



AIBR. Revista de Antropología
Iberoamericana

ISSN: 1695-9752

informacion@aibr.org

Asociación de Antropólogos
Iberoamericanos en Red
Organismo Internacional

Zango Martín, Inmaculada; Moruno Millares, Pedro
Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde
una perspectiva intercultural.

AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, vol. 8, núm. 1, enero-abril, 2013, pp. 9-47

Asociación de Antropólogos Iberoamericanos en Red
Madrid, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62327445002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

¿Sabía que...

...**AIBR** es la única revista de antropología en español incluida en el *Social Sciences Citation Index* que no recibe ningún tipo de subvención, financiación ni ayuda de dinero público?

...**AIBR**, a diferencia de la mayoría de las revistas científicas con índice de impacto, no es propiedad de una editorial comercial, sino de una Asociación sin ánimo de lucro?

...**AIBR** tiene un índice de suscriptores superior al de la mayor parte de revistas de ciencias sociales?

...podemos hacer muchísimo más si usted se asocia a AIBR?

POR FAVOR, AYÚDENOS A IMPULSAR ESTE PROYECTO

La creación de una revista, su impresión, su distribución, el mantenimiento de los servidores de Internet, la administración, el proceso editorial y la promoción de la publicación se costean gracias a la colaboración voluntaria de sus editores y a las cuotas de sus miembros.

Si usted o su institución se asocia a AIBR podremos llegar mucho más lejos, llevar adelante nuevas iniciativas y visibilizar más nuestra disciplina.

La cuota anual de AIBR (34 euros) es aproximadamente un 80% menor que la de cualquier otra asociación profesional. Sólo podemos mantener estas cuotas reducidas si contamos con usted.

Por favor, considere formar parte activa de este proyecto a través de la siguiente web:

<http://asociarse.aibr.org>



AIBR
Revista de Antropología
Iberoamericana
www.aibr.org
VOLUMEN 8
NÚMERO 1
ENERO - ABRIL 2013
Pp. 9 - 48

Madrid: Antropólogos
Iberoamericanos en Red.
ISSN: 1695-9752
E-ISSN: 1578-9705

Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural.

Inmaculada Zango Martín
Universidad Católica San Antonio

Pedro Moruno Millares
Universidad Castilla-La Mancha

Recepción: 25.08.2012
Aceptación: 01.12.2012

DOI: 10.11156/aibr.080102



RESUMEN:

En el ámbito de la terapia ocupacional, como consecuencia de los procesos de globalización, hay un interés creciente por aspectos relativos a la cultura y sus relaciones con la salud. El desarrollo de la terapia ocupacional en contextos multiculturales trasciende el cuestionamiento terminológico para ahondar y perfilar nuevas directrices relacionadas con la construcción y consolidación del conocimiento. De este modo, este artículo plantea el análisis crítico de los principales fundamentos teóricos de terapia ocupacional referidos a la naturaleza de la ocupación y el vínculo entre la ocupación, la salud y el bienestar, así como las praxis derivadas de ellos. La cultura profesional de terapia ocupacional se analiza a través de una etnografía doblemente reflexiva, que concatena las dimensiones semánticas, pragmáticas y sintácticas, con el objetivo de plantear un desarrollo de esta disciplina que sea consciente y responsable de las relaciones de poder que están implícitas y explícitas en la teoría y la práctica de terapia ocupacional. Esta propuesta propugna e invita a una reflexión tridimensional en la que la reflexión compartida, junto con los actores implicados, favorezca una perspectiva intercultural de la terapia ocupacional descolonizante y descolonizada que ofrezca abordajes eficaces terapéuticamente en los contextos en los que se desarrolla. Como resultado de esta propuesta se propone el concepto *etnocupación* como alternativo al concepto etnocéntrico ocupación, planteando una visión de la ocupación atravesada por aspectos económicos, sociales y políticos cuya finalidad sea la transformación social.

PALABRAS CLAVE:

Cultura Profesional, Terapia Ocupacional, Etnografía, Interculturalidad, Etnocupación

CONTRIBUTIONS OF DOUBLE REFLEXIVE ETHNOGRAPHY IN THE CONSTRUCTION OF OCCUPATIONAL THERAPY FROM AN INTERCULTURAL PERSPECTIVE

SUMMARY:

In the field of occupational therapy, as a result of the processes of globalization, there is a growing interest in aspects relating to culture and its relationship to health and well-being. The development of occupational therapy in multicultural contexts proposes to go beyond the terminological questions to deepen and refine new guidelines related to the construction and consolidation of knowledge. Thus, this paper raises a critical analysis of the main assumptions of occupational therapy, referring to the nature of the occupation and the link between occupation, health and well-being, as well as the praxis derived from them. The professional culture of occupational therapy is analyzed through doubly reflexive ethnography, a heuristic three-dimensional model consisting of syntactic, pragmatic and semantic dimensions. This study of the occupational therapy aims to raise the development of the discipline that may be conscious and responsible for the relations of power that are implicit and explicit in the theory and practice of occupational therapy. The co-reflexion with the different actors involved is determinant in the development of an intercultural perspective of occupational therapy that may be therapeutically effective. The concept of *etnocupation* may be proposed as alternative to the ethnocentric concept of occupation, proposing a vision of the occupation on economic, social and political aspects which aims at social transformation.

KEY WORDS:

Professional Culture, Occupational Therapy, Ethnography, Interculturality, Etnocupation

Introducción

El siguiente artículo plantea un análisis crítico, planteado tras la reflexión etnográfica, de los principios teóricos y de sus implicaciones en las aplicaciones profesionales de la disciplina de terapia ocupacional¹ en contextos multiculturales. Concretamente se analizarán, considerando sus particularidades en diferentes contextos culturales, los postulados referidos a la naturaleza de la ocupación y el vínculo entre la ocupación, la salud y el bienestar, así como las praxis derivadas de ellos.

Nuestro estudio se articula alrededor de dos ejes: el primero la revisión de la literatura especializada en terapia ocupacional; el segundo, el material etnográfico recopilado en Ecuador, Honduras, Marruecos, Tanzania y Burkina Faso guiados por una perspectiva antropológica como terapeutas ocupacionales.

Su foco de atención se centra en el cuestionamiento de la base conceptual de la terapia ocupacional, partiendo del material etnográfico recopilado. A partir de tal cuestionamiento se plantea una reflexión sobre cómo es posible articular la construcción del conocimiento de terapia ocupacional para que sus postulados se desarrollen acorde a una perspectiva intercultural. Pensamos que este análisis es una oportunidad para construir el conocimiento en terapia ocupacional siendo conscientes y responsables de las relaciones de poder que están implícitas y explícitas en el desarrollo teórico y en la intervención terapéutica.

De acuerdo con este planteamiento, lo “cultural” no es utilizado para enmascarar determinados conflictos y desigualdades sociales (Wallerstein, 2007) y consolidar determinadas relaciones de poder reflejadas por la violencia estructural. Por tanto, este artículo trasciende un cuestionamiento terminológico para ahondar y perfilar nuevas directrices relacionadas con la construcción y la consolidación del conocimiento y en sus repercusiones en la práctica profesional de los/as terapeutas ocupacionales en contextos multiculturales.

El análisis sociohistórico del origen y la evolución de la terapia ocupacional nos permite identificar que la noción de cultura se encuentra en el núcleo de los postulados originales de la disciplina (Moruno, 2002). Entre los antecedentes que influyeron en la fundación de la terapia ocu-

1. La terapia ocupacional se define como el uso terapéutico de las actividades diarias (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de lograr la participación en los roles y en situaciones en el domicilio, colegio, lugar de trabajo, comunidad y otros ambientes con el objetivo de promover la salud y el bienestar y prevenir la restricción en la participación ocupacional (American Occupational Therapy Association, 2008:78)

pacional encontramos diversos movimientos sociales y políticos² que centraron su atención en las consecuencias de la industrialización y el fuerte flujo migratorio que, durante las primeras décadas del siglo XX, dieron lugar a la emergencia progresiva de una sociedad multicultural, multiétnica y multilingüística en Estados Unidos. Estas influencias contemporáneas a la fundación de la terapia ocupacional defienden el valor terapéutico de la ocupación basándose en la idea de que ésta constituye un nexo de unión del enfermo con los referentes culturales de la comunidad en que habita. Así la ocupación se concibe como instrumento para el desarrollo de vínculos sociales; un medio para aumentar el significado personal de la obligación laboral, un vehículo para el aprendizaje de un oficio y un recurso que facilite un sustento económico (Moruno, 2003). Desde este punto de vista, la ocupación promueve la adaptación o asimilación cultural de la población inmigrante a la sociedad que los recibe. Esta relación no se circunscribe únicamente al origen de la terapia ocupacional, en la actualidad la definición de ocupación, concepto singular y distintivo de la disciplina, se vincula a la cultura³.

A todo esto se añade que los procesos de globalización de las últimas décadas han favorecido un interés creciente por aspectos relativos a la “cultura” y sus relaciones con la salud (Palacios & Rico, 2011; Flores, 2011; Zango, 2010; Mariano, 2007; Iwama, 2006; Meñaca, 2006; Bonder, Martin, & Miracle, 2004; Comelles, 2003).

En el contexto sociosanitario, en el que se enmarca la disciplina de terapia ocupacional, la presencia de personas procedentes de diferentes culturas cuestiona y solicita un cambio sustantivo en la profesión. En este sentido, la literatura de terapia ocupacional referida a la cultura se centra principalmente en aspectos relacionados con la sensibilidad, la competencia cultural de los profesionales (Iwama, 2004; 2006) y el análisis de las intervenciones realizadas en Occidente con grupos culturales

2. Entre ellos cabe destacarlas “Societies of Arts and Crafts” (Sociedades de Artes y Oficios) y el “Settlement Movement” y las “Settlement Houses” (Movimiento de los Establecimientos y Casas de Acomodación) (Moruno, 2002 y 2003).

3. Numerosas definiciones del concepto ocupación hacen referencia a la cultura; por citar solo dos ejemplos: “Chunks of culturally and personally meaningful activity in which humans engage that are named in the lexicon of the culture” (Clark, 1991). Units of activity which are classified and named by the culture according to the purposes they serve in enabling people to meet environmental challenges successfully (.) Some essential characteristics of occupation are that it is self-initiated, goal directed (even if the goal is fun or pleasure), experiential as well as behavioural, socially valued or recognized, constituted of adaptive skills or repertoires, organized, essential to the quality of life experienced, and possesses the capacity to influence health” (Yerxa, 1993).

minoritarios (Awaad, 2003), obviando el abordaje de aspectos que transciendan estos planteamientos. Sin embargo, para plantear adecuadamente un debate en torno al pluralismo cultural es fundamental distinguir con claridad dos planos en relación con la diversidad cultural y con su tratamiento en la sociedad en general (Giménez, 2003). Siguiendo los planteamientos de Giménez (1997; 2000; 2003), el pluralismo cultural se entiende como una determinada concepción de la diversidad cultural y una propuesta específica sobre la forma legislativa, institucional de la praxis basándose en el principio de igualdad y el principio de diferencia.

