es por ello que, más allá de las evidentes áreas de contigüidad entre la terapia ocupacional y los métodos etnográficos, resultan claras las incompatibilidades cuando lo que prima es la mirada clínica, habitualmente guiada por el modelo biomédico. Más allá de que los contrastes entre ambas miradas pueden no ser tan tajantes en la práctica profesional, lo que suele predominar es la construcción de relaciones de marcada asimetría a partir del vínculo entre profesionales y pacientes.

Lawlor (40) postula para la superación de la mirada clínica (y de la contradicción del acto en salud, en los términos antes postulados) que el profesional avance en cuatro dimensiones en sus modos de ser/estar en el mundo y percibirlo: la vulnerabilidad, el “estar presente”, las “habilidades sociales y sociabilidad humana” y la “reflexividad y autoconciencia”. De ellas cuatro, nos interesa destacar especialmente la vulnerabilidad, dimensión que le permite al investigador/profesional vincularse con el sufrimiento de las personas, que pueden ser víctimas de procesos de marginación y exclusión social o estar envueltos en conflictos que producen sujetos en situación de vulnerabilidad (maltrato, abuso, violencia familiar, violencia de género, etc.). Esta necesidad de hacerse vulnerable implicaría una forma de respetar y honrar las tramas vitales de los actores, además de vehículo e instrumento para que el investigador pueda participar y construir relaciones con los sujetos de estudio/intervención.

Las otras dimensiones formuladas por Lawlor son un tanto redundantes para un investigador de campo sistemático, pero resultan de utilidad para los investigadores y profesionales de la salud. En efecto, la mencionada vulnerabilidad puede lograrse si se complementa con “estar presente” (40), es decir, con la necesidad irrenunciable de conocer la vida cotidiana de los sujetos de estudio y potenciales destinatarios de una intervención. Comentarios similares pueden formularse acerca de la importancia de acceder a “un nivel de conexión y sensibilidad social que excede las características tradicionales de las relaciones profesional-paciente en los establecimientos de atención de la salud” (40, p. 34). Ello permite “una especie de libertad para interactuar y relacionarse que es simultáneamente más desafiante y menos restringida que las afrontadas en las relaciones clínicas. Formas aceptadas de manejar los matices de los intercambios sociales en el mundo clínico podrían aparecer como violaciones en las relaciones propias del mundo de la investigación, y viceversa” (40, p. 34). La tarea de cualquier profesional de salud lo coloca cotidianamente ante dilemas éticos situados que se relacionan con el grado de involucramiento que se les permite con sus pacientes, sean niños, actores vulnerados, entre muchas otras posibilidades en las que se pueden establecer fuertes conexiones emocionales con los sujetos. Finalmente, Lawlor también destaca otro elemento largamente tratado en la teoría antropológica: la reflexividad, que consiste en un continuo ejercicio de objetivación de la subjetividad (y, por ende, de los propios prejuicios) del investigador. Esa “toma de conciencia potencialmente liberadora” (43, p. 156-7) le puede permitir al terapeuta

“sofocar sus directivas e instintos clínicos para permitir que ciertos eventos puedan desplegarse. La necesidad de ser autoconsciente sobre la postura del investigador, se continúa y se profundiza con el contacto prolongado. Cambios en la participación tanto en prácticas clínicas como de investigación, llevan a modificaciones en cómo la gente hace cosas que contribuyen tanto a la manera en que los individuos son percibidos por otros, y a su vez, cómo perciben su propia identidad” (40, p. 34).

La incorporación de esta lente etnográfica aporta a la praxis de TO un enfoque sobre el mundo social que hace hincapié en la diversidad de la experiencia humana. A partir de ello, “las tareas descriptivas de «simplemente» dar cuenta del punto de vista del nativo, constituyen metas complejas que consisten en poder encontrar coherencia y racionalidad en los sistemas simbólicos cercanos y lejanos” (44, p. 124). Aquí arribamos a un núcleo

central de interpelación a la cultura académica y profesional hegemónica en la terapia ocupacional. En efecto, la TO muestra una gran potencialidad para no necesariamente ser transformada, pero sí necesita habilitar la convivencia de distintos paradigmas, de “tribus académicas” (9) que postulen abordajes e intervenciones renovadoras, sostenidas en la innovación y en la hibridación con otras disciplinas, como en este caso la antropología. Como plantea Zango Martín et al (35), la incorporación de “lo cultural” en las intervenciones de TO no debe sólo interesarse por las particularidades de la cultura del “otro” (sistemas simbólicos lejanos) sino también por las del “nosotros” (sistemas simbólicos cercanos). Es en ese conjunto de encuentros y desencuentros de culturas (nosotros-otros) donde se hace posible empezar a delinear algunas respuestas frente una necesidad técnica “que mejore la eficacia terapéutica cumpliendo así con el hecho de ser una disciplina científica que dé respuesta a las necesidades y/o demandas de las personas que confían en el poder terapéutico de la ocupación” (35, p. 127).