Es paradójico que las instituciones relacionadas con el ámbito socio-sanitario ignoren los aspectos culturales (Comelles, 2003) o sitúen la cultura en una posición subsidiaria respecto a saberes y prácticas apoyadas en culturas científico-técnicas, privilegiadas por los estados modernos y las sociedades capitalistas (Palacios & Rico, 2011: 2). De acuerdo con este planteamiento, Menéndez (2000:177-178) sostiene que no existe una coherencia entre la descripción y constatación de la presencia de factores culturales en la relación terapéutica y la intervención acorde con estos factores culturales identificados con el objetivo de modificar una situación considerada negativa. Según este autor, el aparato médico sanitario (AMS), a pesar de la extensa proliferación de investigaciones desde la antropología médica referidas a los procesos de salud/enfermedad/atención, le otorga relevancia a los factores culturales pero los considera secundarios en la intervención práctica.

A nuestro modo de entender, el desarrollo de la terapia ocupacional en el mundo global y la globalización de la desigualdad en las relaciones de poder, instan a los/as terapeutas ocupacionales a comprender la cultura considerándola determinante en las intervenciones. Este planteamiento es fundamental para consolidar esta disciplina, así como para indagar en profundidad sobre los hechos que emergen de las intervenciones en contextos multiculturales y que, en ocasiones, disfrazamos o justificamos como hechos culturales con una visión divisoria entre la “otredad” y el “nosotros”.

No podemos obviar que en relación al debate sobre la cultura en terapia ocupacional subyace otro mayor relacionado con la existencia o no de una verdad absoluta, aplicable a cualquier experiencia humana. Según plantea Ibáñez (2001), la falta de cuestionamiento de la *Verdad absoluta* obedece a una *voluntad de Poder* que, según argumenta este autor, se resuelve a través del uso de la violencia, más o menos sutil, contra aquellas personas que se resisten a aceptar la *Verdad* y que por ello, no son considerados “normales” necesitando algún tipo de terapia. Desde esta perspectiva, autoras como Spivak (2008), persiguen descentrar el et-

nocentrismo de determinados planteamientos considerados universales.

Para ello, es necesario desarrollar un conocimiento nuevo que implica retroalimentar, rejuvenecer y descolonizar la construcción del conocimiento. En este sentido, es necesario diversificar el conocimiento universal y académico y vincularlo a conocimientos locales, subalternos y saberes alternativos que, en su confluencia, construirán nuevos cánones diversificados, enredados y globalizados de conocimiento (Dietz, 2011:6). Es por esto que planteamos un interrogante sobre las creencias de terapia ocupacional, no en relación con su grado de verdad, sino en términos de sus consecuencias prácticas (Ibáñez, 2001:62).

Desde nuestro punto de vista, la perspectiva antropológica que inspira este artículo puede contribuir notablemente a generar ese nuevo conocimiento que consolide la base conceptual de la terapia ocupacional.

De acuerdo al objetivo planteado en este artículo, en primer lugar expondremos sobre los principios teóricos de terapia ocupacional, centrándonos en la naturaleza de la ocupación y sus vínculos con la ocupación, la salud y el bienestar.

En segundo lugar, considerando los materiales etnográficos, recogidos de primera mano en Ecuador, Honduras, Marruecos, Burkina faso y Tanzania, entre los años 2002-2011, cuestionaremos con una visión crítica y autocrítica, los conceptos que sustentan la cultura profesional de terapia ocupacional (Awaad, 2003; Hammell, 2009a). Para ello, tendremos en consideración las dimensiones de la etnografía doblemente reflexiva⁴, con el objetivo de establecer una relación intersubjetiva y dialéctica. De acuerdo con esta línea metodológica, se plantea una “etnografía reflexiva que incluye una mirada hacia la sintaxis de las estructuras del poder, contribuyendo así a acompañar a los actores en sus itinerarios de movilización y reivindicación discursiva, pero también de interacción vivencial y de transformación práctica, que los sitúa de forma muy heterogénea entre culturas, entre saberes y entre poderes” (Dietz, 2011:19).

En última instancia, sin obviar las dimensiones estructurales referidas a la distribución desigual del poder, planteamos una reflexión para generar una terapia ocupacional descolonizante y descolonizada que abogue por la mejora de los resultados y el aumento de la eficacia terapéutica en el acceso y el derecho a la salud de seres humanos de singularidad sociocultural (Flores, 2011:2), de modo que la ocupación pueda ser un elemento de transformación social.

4. De acuerdo con Dietz (2011), la etnografía doblemente reflexiva trasciende los planteamientos de la etnografía postmoderna y de la antropología de la liberación y se centra en un continuo y recíproco proceso de crítica y autocrítica entre el sujeto investigador y el autor-sujeto investigado.

Fundamentos teóricos de terapia ocupacional

La terapia ocupacional, entendida como cultura profesional⁵, comparte un conocimiento específico (conceptos, significaciones y presupuestos), así como creencias, normas, perspectivas y valores sobre la utilización de la ocupación como terapia (Hammell, 2009a). La cultura profesional de los/las terapeutas ocupacionales se transmite a través del proceso de enculturación en el ámbito educativo, configurando un posicionamiento específico sobre el uso terapéutico de la ocupación. Sin embargo, la proliferación y confusión terminológica en el seno de esta disciplina ha influido en el desarrollo de la identidad y competencia de los profesionales (Kielhofner, 2006), por tanto, en su cultura profesional. Este hecho supone una dificultad añadida al examinar su base conceptual, puesto que, de acuerdo con Palacios y Rico (2011), el desarrollo terminológico y la falta de consenso en el ámbito de la salud dificultan la capacidad de generar reflexiones, propuestas o discusiones sobre la salud y sus dimensiones culturales en un mundo global.

Asumiendo estas circunstancias, y con el objetivo de establecer un punto de partida para generar reflexiones, propuestas o discusiones sobre el desarrollo de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural, proponemos un análisis de los principios teóricos básicos planteados por Hammell (2009a). Siguiendo los planteamientos de esta autora, éstos hacen referencia principalmente a la naturaleza de la ocupación y al vínculo entre la ocupación, la salud y el bienestar.

Examinemos en primer lugar las ideas y conceptos relacionados con la naturaleza de la ocupación.

En la literatura son numerosos los autores que desarrollan argumentos teóricos respecto a la naturaleza de la ocupación. Obviamente, excede con mucho la pretensión de este artículo realizar una revisión sistemática

5. Nos referimos a cultura profesional como las ideas, el conocimiento, los conceptos, las creencias, las actitudes, la moral, las normas y las costumbres que los/as terapeutas ocupacionales adquieren al ser miembros de un grupo profesional particular (Hammell, 2009a). La cultura de terapia ocupacional se aprende, está localizada en un grupo profesional particular, estructura y determina los comportamientos en las intervenciones terapéuticas, le otorga un valor a las ocupaciones y situaciones de las personas y está en constante cambio y evolución (Awaad, 2003). En este sentido, son interesantes las aportaciones realizadas por Mariano (2007:306), sobre lo que denomina la cultura biomédica de lo cultural, que aborda la cultura basada en los estereotipos, los elementos exóticos o tradicionales, con relevancia de aspectos religiosos y desde una perspectiva estática, ahistórica y poco permeable al cambio social, con un carácter netamente etnocéntrica. Centrado el interés en la cultura biomédica, lo cultural no es considerado algo problemático en el ámbito de la biomedicina sino un elemento que atraviesa la identidad y la práctica biomédica y que configura una variable explicativa más de los desencuentros en la atención sanitaria intercultural.

de todos ellos. Por este motivo, hemos optado por seleccionar aquellas referencias que, a nuestro modo de entender, sintetizan de forma clara y sencilla las ideas básicas sobre la naturaleza de la ocupación.

Wilcock (2006) argumenta que la ocupación es el eje alrededor del cual se articula el “hacer, ser, pertenecer y llegar a ser transformando” (*Doing, being, belonging and becoming*). Esta autora sostiene que la ocupación contribuye a la supervivencia y la salud de las personas y las comunidades. A través del *hacer (doing)*, satisfacemos los pre-requisitos de supervivencia y salud (necesidades básicas de subsistencia, autocuidado y seguridad; el *ser (being)* es el resultado del mantenimiento de la salud a través del equilibrio entre las capacidades personales –que proporcionan significado, finalidad y satisfacción- y, por consiguiente, determina el *sentido de pertenencia (belonging)* a la comunidad. Por último, el *llegar a ser (becoming)* alude a la realización del potencial para facilitar el desarrollo individual, comunitario y social.

Hammell (2009a) y Turner, Foster y Johnson (2003), entre otros muchos, señalan que la ocupación tradicionalmente se caracteriza por: clasificarse en áreas ocupacionales, dar respuesta a las necesidades y aspiraciones del individuo en su entorno, ser un medio de control de la vida y del ambiente, ser personalmente significativa, vincularse con la independencia y contribuir a la identidad personal.

Revisemos más detenidamente estos presupuestos.

En primer lugar, con relación a su clasificación en áreas ocupacionales, existen divergencias entre distintos autores. Según Hammell (2009b), la ocupación se clasifica en tres áreas ocupacionales denominadas: autocuidado, productividad y ocio. No obstante, la American Occupational Therapy Association (2008:8), la clasifica en: Actividades de la Vida Diaria (AVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), actividades asociadas al descanso y el sueño y las vinculadas a la educación, el trabajo, el juego, el ocio/tiempo libre y la participación social. Asociada a la clasificación de las áreas ocupacionales surge el concepto de *equilibrio ocupacional*. Si bien este concepto se ha referido a la proporción óptima en el desempeño en actividades de las áreas ocupacionales, Hagedorn propuso, según indica Hammell (2004:303), una definición del equilibrio ocupacional no vinculada con el desempeño de las áreas de productividad, ocio y autocuidado sino con la armonía entre la utilidad y el significado de las ocupaciones en la vida de la persona. Esta conceptualización del equilibrio permite explorar sobre la elección, la finalidad, el significado y la autoestima que se experimenta y expresa a través de las ocupaciones cotidianas, siendo el equilibrio ocupacional un requisito imprescindible para mantener la salud y el bienestar.

En segundo lugar, se considera que las personas desarrollan ocupaciones en función de lo que desean, necesitan o sienten obligación de realizar en congruencia con sus roles, su cultura, su entorno, su experiencia y su habilidad. Consecuentemente, la ocupación es adaptativa y tiene como finalidad ser un medio de control de la vida o bien ejercer control sobre el medio, dando una respuesta ante la demanda de éste de acuerdo a los roles de cada individuo. En este sentido, los planteamientos de Kielhofner (2006) sostienen que los roles de cada persona organizan su comportamiento y, por ende, las ocupaciones que desarrolla. Desde los planteamientos de este autor, las personas tienen un impulso innato- y por tanto universal- para ejercer control sobre el medio. De acuerdo con esta idea, el ser humano se situaría en una posición de superioridad y dominio frente al entorno que le rodea, tal y como sostiene la tradición judeocristiana (Hammell, 2009a: 9). Por tanto, se asume la convicción de que la persona puede decidir sobre sus preferencias ocupacionales, así como sobre cuándo, dónde, cómo y con quién las desarrolla. En esta misma línea, los planteamientos de terapia ocupacional sostienen que las personas participan en las ocupaciones como agentes autónomos, teniendo en cuenta su motivación personal y su capacidad para dominar, controlar y ser eficaces (Hammell, 2009a:9). En tercer lugar, según Reed (2005), la *ocupación significativa* es aquella ocupación particular a la que la persona le otorga importancia, seguridad y finalidad. De acuerdo con este planteamiento, las ocupaciones más significativas tras un evento traumático son aquellas vinculadas a un propósito o finalidad, elegidas, en las que la persona tiene control para ejecutarlas y están relacionadas con la autoestima (Hammell, 2004:299). Consecuentemente, la ocupación significativa es aquella que tiene un significado particular para cada persona y, por tanto, no pueden existir ocupaciones significativas universales (Turner, Foster, & Johnson, 2003:26).

En cuarto lugar, en relación con la *independencia* en el desempeño de las actividades incluidas en las áreas ocupacionales, ésta se considera la finalidad última de la intervención de terapia ocupacional. Luego la intervención de terapia ocupacional se caracteriza por centrarse en el individuo⁶(Hammell, 2009b) y, por consiguiente, promueve una ideolo-

6. De acuerdo con los planteamientos de Louis Dumont, el concepto individuo así como la noción de individualismo, parte del análisis de las ideologías, de los sistemas de ideas-valores que dotan a distintos modos de convivencia humana de significados contrastantes (Stolcke, 2001:8). Así, las civilizaciones se diferencian por el modo particular de situar al individuo en relación con la sociedad de modo que el análisis de Dumont (1987) sobre el individualismo occidental, cuya finalidad es comprender las diferentes concepciones sobre el individuo como concepto inexorable a la ideología moderna occidental, se realiza en base a la comparación con el sistema de castas de la India. De acuerdo con Stolcke, Dumont se

gía basada en el individualismo que otorga valor al individuo, concibiéndolo como sujeto moral, independiente y autónomo e ignora o subordina la totalidad social. Desde la perspectiva de Dumont (1987), el individuo moderno es un sujeto emancipado de lo social, libre en relación al orden colectivo y poseedor de los atributos de igualdad y libertad, de manera que el individualismo ignora las relaciones sociales en las que está inmerso el individuo.

Por último, se plantea que la ocupación contribuye a dar sentido a la vida (Hammell, 2004) y, por tanto, está relacionada con la identidad. En este caso, se entiende por identidad el modo en el que las personas interpretan la interacción social en función de los factores culturales (Unruh, 2004).

Examinados los conceptos e ideas relacionados con la naturaleza de la ocupación, pasaremos a continuación a analizar los postulados sobre los vínculos entre la ocupación, la salud y el bienestar. Antes de nada es importante señalar que tales vínculos han ido modificándose a lo largo del tiempo en función de los desarrollos teóricos sobre la salud y la discapacidad, en el ámbito de las ciencias de la salud, sobre los que se apoya la construcción teórica de la terapia ocupacional y su praxis en los diferentes contextos en los que se desarrolla. De acuerdo con los planteamientos de Chapparo y Ranka (2005), la salud se ha conceptualizado desde tres perspectivas teóricas: como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad, como capacidad y adaptación personal y como resultado de la equidad y la oportunidad social.

Considerar la *salud como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad* – idea representativa del modelo biomédico– implica concebirla como un estado ideal a alcanzar, necesario para la vida cotidiana. Al amparo de esta perspectiva, ante la enfermedad y la discapacidad la intervención tiene como principal objetivo 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 (sistemas nervioso, musculo-esquelético, psíquico, etc). Por tanto, la capacidad para que un individuo pueda desempeñar funcionalmente las ocupaciones que le son propias puede ser restaurada a través del uso

refiere con el término “apercepción sociológica” al hecho de que conceptos como persona e individuo son construcciones socio-culturales y que por tanto, no son generalizables a otras sociedades u territorios en los que la referencia al individuo está subordinada y es residual aunque no esté ausente (Stolcke, 2001:17-18).

de actividades que mejoren las capacidades deficitarias de tales sistemas internos⁷ (Moruno, 2002; Kielhofner, 2006). De esta forma, los problemas en el desempeño ocupacional⁸ se expresan de forma similar a los diagnósticos médicos ignorando las necesidades ocupacionales de la persona. Estos planteamientos –muy presentes todavía en el ámbito de la terapia ocupacional– han favorecido el desarrollo de la metodología para la evaluación y el abordaje terapéutico, posibilitando articular objetivos discretos y cuantificables con el objetivo de medir los resultados de la intervención⁹. No obstante, esta conceptualización de la salud presenta una visión teórica limitada sobre la existencia ocupacional del ser humano y sitúa la intervención de terapia ocupacional en un contexto institucional, vinculado exclusivamente a planteamientos biomédicos.

El cambio en la conceptualización de la *salud como capacidad y adaptación personal* surge influido por las teorías humanistas (de autores como C. Rogers, A. Maslow y F. Pearl, entre otros) y otras investigaciones¹⁰ oponiéndose a la perspectiva reduccionista de la salud del enfoque precedente.

Este cambio plantea al ser humano como una unidad biológica, psicológica, social, cultural y espiritual en continua relación con su entorno. 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.

De acuerdo con este planteamiento de la salud, la terapia ocupacional recupera la ocupación como concepto central de la disciplina y desarrolla planteamientos teóricos en los que trata de explicar los problemas en el desempeño ocupacional basándose en la relación dinámica entre la persona, el entorno y la ocupación. Por tanto, las intervenciones de terapia ocupacional no se desarrollan exclusivamente en instituciones sino en di-

7. O, en su defecto, adaptar equipamientos, tareas o entornos para compensar las limitaciones irrecuperables de esos sistemas.

8. El desempeño ocupacional es la realización de una actividad u ocupación seleccionada como resultado de la interacción entre el individuo, el contexto y la actividad (American Occupational Therapy Association, 2008:43).

9. Kielhofner (2006) señala que estos hechos contribuyeron a consolidar la validez científica y social de la profesión.

10. Como las de Jean Piaget, Bruner, Noam Chomsky, Newell y Simon que, desde distintas perspectivas, inician la andadura de la psicología cognitiva. Así como los trabajos de Kuhn, Lèvis-Strauss y Foucault que generan una corriente crítica de la perspectiva mecanicista de la epistemología de las ciencias sociales y de la salud.

ferentes contextos en la comunidad. No obstante, desde este enfoque se continúa sin cuestionar las causas sociales y las condiciones estructurales que llevan a las personas a vivir situaciones de enfermedad y discapacidad.

El último planteamiento sobre la salud, incluye las reflexiones de las personas con discapacidad en relación con las causas sociales y estructurales de la enfermedad y la discapacidad, planteando la *salud y la capacidad como resultado de la equidad y la oportunidad social*. De este modo, las causas que originan la enfermedad y la discapacidad están relacionadas con aspectos sociales. El modelo social de la discapacidad, máximo exponente de esta perspectiva, sostiene que las personas con deficiencias son discapacitadas como consecuencia de las desventajas estructurales que se mantienen en una sociedad hecha por y para personas sanas y capaces (Oliver, 1998). Esta visión plantea un concepto de salud desde una perspectiva de derechos humanos, de modo que las intervenciones se centran en realizar cambios sociales que promuevan el acceso y la igualdad de oportunidades para todas las personas. Al amparo de esta conceptualización de la salud, cobra auge el término *bienestar* referido a la valoración subjetiva de la salud, relacionada con aspectos o variables como la autoestima, la felicidad, la energía y el desarrollo de relaciones satisfactorias (Turner, Foster, & Johnson, 2003:27). Consecuentemente el bienestar ocupacional hace referencia al significado y la satisfacción que una persona otorga a su vida ocupacional, en relación con el comportamiento y la oportunidad para llevar a cabo ocupaciones significativas (Doble & Santha, 2008).

Esta orientación de la salud y la capacidad ha sido determinante en nuevos desarrollos teóricos que orientan cambios sustanciales en la praxis de la terapia ocupacional, articulados en torno al concepto de *justicia ocupacional* (Wilcock & Townsend, 2000). El concepto de justicia ocupacional identifica y enfatiza el hecho de que las personas no pueden realizar ocupaciones satisfactorias, significativas y que les otorgan equilibrio personal, familiar y/o comunitario, como consecuencia de que éstas están restringidas, no son accesibles o bien su realización es alienante (Wilcock & Townsend, 2009). En esta misma línea de argumentación, Pollard, Sakellariou y Kronenberg (2008) reclaman la necesidad de tomar conciencia de la naturaleza política de la terapia ocupacional, justificando la necesidad de adquirir competencia política¹¹ con el objetivo de vincular la ocupación con la participación comunitaria y la ciudadanía.

11. La competencia política se refiere a desarrollar actitudes, destrezas y conocimiento crítico para gestionar situaciones de conflicto-cooperación a través de la planificación estratégica, la toma de decisiones, el trabajo en red y el debate político (Pollard, N., Sakellariou, D., Kronenberg, F., 2008).

En la actualidad, estos tres planteamientos sobre la salud y la discapacidad coexisten, en mayor o menor medida, dependiendo de múltiples factores, en las diferentes actuaciones profesionales de los/las terapeutas ocupacionales, determinando el enfoque de la intervención así como los resultados a alcanzar con la misma.

Lente etnográfica y análisis crítico de los principios teóricos y de la intervención de terapia ocupacional

Analizar las cosas desde afuera, lo que Lévi-Strauss denominó el privilegio del “despaisanamiento”, invita a realizar un abordaje global (Stolcke, 2001:13) en el que el análisis comparativo, con una realidad socio-ideológica distante y compleja, es determinante para arrojar luz sobre los fundamentos de terapia ocupacional. De este modo, este planteamiento analítico surge como consecuencia de los diferentes encuentros y desencuentros planteados en los diversos trabajos de campo en los que hemos participado como terapeutas ocupacionales e investigadores guiados por una perspectiva antropológica.

Así, la confrontación de la cultura profesional de terapia ocupacional, cuyos principales fundamentos teóricos aluden a la naturaleza de la ocupación y al vínculo entre la ocupación, la salud y el bienestar, con la cultura de los diferentes contextos en los que se ha desarrollado el trabajo de campo, es el punto de partida para realizar una propuesta de análisis crítico que cuestione e invite al desarrollo de la disciplina desde una perspectiva intercultural que sea relevante en los diferentes contextos en los que se desarrolla.

Sin embargo, como punto de partida, es importante considerar que el modo en el que se construye el conocimiento tiene implicaciones sobre cómo las personas perciben un fenómeno, cómo actúan, cómo interactúan con los demás y de qué modo se distribuye el poder en las relaciones. De igual manera la construcción del conocimiento sobre la ocupación influye en los servicios de terapia ocupacional (Rudman & Dennhardt, 2008). En este sentido, consideramos importante señalar aspectos de nuestra formación, que podrían ser comunes con una parte representativa de terapeutas ocupacionales, que han sido determinantes para los planteamientos desarrollados en este artículo. El hecho de realizar nuestros estudios en el marco de instituciones académicas tuteladas y dirigidas por profesorado perteneciente mayoritariamente al ámbito de la medicina y la psicología, influye en el hecho de que el conocimiento sobre el uso de la ocupación como terapia esté directamente vinculado e influenciado

por los planteamientos del Modelo Médico Hegemónico (MMH)¹² y, por tanto, con una visión reduccionista de la salud focalizada en la disfunción. Por consiguiente, durante nuestra formación académica la teoría y la praxis de terapia ocupacional se nutren principalmente de la conceptualización de la salud como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad, abordando tímidamente aspectos de la salud como capacidad y adaptación personal e ignorando los planteamientos de la salud como resultado de la equidad y la oportunidad social.