Conclusiones

Las formulaciones hasta aquí presentadas, pretenden contribuir conceptualmente a la conformación de una TO híbrida con perspectiva de salud colectiva. Este enfoque de salud colectiva emerge como campo que integra perspectivas de las ciencias sociales, poniendo en valor una polisemia de visiones, por ejemplo, “acerca de la salud, de las controversias y tensiones conceptuales de los subcampos que la constituyen, e incorpora diversas categorías como la de género, poder e interculturalidad, entre otras, como una necesidad para comprender el PSEA en su complejidad” (45, p. 139). Así, este abordaje desde la salud colectiva como telón de fondo de esta propuesta, se erige como campo interdisciplinario donde confluyen diversas opciones teóricas, disciplinares y metodológicas, generando una propuesta de mayor amplitud interpretativa sobre los fenómenos que hacen a los PSEAC. Por ello, el objeto de la salud colectiva es construido en los límites de lo biológico y de lo social, donde “el carácter interdisciplinario de ese objeto sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones” (6, p. 22). Nuestra propuesta va aún más allá, no sólo concibiendo lo interdisciplinario como “diálogo entre profesionales”, sino como *modo de ser* profesional (léase, híbrido). Por otro lado, se ha de mencionar que la propuesta de lo inter-“disciplinario”, en lo discursivo, limita su alcance a los saberes científico-académicos. La hibridez TO-Antropología, como se intentó explicar, cuestiona justamente la organización de los campos científicos como campos institucionales exclusivos de saber, al tiempo que incorpora las cosmovisiones de los “pacientes” y sus “ideas de salud” puestas en juego en lo colectivo. El ejercicio de una TO híbrida se sostiene así en la relevancia de considerar (y por ende investigar detalladamente) los constreñimientos socioculturales que operan los diversos procesos vitales. En el mismo sentido, la incorporación de la perspectiva de los actores permite reconocer apropiaciones del hacer situadas y ponderar la cotidianeidad como campo clave en la disputa de sentidos y significados que se gestan en “los sujetos siendo en la ocupación”.

Pensar, desde la salud colectiva, en términos de “proceso” de salud-enfermedad-atención-cuidado, lleva implícita la comprensión de un devenir articulador de la historia (por supuesto, con rupturas y continuidades, no exento de conflictos). Partir de una categoría central para la disciplina como es *actividad de la vida diaria*, y reafirmar desde allí la propuesta de una TO híbrida sostenida por los fundamentos de la antropología social, supone el convencimiento de que la vida cotidiana no está fuera de la historia, sino en el centro mismo del acontecer histórico (46). Es allí, entonces, donde esta propuesta adquiere su potencia transformadora. Problematicar las categorías de análisis disciplinar, a partir de la hibridez, supone un impacto político, en el sentido de tensionar una distribución de poder respecto de las “ideas de salud” en juego. Por otro lado, implica una reconfiguración de

la cultura académica-profesional que se propone habilitar modos-otros de producción de conocimiento e intervención. La polifonía resultante, deviene en un elemento que jaquea no sólo la pretendida universalidad de la TO hegemónica, sino también, sus privilegios de enunciación. Este corrimiento epistemológico habilita nuevas lecturas y problematizaciones que no se limitan ya a la práctica clínica tradicional, sino que abarcan, como ya se destacó, determinaciones de clase, étnicos, de género, etarias, entre muchas otras, además de las dimensiones políticas y económicas que atraviesan a los procesos sociales de salud. Como se dijo, la posibilidad de abreviar en la ciencia antropológica, más que un conjunto de métodos y técnicas de investigación, aporta a la constitución de una ética que parte del reconocimiento del otro y su mundo de significaciones. En el marco de las tareas investigativas, ello implica un proceso que interpela a la investigación como mero conjunto de “metodologías” a ser aplicadas en el campo de lo social, al tiempo que la reubica en su carácter político.