Formándonos como terapeutas ocupacionales, siguiendo los planteamientos predominantes del Aparato Médico Sanitario, apenas se nos hizo referencia a los factores culturales¹³ presentes en las representaciones y prácticas de los colectivos sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención, obviando cómo estos intervienen en la relación y evidenciando la falta de eficacia terapéutica en determinados contextos (Menéndez, 2000).

Para realizar este análisis crítico se ha optado por la doble reflexividad etnográfica como el mejor instrumento dentro del abanico de métodos y técnicas de las ciencias sociales, ya que trasciende los planteamientos de la etnografía experimental – con planteamientos reduccionistas que favorecen la reflexividad del autor-antropólogo y de la audiencia académica- y de la antropología de la liberación- cuyo único objetivo es generar actores sociales auto-reflexivos que generen movimientos sociales- (Dietz, 2011:13).

Los planteamientos de la etnografía doblemente reflexiva parten de un reconocimiento explícito de las relaciones asimétricas y dialécticas existentes entre los sujetos-objetos implicados en la etnografía, abogando por un análisis crítico y autocrítico que trascienda la dualidad entre

12. El Modelo Médico Hegemónico (MMH) surge como consecuencia de la incorporación de los paradigmas biológicos de la ciencia experimental con el objetivo de dar una explicación etiológica de la enfermedad a la medicina hipocrática-galénica de carácter empírico-naturalista a finales del s. XIX en Francia, Inglaterra, Alemania y posteriormente en Estados Unidos. El MMH se caracteriza por ser: biologicista, individualista, a-histórico, a-social, mercantilista y asimétrico (Menéndez, 1985)

13. De acuerdo con los planteamientos de Menéndez (2000:177-178), el Aparato Médico Sanitario (AMS) presenta resistencia a la incorporación de los factores culturales en su intervención considerando: la ineficacia del trabajo directo con los factores culturales, la falta de competencia cultural de los profesionales y técnicos sanitarios, el riesgo de modificar estructuras culturales de alto nivel de complejidad, los efectos a largo plazo de la aplicación de técnicas antropológicas sin asegurar la erradicación del problema, la variabilidad de los colectivos sociales en cuanto a sus comportamientos en la vida diaria y por último, no utiliza los factores culturales o los utiliza selectivamente en función de las características y funciones que cumple la biomedicina argumentando que ésta que se construyó, en gran medida, a partir de la oposición ciencia/cultura.

el sujeto investigador y el actor-sujeto investigado. En este sentido, de acuerdo con el objetivo planteado en el presente artículo- insistimos nuevamente-, el análisis crítico de los principios teóricos en que se apoya la práctica profesional de terapia ocupacional aboga por nuevos modos de construir el conocimiento y fomenta una perspectiva intercultural de la terapia ocupacional. Esta praxis etnográfica favorece el surgimiento de una inter-teorización que se nutre de la retroalimentación y debate entre activistas y académicos generando un continuo y recíproco proceso de crítica y autocritica entre ambas partes. En consecuencia, la misma relación etnográfica se convierte en praxis política (Dietz, 2011:15).

De acuerdo con Dietz (2011:17-18), el uso de la metodología etnográfica reflexiva desarrollada en situaciones interculturales demanda el análisis de tres dimensiones: semántica (centrada en el actor, estudia el discurso de identidad recopilado a través de entrevistas etnográficas desde una perspectiva *emic* y analizada en función de sus estrategias de etnicidad), pragmática (centrada en los modos de interacción, estudia la praxis a través de la observación-participante desde una perspectiva *etic* y analizada en función de su intra-cultura y su inter-cultura) y sintáctica (centrada en las instituciones, estudia la estructura social a través de los talleres/foros interculturales desde una perspectiva de la ventana epistemológica- considerando la visión *emicletic*- analizada en función de la entidad organizativa/institucional).

El abordaje analítico de la base conceptual de la terapia ocupacional, centrado en la naturaleza de la ocupación, así como al vínculo entre la ocupación, la salud y el bienestar, se plantea a través del análisis del discurso, la práctica y las estructuras institucionales de dicha disciplina. Para ello, se hará referencia al material etnográfico recogido de primera mano por I. Zango, en los diferentes trabajos de campo realizados durante los años 2004-2011¹⁴.

14. La estancia en Honduras y Marruecos se realizaron gracias a la beca “Jóvenes cooperantes” de la Fundación para el desarrollo de Castilla-La Mancha los años 2004 y 2006 respectivamente. En el año 2007, con el apoyo del I Programa de prácticas y proyectos fin de carrera en Cooperación al Desarrollo, y bajo la tutela del Dr. Pedro Moruno se llevó a cabo el estudio etnográfico a través de la observación participante y las entrevistas en profundidad sobre el análisis del desempeño ocupacional de las mujeres con VIH-sida en Houndé (Burkina Faso). Los/as participantes de dicho estudio fueron seleccionados a través de un muestreo intencional en función de los criterios de selección determinados para dicho estudio. En el año 2008, bajo la supervisión de Dra. Sara Ulla se desarrolló una investigación sobre el impacto del estigma en el desempeño ocupacional de las personas afectadas por VIH-sida en Iringa, Tanzania, que se ofrecieron voluntarias a colaborar en dicho estudio y pertenecían a la asociación African Medical and Research Foundation (AMREF). Los métodos utilizados para dicho estudio fueron la entrevista etnográfica semiestructurada y una escala likert de elaboración propia traducida por un terapeuta

Por este motivo se procede a una narración en primera persona de las experiencias referidas.

Análisis dimensión semántica:

“¿Señorita, disculpe, cree que es su terapia ocupacional significativa aquí?”

En el año 2004, gracias a una beca del programa “Jóvenes cooperantes” financiado por la Junta de Castilla-La Mancha (España), se realizó una estancia colaborando con una ONGD española del ámbito profesional de la enfermería, que desarrollaba proyectos con la asociación hondureña de profesionales de este mismo sector. Esto aconteció el mismo año en el que finalice mis estudios, con una marcada influencia del ámbito médico. Los desencuentros y encuentros personales y profesionales vividos durante esta estancia fueron determinantes en mi desarrollo profesional y en el curso de las experiencias en otros contextos en los que he realizado estancias e investigaciones en el ámbito de la terapia ocupacional.

Se determinó, teniendo en cuenta el perfil profesional, que mi función durante la estancia en Honduras se focalizaría en realizar talleres para el personal de enfermería sobre formación básica de terapia ocupacional. Estos talleres se realizaron en los hospitales de referencia de las distintas regiones del país, con una duración de tres a cuatro días. En el desarrollo de los primeros talleres de formación surgieron dudas acerca

ocupacional tanzano al swahili. Durante los años 2008-2010 se realizó la identificación y puesta en marcha del primer centro de terapia ocupacional para la promoción de la salud mental en Houndé (Burkina Faso) coordinando el desarrollo del mismo dentro del equipo de la ONGD Médicos Mundi Castilla-La Mancha. La metodología utilizada en el proceso de identificación y puesta en marcha del proyecto fue la Investigación Acción Participativa (IAP) utilizando los métodos de observación-participante, entrevistas en profundidad, así como constantes encuentros con los/as diferentes actores implicados/as en el proceso. En el año 2011 se llevo a cabo una capacitación sobre la relevancia del juego en el desarrollo infantil dirigida al personal del Instituto de la Niñez y la Familia de Ecuador de la región de Bolívar (INFA-Bolívar), así como a los/as promotores/as educativos y familiares en los distintos centros infantiles de la región con motivo del convenio de cooperación entre el INFA-Bolívar y el Ayuntamiento de Evergem (Gante, Bélgica). Previa a la capacitación se llevaron a cabo entrevistas con los/as familiares de los niños/as y con los/as técnicos/as sobre la conceptualización y relevancia del juego, así como diferentes encuentros con el personal de gestión del INFA a nivel regional y estatal. También previamente al desarrollo de las capacitaciones y en el intervalo entre éstas se llevó a cabo, acompañando a los técnicos en su labor de supervisión y asesoramiento, la observación participante de diferentes centros ubicados en las diversas zonas de asistencia del INFA-Bolívar. El enfoque antropológico de las diferentes experiencias aportadas ha sido supervisado por el Dr. Juan Antonio Flores.

de los aspectos teóricos que iba exponiendo, ya que eran limitados mis ejemplos prácticos relacionados con éstos, debido al contacto anecdótico con terapeutas ocupacionales durante mi formación académica y mi falta de experiencia profesional, así como por las dificultades propias de la primera deslocalización. En el transcurso de la formación básica sobre terapia ocupacional realizada en el Centro de salud de Comayagüa, mientras explicaba la naturaleza de la ocupación y su vínculo con la salud y el bienestar, una de las enfermeras que asistían a la formación, tímidamente con el brazo levantado y con la extrañeza de no entender bien lo que estaba explicando, me solicitó que aclarara lo expuesto a través de la siguiente pregunta: “¿Señorita, disculpe, cree que es su terapia ocupacional significativa aquí?”. Interpreté su pregunta como una ofensa y desacreditación; pese a la educación en la formulación de la misma, sentí que las palabras señorita y referirse a la terapia ocupacional como algo vinculado a mí y ajeno a ellas estaba desacreditando mi profesión y, por ende, mi función dentro del programa de cooperación.

Mientras intentaba justificar la relevancia de mi estrenada profesión- y al mismo tiempo quizá también mi presencia en un programa de cooperación internacional para el desarrollo con un colectivo profesional diferente al propio- fui consciente de la dificultad de explicar y comprender, sin controversia y confusión, la naturaleza de la ocupación. El desencuentro vivido por el interrogante de aquella enfermera, que sin intencionalidad cuestionaba los principios centrales de la terapia ocupacional, modificó el transcurso de las formaciones realizadas durante la estancia en Honduras. A partir de entonces, se consideró fundamental, previo al desarrollo de la capacitación, realizar una entrevista semiestructurada para aprehender el significado que los profesionales hondureños otorgaban a los conceptos centrales de la terapia ocupacional. La información obtenida en esos intercambios facilitó el conocimiento sobre el significado atribuido a tales conceptos. En la totalidad de las entrevistas realizadas con el personal de enfermería se consideró que la ocupación, tal y como indicaba la definición de la misma y sus características, no podría ser utilizada como terapéutica para la mayoría de la población hondureña, ya que son una minoría las personas que pueden realizar ocupaciones que: respondan a sus necesidades y deseos, sean elegidas libremente, estén vinculadas al individuo de acuerdo a sus roles y habilidades y ejerzan un control sobre el entorno de la persona.

Asimismo, con la finalidad de aproximarme al contexto de las personas con discapacidad en Honduras y, de este modo, poner ejemplos prácticos en las capacitaciones realizadas al personal de enfermería, visité diferentes centros y asociaciones de personas con discapacidad. Realicé

varias visitas en las que permanecía durante la tarde dialogando con las personas que asistían a estos recursos, entre los que se encontraban profesionales, familiares y voluntarios, con el objetivo de identificar en sus narrativas aquellos aspectos de la ocupación relacionados con la finalidad, el significado, la elección, el control y la autoestima (Hammell, 2004:299-300). El cuestionamiento de la enfermera acerca de la pertinencia y significado de la terapia ocupacional en Honduras estuvo presente durante las visitas realizadas a los centros y asociaciones de personas con discapacidad.

La mayor parte de las narrativas de las personas con discapacidad hacían referencia a la falta de oportunidad para elegir ocupaciones significativas. Algunas personas enfatizaban en que tras el evento traumático, como era el caso de una adolescente que tras sufrir un accidente de tráfico había quedado postrada en una silla de ruedas, las oportunidades para elegir ocupaciones significativas estaban más restringidas, aún si cabe, que previamente al accidente. Esta adolescente explicaba, con resignación, que su situación como persona con discapacidad la abocaba a desarrollar determinadas ocupaciones vinculadas a su situación, sin que sean significativas y tenga capacidad de elección, como son las sesiones de rehabilitación en donde durante horas realizaba el mismo movimiento. Esta circunstancia, que puede ser común a la experiencia de la discapacidad en otros contextos, contrastaba en cambio con el brusco cambio de roles asociados a la aparición de su discapacidad. La informante, indicaba cómo la discapacidad le había llevado a la mendicidad como una actividad necesaria para cubrir sus necesidades de subsistencia así como para mantener el coste de las sesiones de rehabilitación.

La mayoría de las personas entrevistadas argumentaban cómo la posibilidad de desarrollar ocupaciones significativas se contempla únicamente si previamente se tienen cubiertas las necesidades básicas y, por consiguiente, esta situación determina las ocupaciones desarrolladas.

De esta forma comprendí que la pregunta de aquella enfermera, cuestionando la eficacia terapéutica del uso de la ocupación en Honduras, así como el énfasis en su pregunta en aludir a que lo que estaba explicando les era completamente ajeno y propio de una visión particular- *mi terapia ocupacional*- . Esta experiencia orientó posteriormente las líneas de investigación y el foco de interés de mis trabajos posteriores, centrados principalmente en el desarrollo de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural.

De este modo, los principios teóricos citados más arriba sobre la naturaleza de la ocupación son cuestionables si se tienen en cuenta aspectos estructurales como los indicados. En este sentido, el principio

que sostiene que la ocupación está vinculada con las necesidades, con las aspiraciones y el entorno de la persona obvia la realidad de aquellas que se ven abocadas a desarrollar determinadas ocupaciones, aunque no sean acordes con sus necesidades, sus aspiraciones y su entorno, más bien y, simplemente, imprescindible para su supervivencia. Así, la falta de oportunidad para elegir ocupaciones significativas es una de las temáticas recurrentes presentes en las narrativas de la etnografía del estudio realizado en Iringa (Tanzania) sobre el análisis del estigma en el desempeño ocupacional de las personas afectadas por el VIH-sida. Esta afirmación puede constatarse en la siguiente narrativa: “*Si como usted dice yo pudiera elegir, elegir lo que hago todos los días, y tener la bendición...¿usted cree que yo con el cansancio que tengo por el mal, si, por la enfermedad, sí ya sabe usted, iría a cultivar? ¿De verdad lo piensa?*” (Entrevista a DH, Julio 2008)

Siguiendo con el análisis de las narrativas, el planteamiento de Wilcock (2006) sobre la naturaleza de la ocupación el “hacer, ser, pertenecer y llegar a ser” no se considera válido en contextos en los que es más relevante pertenecer que hacer. Sirva de ejemplo el siguiente fragmento de entrevista realizada en un centro de personas con discapacidad de Ometepeque (Honduras):

“Para mí lo más importante es que yo pueda regresar a mi comunidad, usted me entiende, eh... y me recuerden por algo que he hecho bien, no quiero que me miren con reparo porque no puedo laborar o vestirme solita”. (Entrevista a MS, Agosto 2004)

La ocupación, según los principios de la terapia ocupacional, está determinada por variables tales como el género, la clase social, la religión, la educación, el nivel adquisitivo, la edad, la cultura, la localización geográfica y la orientación sexual entre otros (Hammell, 2009a). Si bien estas variables están contempladas en la mayoría de los modelos de práctica de terapia ocupacional, es frecuente que queden relegadas a fenómenos secundarios frente aquellos referidos a la elección, la significación y el control de la ocupación; en particular o especialmente aspectos asociados a la clase social, el género, la religión y la localización geográfica. De este modo, en la identificación del proyecto en una localidad cercana a Nador (Marruecos), sobre la puesta en marcha de una cooperativa para la elaboración de aceite de argán, actividad fundamentalmente realizada por las mujeres, se establecieron diferentes encuentros con las mujeres implicadas en el proyecto para identificar las ocupaciones más signifi-

cativas. Entre las ocupaciones, que las mujeres identificaron como más significativas, destacaron la gestión económica de la cooperativa y la comercialización del producto realizado. Sin embargo, ambas ocupaciones, que fueron elegidas por las mujeres participantes como las más significativas, están directamente influenciadas por aspectos como el género. Así, el impacto del género en las ocupaciones no se puede relegarse a un segundo plano puesto que es determinante en el desarrollo de las mismas y el valor personal y cultural de las ocupaciones realizadas. Obviar en el contexto en el que se ubica este proyecto la influencia del género en la realización de determinadas es crucial para su desarrollo si bien ésta variable se considere en algunos casos menos determinante que la elección, la significación y el control de la ocupación.

Asimismo, la ocupación está determinada por variables como la localización geográfica, entre otras, imponiéndose este aspecto a la elección, la significación y el control de la ocupación. Un ejemplo de esta situación es la limitación en el acceso y realización de determinadas ocupaciones, como por ejemplo el juego libre desarrollado en parques y jardines comunitarios, por los/las niños/as que asisten a los centros infantiles ubicados en las zonas de sierra de la región de Bolívar. Los recursos y posibilidades de estos centros están claramente influenciados por su localización geográfica, que no sólo es determinante en el clima, y su influencia en el desarrollo de determinadas ocupaciones, sino también en el desarrollo de servicios comunitarios disponibles en las zonas urbanas o en las localidades accesibles. Es por ello que los centros infantiles de la región de Bolívar cuya accesibilidad era más compleja por las distancias así como por la dificultades del terreno no disponían de jardines o lugares de esparcimiento y diversión comunitarios para los/las niños/as a diferencia de aquellos centros ubicados cerca de la urbe cuya accesibilidad y clima es más favorable.

De igual manera, la ocupación puede estar vinculada al aburrimiento, la humillación y la frustración de modo que no podemos considerar el significado de la ocupación aludiendo sólo a aspectos positivos (Hammell, 2009a:9). Así, la realización de determinadas ocupaciones asociadas a la clase social y el género, están vinculadas a la enfermedad y/o el riesgo para la salud. Sirva como ejemplo para esta afirmación los resultados del estudio realizado sobre el desempeño ocupacional de las mujeres afectadas por VIH/sida en Burkina Faso (Zango & Ulla, 2009), en el que se indica que parte de las mujeres diagnosticadas de VIH se habían visto abocadas a realizar ocupaciones, ligadas al género y a las condiciones sociales, entre otras variables, que pusieron en riesgo su salud hasta finalmente contraer la enfermedad. Tomemos como ejemplo el caso

de una mujer de 36 años que tras quedarse viuda, para mantener a sus hijos, se desplazó a un aurífero con la intención de trabajar en un pequeño restaurante ubicado en este lugar. Debido a la precariedad laboral y la urgencia en el afrontamiento de gastos para hacer frente a las necesidades básicas de sus hijos, esta mujer comenzó a ejercer la prostitución con el objetivo de adquirir más recursos económicos. Durante los primeros meses de estancia en este aurífero esta mujer contrajo el VIH, según constataron los resultados de una analítica. En su narrativa podemos identificar aspectos vinculados a la violencia estructural, así como sentimientos de culpabilidad y frustración (Zango & Ulla, 2009: 105).

“me dijeron que podría ganar mucho dinero en poco tiempo y me acababa de quedar viuda así que pensé que era una oportunidad para poder seguir manteniendo a mis hijos pero nunca pensé que me iba a castigar dios con esto y sé que parte de la culpa es mía, no debí de ir a aquel lugar (aurífero)” (Entrevista a O.O. Septiembre, 2007)

Análisis dimensión pragmática:

“Ellos te explicarán mejor que yo lo que necesito”

Centrándonos en la interacción o relación terapéutica, nos proponemos cuestionar los principios teóricos, que respaldan la praxis de terapia ocupacional, referidos a focalizar la intervención en el individuo, así como aquellos que consideran que la ocupación debe ser significativa y tener finalidad para la persona.

Uno de los ejemplos más clarificadores que pude constatar sobre el desencuentro entre los fundamentos teóricos, que determinan la praxis en terapia ocupacional, aconteció durante la identificación del proyecto de cooperación para construir el primer centro de terapia ocupacional para la promoción de la salud mental en Houndé, Burkina Faso. Para la identificación de dicho proyecto se realizaron diversos encuentros interactorales (Dietz, 2011:16) en los que participaron: las personas afectadas por la enfermedad mental, la terapeuta ocupacional, el personal de la ONGD implicado en el proyecto, los expertos y los agentes locales en materia de salud-enfermedad (Zango, 2009).

Con el objetivo de identificar las necesidades ocupacionales de las personas susceptibles de recibir un tratamiento ocupacional, se solicitó un encuentro con las personas diagnosticadas de enfermedad mental,

cuyo seguimiento se realizaba en la Unidad de Salud Mental del Distrito Sanitario de Houndé. Dicho encuentro, convocado por el enfermero especialista en salud mental y con el apoyo de los médicos tradicionales¹⁵, de la región, se realizó en un dispositivo destinado a los encuentros grupales situado en el distrito sanitario al lado de la unidad de salud mental. Cada persona convocada acudió acompañada por una media de dos a tres familiares o miembros relevantes de su comunidad de origen. Cuando la gran parte de las personas invitadas estuvieron presentes, se comenzó a preguntar sobre qué aspectos de la vida cotidiana consideraban que estaban más afectados por la enfermedad mental y cuáles eran sus necesidades en este sentido. Ante los interrogantes, la respuesta de los asistentes fue el silencio. Finalmente, realicé una pregunta sobre las necesidades ocupacionales dirigida a uno de los asistentes, que respondió cediendo la palabra a sus acompañantes, argumentando que éstos podrían indicar con mayor exactitud sus necesidades ocupacionales.

Gracias a su respuesta, que evidenciaba la relevancia y pertinencia de las personas acompañantes, el desarrollo de aquel encuentro se centró en identificar las necesidades ocupacionales considerando la opinión de los/as acompañantes y no interrogando exclusivamente a las personas diagnosticadas con enfermedad mental.