En una cultura académica que se nutre de conceptos pretendidamente universales, se recomienda y se adhiere enfáticamente a “una apuesta por el conocimiento crítico [que] necesariamente debe intentar asumir la multiplicidad de lo particular como perspectiva [donde] la parcialidad -y no la universalidad- sea la pretensión (y el presupuesto) del conocimiento” (47, p. 87). El camino de hibridez propuesto no admite ninguna receta, pero sí reconoce escenarios de disputas diversos. En el plano académico, y más específicamente en los planes de estudio, se estima necesaria la curricularización de espacios orientados a promover discusiones históricas y epistemológicas que tensionen los supuestos de “salud” disciplinar. Esto resulta central siendo el tiempo de formación en el ámbito educativo donde se lleva a cabo gran parte de la divulgación del ethos disciplinar. Respecto de los complejos procesos de circulación de ideas y teorías, se ha intentado explicitar la necesidad de conocimientos situados, locales y regionales. La elaboración de tesis de graduación con inclusión de una perspectiva antropológica constituye una práctica innovadora que va apuntalando un marco institucional propicio para una vocación híbrida. En relación a la práctica profesional, la ya mencionada posición de “vulnerabilidad” junto con el “estar presente” lleva a considerar las relaciones de poder que entran en juego en cada intervención terapéutica, instalando una búsqueda por garantizar el “derecho a la salud” desde una perspectiva ampliada. En definitiva, el desafío de la TO en el campo de la salud colectiva consiste entonces en contribuir al conocimiento de la sociedad a partir de etnografías intensivas, mediante la construcción de nuevas categorías analíticas que sean sensibles a las trayectorias diferenciales de grupos y colectivos, así como una vigilancia epistemológica estricta de los postulados que sostienen su hacer y, sobre todo, su dimensión aplicada.

Referencias bibliográficas

1. Latour B. Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red. Buenos Aires: Manantial; 2008.
2. Wallerstein I. Anthropology, Sociology, and Other Dubious Disciplines, *Current Anthropology*. 2003; 44(4):453-465.
3. Guajardo A. Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la terapia ocupacional crítica, *Revista TOG*. 2012; 9(1):18-29.
4. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores, *Salud Colectiva*. 2005; 1(1):9-32.
5. Simo Algado S. Terapia ocupacional, cultura y diversidad, *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2016; 24(1):9 páginas. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0677>.
6. Almeida Filho N., Silva Paim, J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*. 2008; 75: 5-30.
7. Gil GJ., Incauragarat MF. La mirada antropológica como parte de la formación de

- profesionales de la salud. Experiencias y reflexiones, Praxis educativa. 2018; 22 (2): 37-46. <http://dx.doi.org/10.19137/praxiseducativa-2018-220304>
8. Collins R. The Sociology of Philosophies. A Global Theory of Intellectual Change. Cambridge: The Belknap Press; 2002.
 9. Becher, T. Tribus y territorios académicos. La indagación intelectual y las culturas de las disciplinas. Gedisa: Barcelona; 2001.
 10. Iwama M, Simó Algado S y Kapanadze M. Michael Iwama: En busca de una Terapia Ocupacional culturalmente relevante, Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia. 2008; 5(2):29 páginas. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/maestros.pdf>.
 11. Simo Algado S. Terapia ocupacional eco-social: hacia una ecología ocupacional I, Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2012; 20:7-16.
 12. Sousa Santos B. El milenio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política. Madrid: Trotta, 2005.
 13. Bauman Z. Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. Barcelona. Tusquets; 2005.
 14. Dussel E. Ética de la liberación en la sociedad de la globalización y la exclusión. Madrid: Trotta; 2006.
 15. Galheigo, S. Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia ocupacional y compromiso ético-político, Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG. 2012; 9(5). Disponible en <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>.
 16. Silva C et al. La terapia ocupacional y la cultura: miradas a la transformación social, Revista chilena de Terapia Ocupacional. 2017; 1(1):105-113.
 17. Silva C et al. Terapias ocupacionales del sur: demandas actuales desde una perspectiva socio-histórica. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 2019; 3(2):172-178.
 18. Roseli et al. Historia, conceptos y propuestas en la Terapia Ocupacional Social de Brasil. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2015; 15(1), 73-84.
 19. Guajardo A. Lecturas y relatos históricos de la Terapia Ocupacional en Sudamérica. Una perspectiva de reflexión crítica, Revista Ocupación Humana. 2016; 16(2): 110-117.
 20. Pino Morán J, Ulloa F. Perspectiva crítica desde Latinoamérica: hacia una desobediencia epistémica en terapia ocupacional contemporánea. Cad. Ter. Ocup. 2016; 24(2):421-427.
 21. Naberger, M et al. Tradiciones en Terapia Ocupacional. Una propuesta para mapear discursos y prácticas a 60 años de Terapia Ocupacional en Argentina, Revista Argentina de Terapia Ocupacional. 2019; 5(2): 12-27.
 22. Paganizzi L. TO en Comunidad – Comunidad en TO. IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, pp. 36-47. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Entre Ríos. Paraná: COTOER; 2015
 23. Cella A, Polinelli S. Conferencia: historia, encuentros con el otro, espacios de emancipación, Revista Argentina de Terapia Ocupacional. 2017; 3(1):35-38.
 24. Guber R. El salvaje metropolitano. A la vuelta de la antropología posmoderna. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Paidós; 2005.
 25. Chalmers, A. ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? México: Siglo XXI; 2000.
 26. Viveiros de Castro E. Metafísicas caníbales. Líneas de antropología postestructural. Buenos Aires: Katz; 2010.
 27. Asociación Americana de Terapia Ocupacional - AOTA. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional. Dominio & Proceso. 3ra ed; 2014. Recuperado en https://www.academia.edu/36217859/DIscrib_com_aota_2014_traducida_u_mayor