Teniendo en cuenta este ejemplo, podríamos sostener que la cultura profesional de terapia ocupacional, que le otorga un valor determinante al individuo y por tanto a la ocupación significativa para la persona, no es pertinente en Burkina Faso. De este modo, podríamos decir que en este contexto el individuo no decide sobre cuándo, dónde, cómo y con quién desarrolla sus ocupaciones, considerando el bien de la comunidad en detrimento de su objetivo personal. En definitiva, los fundamentos y pilares de terapia ocupacional referidos al individuo- a los que se vincula la independencia y la autonomía- y aquellos que aluden a la ocupación significativa- referidos a la importancia y la finalidad de una ocupación para una persona particular- son cuestionables en Burkina Faso (Zango, 2010).

Por consiguiente, la finalidad de la intervención de terapia ocupacional en este contexto, y en otros similares, no debería focalizarse en lograr la independencia o la autonomía de la persona en relación al desempeño en las áreas ocupacionales. El desarrollo de determinadas actividades implica tareas, que según las normas culturales de este contexto, las

15. La medicina tradicional es más accesible que la oficial, tanto geográfica como culturalmente, respondiendo con mayor coherencia a los modelos explicativos que tiene la población sobre el proceso de enfermedad (disease, illness, sickness) y ofreciendo la cura de la dimensión sobrenatural que la medicina oficial no contempla (Rumbero, 2007:219).

realizan personas de la comunidad en función de su edad, género, etnia y situación económica y social. Para ilustrar esta afirmación podemos tomar como ejemplo la actividad de bañarse o ducharse- clasificada dentro de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) por la American Occupational Therapy Association (2008)-.

Dicha actividad no se denomina igual en Burkina Faso ya que el nombre dado a ésta se corresponde con el dispositivo en el que se realiza la misma, bañera o plato de ducha, y del que no disponen la mayor parte de la población en este contexto. El concepto comúnmente utilizado en este contexto, para hacer referencia a esta actividad, es lavarse ya que dicha actividad se realiza en un dispositivo, que suele situarse fuera de la casa y es un habitáculo reducido para ocultar la desnudez mientras se lava con el agua situada en un cubo. Asimismo, para el desarrollo de esta actividad, teniendo en cuenta la situación del contexto, las tareas implicadas se llevan a cabo por diferentes actores.

En relación con esta actividad, un ejemplo que puede ilustrar el desencuentro en la interacción práctica de la cultura profesional de terapia ocupacional y la cultura en Burkina Faso, es lo acontecido durante una entrevista realizada en su domicilio a una mujer de edad avanzada, que había realizado su solicitud para asistir al centro de terapia ocupacional en Houndé. Entre la batería de preguntas para analizar el desempeño ocupacional de la señora se interrogó sobre la independencia a la hora de lavarse. Para ello, se le indicaron las tareas que de manera independiente debe realizar - obtener y utilizar los suministros, enjabonarse, enjuagarse y secarse partes del cuerpo, mantener la posición en el baño y transferirse desde y hacia la bañera (American Occupational Therapy Association, 2008)-.

La respuesta de la mujer sobre la independencia, indicándole que cada una de las tareas debía ser realizada por ella y sin ayuda externa, fue negativa. Sin embargo, las visitas reiteradas al domicilio de aquella mujer, así como la observación participante con el objetivo de comprender las dinámicas ocupacionales, evidenciaron que efectivamente la mujer, pese a su avanzada edad, no tenía afectada las destrezas de ejecución y sin embargo, no se lavaba sola ya que para realizar esta actividad parte de las tareas que implica las realizaban diferentes miembros de su familia. La observación participante permitió entender cómo determinadas actividades, como la que nos sirve de ejemplo, implican tareas realizadas por diferentes actores. Así, la actividad de lavarse implica ir a por agua al pozo y trasladarla hasta la casa- realizada por los niños/as del núcleo familiar bien a pie o bien en bicicleta- calentar el agua en la hoguera de leña- realizada por las mujeres más jóvenes y situar el cubo con los

utensilios detrás del muro de abobe en el que se realiza la actividad de lavarse- realizada por la persona que va a lavarse o bien por los/as niños/as o algún cónyuge-.

De ahí que la mujer reiterara una y otra vez que no se lavaba de forma independiente, ya que parte de las tareas que se le indicaban como integrantes de la actividad no las realizaba ella, sino que estaban adjudicadas a los diferentes miembros de la familia en función de la edad y el sexo. De la misma manera, si en vez de preguntarle a la mujer de edad avanzada se hubiera interrogado a un hombre casado, éste hubiera dado la misma respuesta que la mujer. Por ello, el objetivo de la intervención de terapia ocupacional en Burkina Faso no puede estar vinculado a la independencia y las ocupaciones significativas para la persona.

Por otro lado, es importante considerar en la intervención de terapia ocupacional, que la división de la ocupación en diferentes áreas ocupacionales- autocuidado, productividad y ocio- es cuestionable y precisa de investigaciones sobre de qué modo la identidad de la persona está conformada por estas áreas ocupacionales. En relación a esto, el trabajo de campo realizado en Nador, localidad situada al norte de Marruecos, permitió identificar que la ocupación no puede clasificarse, de modo universal, en tales áreas, ya que está imbricada en la cotidianidad de la vida de las personas, atravesada por la cultura del agente o actor. Desde nuestro punto de vista, esta división es fruto de una cultura profesional específica que responde a unos planteamientos teóricos y a una realidad social y cultural muy concreta.

En este sentido, los cinco rezos diarios, llevados a cabo por los practicantes de la religión musulmana, son determinantes en el desempeño ocupacional, siendo la estructura sobre la que se desarrollan las ocupaciones cotidianas. Es por tanto fundamental tenerlo en cuenta en el desarrollo de las intervenciones de terapia ocupacional, para articular las actividades terapéuticas alrededor de los cinco oraciones cotidianas. En este contexto, la práctica religiosa¹⁶ es determinante para las personas y es importante considerar su influencia en el resto de las áreas ocupacionales, dado que éstas últimas se articulan en función de las actividades asociadas con la religión. Por ello, considerar y plantearse este y otros aspectos relacionados, puede ser decisivo en el desarrollo de la práctica de terapia ocupacional. De este modo, en contextos como Marruecos u otros dónde se ubiquen personas que practiquen la religión musulmana, la programación de las ocupaciones deberá articularse respetuosamente

16. Las prácticas religiosas están clasificadas según la *American Occupational Therapy Association* (2008) dentro del área ocupacional Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

de acuerdo a las horas y el tiempo establecido para realizar esta ocupación. De ahí, que en la identificación del proyecto de la cooperativa para elaborar aceite de argán, que coincidió con el mes de ramadán, cuando se le presentó a las mujeres una propuesta de cronograma de actividades cotidianas para llevar a cabo en la cooperativa, una de ellas exclamó: “si no tengo tiempo para rezar de qué me servirá trabajar...Alá no me concederá nada bueno para mí ni para mi familia”(F.M. Noviembre, 2006)

En esta misma línea, el concepto de ocio y la separación entre el ocio y el trabajo responden a un planteamiento culturalmente específico que no puede ser considerado universal. El ocio es un concepto considerado propio de una determinada clase social, que no encuentra traducción en diferentes idiomas, en los que no hay una palabra específica referida a éste. De acuerdo con ello, la influencia del equilibrio ocupacional en la salud y el bienestar no puede entenderse sin tener en cuenta las particularidades propias de este concepto presente en la cultura profesional de los terapeutas ocupacionales (Hammell, 2004).

Respecto a la clasificación de la ocupación en diferentes áreas ocupacionales, una de las mujeres que participó en la investigación sobre el impacto del estigma en el desempeño ocupacional de las personas afectadas por el VIH en la localidad de Iringa, situada al sur de Tanzania, argumentaba cómo la división entre el autocuidado, la productividad y el ocio no es posible, ya que a menudo, por las circunstancias vitales, una misma actividad puede ser considerada como productiva y de ocio al mismo tiempo. Según indicaba esta informante, serviría como ejemplo la actividad de lavar la ropa en el río cercano a la comunidad, ya que esta actividad- que desde la cultura profesional del terapeuta forma parte del área de autocuidado-, las mujeres la realizan aprovechando el tiempo empleado en ella- como los traslados de la comunidad hasta el río-, para contarse las anécdotas de la semana, los miedos y las preocupaciones, de modo que esta actividad es considerada como una actividad motivada, placentera y distendida, más próxima al concepto de ocio tal y como se plantea en la cultura de terapia ocupacional. Según la narrativa de una de las mujeres ir a lavar la ropa al río se concibe del siguiente modo: “[...] cuando llega el día, lo espero con ganas después de toda la semana con la prisa de todas las tareas, eh... normalmente son los lunes por la tarde, después de terminar toda la faena de casa, a eso de las 14:00h. Es mi momento, el tiempo que tengo para hablar con las vecinas y reírnos, a veces una habla de sus problemas y el resto le contamos los nuestros, otras veces nos reímos de nuestros esposos, y podemos ir despacito y lavar con tranquilidad, es nuestro momento, una actividad de las mujeres...apenas lavo y no me doy cuenta del esfuerzo, es nuestro momento, ¿comprende?” (Entrevista a M.G. Agosto 2008)

Importar la taxonomía y las evaluaciones propias de terapia ocupacional sin un cuestionamiento previo, puede hacer que se evalúen o incorporen a la práctica áreas ocupacionales que no existen como tal, ni en el contexto ni en el imaginario de la comunidad en el que se implementa la intervención terapéutica. Nos referimos a incorporar actividades de ocio-tal y como se entienden en determinados contextos y como se plantean en las evaluaciones del desempeño ocupacional- en lugares en los que las necesidades básicas de alimentación, vivienda, higiene y protección entre otras, no están cubiertas. Asimismo, este cuestionamiento es fundamental para no incorporar iniciativas de participación social en comunidades en las que hasta las actividades más básicas- como puede ser lavarse tal y como hemos expuesto previamente- se llevan a cabo de manera colectiva y no se conciben de otro modo. Es importante enfatizar que determinadas cosmovisiones culturales, que dan valor a las relaciones sociales basadas en la interdependencia, la reciprocidad, las obligaciones compartidas y el sentimiento de pertenencia, vinculan estas situaciones con el bienestar de la persona (Whiteford & Wilcock, 2000; Hammell, 2009a).

Esto explica que en contextos culturales que no otorgan valor al individualismo y a la independencia, y sí claramente a la interdependencia, las situaciones de dependencia no precisan una intervención terapéutica. Luego en contextos en los que prevalece el sentimiento de permanencia e identidad comunitaria, frente a la independencia, es importante realizar intervenciones centradas en ocupaciones colectivas también denominadas co-ocupaciones (American Occupational Therapy Association, 2008:68).