28. Sahlins M. Cultura y razón práctica. Contra el utilitarismo en la teoría antropológica. Barcelona: Gedisa; 1997.
29. Archetti E. Hibridación, pertenencia y localidad en la construcción de una cocina nacional. En: Altamirano C., editor, La Argentina del siglo XX. Buenos Aires: Ariel; 1999.
30. Grignon C. Commensality and Social Morphology: An Essay of Typology. En Peter Scholliers (ed.) Food, Drink and Identity. Cooking, Eating and Drinking in Europe since the Middle Ages. Oxford and New York: Berg; 2001.
31. Gil GJ. Fútbol y ritos de comensalidad. El *chori* como referente de identidades masculinas en la Argentina, *Antropológica*. 2004; 22: 7-29.
32. Mintz S. Dulzura y poder. El lugar del azúcar en la historia moderna. México: Siglo XXI; 1996.
33. Goody J. Cocina, cuisine y clase. Estudio de sociología comparada. Barcelona: Gedisa; 1995.
34. Valderrama Núñez, C. Terapias Ocupacionales del Sur: una propuesta para su comprensión. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2019; 27(3): 671-680.
35. Zango I, Émeric D, Cantero P. La cultura en la intervención de Terapia Ocupacional: escuchando otras voces, *Revista de Terapia Ocupacional Galicia TOG*. 2012; 5(1):125-149.
36. Malinowski B. Los argonautas del Pacífico occidental. Comercio y aventura ente los indígenas de la Nueva Guinea melanésica. Barcelona: Península; 2000.
37. Zango Martín I., Moruno Millares P. Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la Terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural, *AIBR. Revista Iberoamericana de Antropología*. 2013; 8 (1): 9-48.
38. Wilcock AA, Townsend EA. Occupational justice. En Crepeau EB et al., editores, *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. 2009
39. Guber R. La articulación etnográfica. Descubrimiento y trabajo de campo en la investigación de Esther Hermitte. Buenos Aires: Biblos; 2013.
40. Lawlor M. Gazing Anew: The Shift From a Clinical Gaze to an Ethnographic Lens, *The American Journal of Occupational Therapy*. 2003; 57(1):29-39.
41. Merhy E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires. Lugar Editorial; 2006.
42. Stolkner A. ¿Qué es escuchar a un niño? Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud. En: Tollo M, editor, *Escuchar las infancias*. Buenos Aires: Noveduc; 2019.
43. Bourdieu P, Wacquant L. Respuestas. Por una antropología reflexiva. México: Grijalbo; 1995
44. Gil GJ. De las imposturas a los «trucos de oficio». Reflexiones «metodológicas» desde la antropología social, *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 2018; 40:107-128.
45. Liborio M ¿Por qué hablar de salud colectiva?, *Rev Médica de Rosario*. 2013; 79:136-141.
46. Heller, A. Sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Península; 1987.
47. Testa D. Conferencia: El amuleto crítico-epistemológico, *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*. 2019; 5(1):85-88.