Sin embargo, que la comunidad determine los objetivos de la intervención, en función de un beneficio común y no teniendo en cuenta el objetivo o interés de la persona, puede provocar controversia en las intervenciones de terapia ocupacional (Watson, 2004). Es preciso estar vigilante a estas situaciones en sociedades que no priorizan al individuo en detrimento de la comunidad. De este modo, en los encuentros realizados con los familiares de los/las niños/as que asistían a los centros infantiles de la región de Bolívar algunos de ellos, sobre todo aquellos que vivían en comunidades aisladas de la parte de la sierra, solicitaban centrar la intervención en los centros infantiles, no en el juego que consideraban irrelevante para sus hijos/as, sino en aspectos priorizados por la comunidad, como era el cuidado de los animales, ocuparse de los/las hermanos/as menores y la realización de tareas domésticas, ignorando y omitiendo el interés y las necesidades de los/las niños/as de tres años de edad.

Del mismo modo, escuchar el discurso de los familiares de las personas con discapacidad en diferentes asociaciones de Honduras, nos permitió identificar cómo parte de éstos solicitaban a las instituciones, en

las que se realizaban intervenciones terapéuticas, centrar los objetivos de intervención en que las personas pudieran volver a trabajar y así contribuir a la economía familiar, pese a que los profesionales argumentaban las contraindicaciones que esto podría conllevar para algunos casos. “No puedo pagar todo lo que implica que no se mueva, no sé bien qué es lo mejor, los médicos son ustedes, pero mi hijo podría pedir en la calle... limosna si...y ustedes se niegan...pero yo así podría pagar al menos su medicación”

Por este motivo será preciso analizar cada situación terapéutica de forma específica y singular, considerando sus aspectos intra-culturales e inter-culturales. De ahí, que la ocupación como método terapéutico debería ser conceptualizada en función de la calidad de la experiencia que las personas le otorgan y no en función de las categorías en las que se clasifica, puesto que ésta corresponde a una visión minoritaria principalmente asociada a los valores propios de la cultura occidental, en el que se desarrolla la mayor parte de la construcción teórica de la terapia ocupacional (Hammell, 2009a:109).

Análisis dimensión sintáctica:

“Mi hijita, son wawas de sierra, por eso no juegan”

En relación con este análisis, es relevante examinar las instituciones en cuyo seno se articulan los discursos de identidad y las prácticas de intervención, así como las contradicciones surgidas al contrastar información etnográfica de tipo *emic* versus *etic* (Dietz, 2011:17).

En la intervención como terapeuta ocupacional en los centros infantiles del Instituto de la Niñez y la Familia de Ecuador en la región de Bolívar (INFA-Bolívar), con el objetivo de potenciar el uso del juego en los centros infantiles, se evidenciaron diferentes incongruencias entre las necesidades identificadas por el personal técnico de esta institución, la realidad de los centros infantiles en la región de Bolívar y las directrices del INFA a nivel nacional.

Los técnicos de dicha institución demandaban mejorar la capacitación de los/las educadores/as, en su mayor parte mujeres de la comunidad sin formación específica sobre el área infantil y educativa, en relación con el uso del juego y los beneficios de éste en el desarrollo infantil. Sin embargo, estos/as mismos/as técnicos/as, que realizan la supervisión y seguimiento de los centros infantiles, no le otorgaban relevancia al desarrollo del juego focalizando principalmente su intervención en aspectos marcados por las directrices a nivel nacional como son: la asistencia de

los/las niños/as, el control del material, la seguridad y la higiene en la preparación de los alimentos.

De este modo, los informes de eficacia de las intervenciones de esta institución están relacionados con aspectos más focalizados en las infraestructuras de los centros infantiles, basándose en datos de cantidad y no de calidad, y no tanto en el impacto de la actividad desarrollada en estos centros en el desarrollo del niño/a. Durante dos meses y medio acompañé a los/as técnicos/as en las visitas realizadas en las áreas sectoriales en las que se dividían los centros infantiles en la provincia de Bolívar de modo que estas visitas fueron de gran utilidad para identificar las contradicciones surgidas al contrastar información etnográfica de tipo *emic* versus *etic*.

Se llevaron a cabo foros-talleres tanto con el personal técnico del INFA-Bolívar como con los educadores/as de los centros infantiles en diferentes cantones de la provincia. Estos foros-talleres fueron de gran utilidad para contrastar las visiones *emic* y *etic* – referido con el término ventana epistemológica por Werner y Schoepfle en 1987 – analizando las contradicciones entre el discurso y la praxis (Dietz, 2011:17) en las entidades organizativas/institucionales de dicha entidad. En este sentido, parte de los foros-talleres realizados sobre el juego y el desarrollo infantil no contemplaron aspectos propios de las diferencias entre los cantones de la provincia de Bolívar abordando la relevancia del juego del mismo modo, a pesar de la diferente idiosincrasia entre los siete cantones de la región. Mientras el coche avanzaba de regreso a Guaranda por el abrupto terreno de la sierra de Bolívar, dialogaba con el técnico responsable sobre el comportamiento de los/as educadores/as en las foros-talleres, caracterizado por su indiferencia en relación al desarrollo del juego en los centros infantiles y el contraste con la acogida e interés de los/as educadores/as en los centros infantiles pertenecientes a la parte del trópico de la provincia de Bolívar. El técnico, que no era originario de la zona de sierra, como si de algo evidente se tratara me contestó que los/as niños/as en los centros infantiles ubicados en esa zona no juegan porque son *wawas de sierra*. El técnico argumentaba que la falta del significado del juego se debía a que los/las educadores/as no lo consideraban relevante, ya que de acuerdo con la cosmovisión indígena de la zona los niños tenían como principal labor cuidar de sus hermanos/as menores, así como de los animales de la familia y por tanto, no es una prioridad el desarrollo del juego.

La falta de consideración de las diferencias entre las áreas de la región de Bolívar perpetuaba la violencia estructural manifestada a través de la incoherencia entre el discurso de identidad- mejorar las condiciones de vida de todos los/as niños/as de la provincia- y las prácticas de interac-

ción- sin tener en cuenta, quizá sí en la teoría pero no en la práctica, la cosmovisión de cada una de las zonas.

En Honduras, así como en otros contextos, son notables las diferencias de los servicios de salud entre las diferentes regiones del país, visualizando así la desigualdad y la distribución del poder. Tal y como argumentaba una enfermera del hospital de San Pedro Sula (Honduras): “[...] uno desde que nace ya sabe...ya sabe si vivirá más tiempo o menos...cuando un adolescente de las maras llega al hospital, llega toda la historia de su familia, llega toda la violencia que se ejerció contra él...y siempre me pregunto si su vida podría haber sido diferente...pero llegan casi muertos...es muy difícil...” (Entrevista a L.S. Noviembre 2004)

Así, la violencia estructural es considerada como la violencia indirecta construida siguiendo unas órdenes sociales y creando grandísimas diferencias entre la autorrealización humana real y la potencial (Galtung, 1969) restringiendo las ocupaciones. De igual manera, la violencia estructural, que en palabras de Galtung (1975) es “como el aire que nos rodea”, está vinculada con la desigualdad y sobre todo con la distribución del poder.

Esta violencia estructural está presente en las instituciones en las que se desarrolla la terapia ocupacional generando controversia entre los objetivos últimos de la intervención- prevenir, promover y recuperar la salud ocupacional de las personas- y el modo en el que la institución coacciona e impone el logro de estos objetivos. Así, por ejemplo, durante los primeros meses de la puesta en funcionamiento del centro de terapia ocupacional para la promoción de la salud mental en Houndé, Burkina Faso, el médico jefe del distrito sanitario de esta localidad responsable de la gestión y funcionamiento del personal sanitario de este centro, consideró que las personas que asistieran a dicho recurso, con el objetivo de recibir un abordaje de terapia ocupacional, no podrían salir del mismo. Entre los argumentos señalados, para como él mismo denominó tomar “medidas preventivas”, sostuvo que la comunidad no estaba preparada para afrontar las situaciones de violencia generadas por las personas con enfermedad mental y que esto generaría más casos de enfermedad mental en la comunidad. Esto supuso un grave impacto en el abordaje ocupacional de las personas ubicadas en el centro de terapia ocupacional durante este tiempo y, por tanto en los objetivos terapéuticos planteados, además de evidenciar el desconocimiento de parte del personal médico en materia de salud mental.

Por otro lado, podemos destacar en el análisis de la dimensión sintáctica, la contradicción surgida en la identificación del proyecto de la cooperativa de aceite de argán para las mujeres en Marruecos. Si bien

este proyecto tenía como principal objetivo el empoderamiento y la capacitación de las mujeres, durante el proceso se omitieron las necesidades identificadas por éstas, como aquellas derivadas de la gestión económica, distribución de los productos elaborados y apropiación de la cooperativa, derivando éstos aspectos a hombres con un rol relevante en la comunidad.

Es importante indicar cómo analizar las instituciones en las que se desarrolla la terapia ocupacional, considerando la perspectiva *emic* versus *etic*, es fundamental para identificar las desigualdades, las hegemonías y las asimetrías de poder en la política de identidad del actor en cuestión y de su contexto estructural (Dietz, 2011:17).

Conclusiones:

Hacia una terapia ocupacional descolonizante y descolonizada

El desarrollo de una terapia ocupacional descolonizante- que no imponga sus criterios sometiendo las cosmovisiones de diferentes contextos culturales- y descolonizada- que logre articular su discurso y su praxis con una identidad propia y no subyugada al desarrollo en el ámbito médico-, implica valorar e integrar la cosmovisión de las personas de distintos contextos culturales, así como analizar críticamente los principios teóricos y la praxis (Dietz, 2011) de modo que se desarrolle una perspectiva intercultural de la terapia ocupacional. De este modo, el interculturalismo en terapia ocupacional, de acuerdo con los planteamientos de Giménez, plantea una intervención en pro del desarrollo humano, la democracia pluralista e incluyente y la nueva ciudadanía considerando el encuadre de los “temas culturales” de forma conjunta con lo socio-económico y cívico-político (2000; 2003).

En relación a la salud intercultural, y teniendo en cuenta el planteamiento descolonizador y descolonizante que se plantea, ésta se define como la propuesta de establecer una relación armónica y humana entre los sistemas biomédicos y los tradicionales que la población utiliza en el abordaje de la salud (Martínez & Larrea, 2010:83). En este mismo sentido, en relación al concepto de interculturalidad, Fernández (2008), (2008) señala que este término hace referencia al establecimiento de una relación entre iguales con un manejo simétrico del poder y dónde los participantes de la relación muestran una disposición y un talante adecuado hacia el aprendizaje activo y el respeto mutuo.

Sin embargo, para la propuesta de una terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural, es necesario reconocer y analizar explícitamente las relaciones asimétricas y dialécticas presentes en diferentes niveles como pueden ser: el/la terapeuta ocupacional y el/la usuario/a del servicio, la institución en la que se desarrolla la intervención terapéutica y la cultura profesional de terapia ocupacional, la construcción del conocimiento de terapia ocupacional occidental y hegemónico y otras formas de conocimiento contra-hegemónico y por último, entre un enfoque *etic* y un enfoque *emic* (Dietz, 2011). El abuso de poder en las intervenciones terapéuticas puede estar disfrazado por un trato condescendiente hacia las personas con discapacidad, omitiendo sus necesidades y deseos ocupacionales e imponiendo los criterios profesionales del terapeuta ocupacional (Galheigo, 2006:89). En esta línea, son muy valiosas las reflexiones de Allué (2003) en relación a la reivindicación de la igualdad en la diferencia de las personas *DisCapacitadas*. Esta autora pone especial énfasis en mostrar las actitudes de las personas temporalmente válidas, incluyendo aquí al personal sociosanitario al que analiza desde cerca, frente a las personas *DisCapacitadas* focalizando su análisis en las relaciones sociales que se establecen entre ellas.

Asimismo, para comprender el vínculo entre la ocupación, la salud y el bienestar es necesario profundizar en el abordaje multifacético de estos conceptos, considerando los factores culturales (Menéndez, 2000), así como la diversidad en la forma de concebir la causa y la naturaleza misma del “estar mal” (Seppilli, 2000). Es más, los factores culturales no sólo están presentes en las representaciones y prácticas de los colectivos sociales respecto al proceso de salud/enfermedad/atención, sino en las formas de diagnóstico y tratamiento de los/las profesionales de la salud y sus respectivas culturas profesionales. De hecho, en la intervención terapéutica se suele colocar el eje de la acción en instrumentos, procesos y actividades manejables, eficaces, de acción rápida y comprensibles, en términos de relación y eficacia para los sujetos y colectivos con los que se interviene, omitiendo que esto tiende a la exclusión y subordinación de lo sociocultural, lo económico y lo social (Menéndez, 2000:183).

En este sentido, el desarrollo de una terapia ocupacional descolonizante y descolonizada es coherente con un planteamiento de la salud como resultado de la equidad y la participación social (Chapparo & Ranka, 2005), que trascienda el modelo biomédico y considere las dimensiones estructurales de la salud.

Desde nuestro punto de vista los principios teóricos básicos de la terapia ocupacional, aquellos relacionados con la naturaleza de la ocupación y el vínculo entre ésta, la salud y el bienestar, son culturalmente

específicos, cuestionables y con escaso soporte empírico, debido a la falta de investigaciones realizadas hasta ahora sobre estos aspectos centrales (Hammell, 2009a). Cabe destacar que la mayor parte de las fuentes documentales de terapia ocupacional han sido desarrolladas por una minoría poblacional -perteneciente al 17% de la población mundial-, localizada principalmente en las áreas urbanas de los países anglófonos de Occidente, al amparo de la religión cristiana, la ideología liberal, la tradición biomédica, el individualismo y la economía capitalista.

La mayor producción de fuentes documentales de esta disciplina, influenciada por una visión muy particular de la ocupación, perpetúan el imperialismo teórico y consolidan la dificultad para acceder al conocimiento. Para este fin, se produce un control sobre el desarrollo del conocimiento validando aquellos aspectos acordes con los valores hegemónicos y obviando los planteamientos teóricos y prácticos que no están en sintonía con la cultura dominante en terapia ocupacional. En suma, estamos ante una disciplina profundamente etnocéntrica que precisa incorporar planteamientos de la antropología de la interculturalidad y de la antropología de la medicina, para que pueda ofrecer abordajes terapéuticos eficaces en los diferentes contextos en los que se desarrolla. Acorde con los planteamientos del interculturalismo, según expone Giménez (2003), éste es un método de gran interés y potencialidad para el diseño y puesta en marcha de proyectos de construcción comunitaria, así como de iniciativas de cohesión social y convivencia democrática.

A nuestro modo de ver, el desarrollo de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural, va mucho más allá de implicar y favorecer la participación de personas de diferentes contextos culturales en ocupaciones significativas. De este modo, estos planteamientos trascienden el desarrollo de aspectos relacionados con la competencia y la sensibilidad cultural del profesional de terapia ocupacional (Bonder, Martin, & Miracle, 2004; Odawara, 2005; Muñoz, 2007). Esto implica analizar y abordar las relaciones de poder y los determinantes estructurales de salud, así como realizar un análisis multidimensional de la identidad y la diversidad que concatene e integre los conceptos de desigualdad, diferencia y diversidad¹⁷.

17. De acuerdo con Dietz (2011:20-21), el enfoque de la desigualdad está centrado en el análisis vertical de estratificaciones socioeconómicas y genéricas que genera respuestas compensatorias y asimiladoras (se corresponde con la dimensión sintáctica). El enfoque de la diferencia plantea un análisis horizontal de las diferencias étnicas, culturales, de género, edad y generación, orientaciones sexuales y/o (dis)capacidades proponiendo el empoderamiento de estas minorías (de acuerdo a la dimensión semántica). Por último, el enfoque de la diversidad parte del carácter plural, multi-situado que articula cada individuo y cada colectividad a través del análisis intercultural (corresponde con la dimensión

De ahí, que el desarrollo de terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural solicita un nuevo modo de construir el conocimiento sobre la ocupación, más diversificado y multidimensional que considere los conocimientos locales, “etnociencias” subalternas y saberes alternativos (Dietz, 2011). Este conocimiento diverso, articulado de forma conjunta, favorecerá la creación de un nuevo modo de construir el conocimiento considerando las diferentes visiones de manera entrelazada y teniendo una visión local y global de la ocupación. Para ello, es fundamental favorecer y fomentar el “diálogo de saberes”, planteado por Sousa Santos (2007), que es necesario para realizar abordajes de transformación que involucren dimensiones inter-culturales, inter-lingües e inter-actorales. Así, esta confluencia de saberes favorecerá el cuestionamiento de la teoría y la praxis de la terapia ocupacional, evidenciando el etnocentrismo de esta disciplina.

El abordaje intercultural que proponemos, no se concibe exclusivamente útil para trabajar con minorías étnicas o la población migrante tal y como se ha planteado comúnmente en la literatura de terapia ocupacional. Este planteamiento sostiene el posicionamiento que “todos tenemos cultura”, de modo que la interculturalidad se analiza desde una perspectiva más crítica y plural (Meñaca, 2006:107). En este sentido, según plantea Ibáñez (2001:62), es preciso interrogarse acerca de las creencias presentes en el ámbito de terapia ocupacional, no en términos de su grado de verdad, sino en relación con sus consecuencias prácticas y la eficacia terapéutica, que además contribuiría, según argumenta Flores (2011:5), a un enfoque crítico de la interculturalidad en salud. Así, la interculturalidad invita a un cuestionamiento constante a través de un enfoque crítico de análisis y autoanálisis del contexto en el que se desarrolla la intervención.

En esta línea, se plantea el análisis crítico de la cultura profesional de terapia ocupacional¹⁸. A través del análisis tri-dimensional propuesto por la etnografía doblemente reflexiva se favorece y amplía el horizonte analítico resaltando aspectos presentes en los discursos, las prácticas y las instituciones en donde se desarrolla la terapia ocupacional. De este modo, es preciso y urgente interrogarse acerca de las creencias presentes en el ámbito de terapia ocupacional, no exclusivamente en términos de su grado de verdad sino en relación a sus consecuencias prácticas (Días

pragmática).

18. La cultura profesional de terapia ocupacional alude al conocimiento, las creencias, los conceptos, las perspectivas, las ideas, las normas, los presupuestos y los valores que los profesionales de esta disciplina adquieren en el proceso de educación y que influencia su manera particular de concebir la ocupación y de intervenir a través de ésta (Hammell, 2009a:8).

Barros, Garcez Ghirardi, & Esquerdo Lopes, 2006; Iwama, 2008).

En este sentido, se plantea el desarrollo de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural como una necesidad técnica y de eficacia abogando por la mejora de los resultados, el acceso y el derecho a la salud de seres humanos de singularidad sociocultural (Flores, 2011:1). De acuerdo con este autor, el cuestionamiento de la eficacia del abordaje de terapia ocupacional plantea como prioritaria la necesidad de calibrar los conceptos, los protocolos y las escalas de valoración y evaluación de esta disciplina.

De igual modo, el desarrollo de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural insta a articular planteamientos a favor del relativismo pragmático. Sin embargo, tanto en el posicionamiento relativista como en el absolutista el uso de la fuerza y la violencia están presentes. No obstante, el posicionamiento relativista, desde un punto de vista metodológico, invita a desarrollar un sentimiento de responsabilidad y compromiso ético-político, puesto que está abocado a nutrir constantemente la actividad que da vida a sus valores. Por otro lado, el posicionamiento absolutista defiende una posición de inercia, considerando que la verdad y los valores están ahí de todas formas, y seguirán presentes tanto si uno hace, o no, algo (Ibáñez, 2001:61).

Por tanto, la terapia ocupacional descolonizante y descolonizada, desarrollada desde una perspectiva intercultural, precisa un posicionamiento relativista identificando qué, respecto a qué y en qué grado se relativiza lo planteado. Esta reflexión es necesaria para favorecer la evolución de la base teórica y de la práctica profesional, y considerar las dinámicas de poder en el campo ético-político y no exclusivamente en el campo epistemológico.

De acuerdo con este planteamiento, proponemos el concepto *etnocupación* como alternativo al concepto etnocéntrico de ocupación. Nos referimos al concepto *etnocupación* basándonos en un posicionamiento relativista de la ocupación y, por tanto, vinculado a la responsabilidad y compromiso ético-político, que invita a su cuestionamiento constante, teniendo en cuenta la experiencia empírica. Proponemos el concepto *etnocupación* como una visión de la ocupación atravesada por aspectos económicos, sociales y políticos que tienen como objetivo transformar los procesos sociales. Esta transformación implica el constante análisis conceptual, la demanda de una praxis profesional que contemple las particularidades del medio en el que se lleva a cabo, así como, la consideración de la estructura organizativa en dónde se desarrolla la intervención de terapia ocupacional. En la línea de este planteamiento, y teniendo en cuenta las diversas experiencias aportadas, la *etnocupación* se plantea

como una perspectiva que se aproxima y trata de aprehender la ocupación como un todo, en la que se imbrica la experiencia ocupacional de cada persona considerando con especial atención las particularidades culturales del contexto en el que desarrolla y actúa cada persona. De este modo, la *etnocupación* plantea que la experiencia ocupacional de cada persona es diferente de un contexto a otro e incluso se contemplan las diferencias que pueden existir en un determinado contexto debido a factores culturales, económicos, sociales y políticos. Por tanto, este enfoque enfatiza sobre la experiencia ocupacional considerando las particularidades de cada persona y de su contexto particular y, por consiguiente, no se entiende un único planteamiento de intervención de terapia ocupacional en contextos tan diversos como pueden ser Tegucigalpa, Houndé, Iringa, Nador, Quito y Murcia ya que los aspectos culturales, económicos, sociales y políticos en éstos son determinantes y están presentes en las experiencias ocupacionales de las personas que habitan en ellos.

Sin embargo, a pesar de la introducción de cambios en el abordaje de terapia ocupacional teniendo en cuenta una perspectiva intercultural, son todavía muchas las resistencias que los profesionales de este ámbito, del mismo modo que en el sector de la biomedicina, tienen para incorporar planteamientos que desestabilicen las ya logradas áreas de reconocimiento.

Por consiguiente, teniendo en cuenta lo expuesto en el presente artículo, la incorporación de una perspectiva intercultural en la teoría y la práctica de terapia ocupacional supone un reto, de ahí las múltiples contradicciones y resistencias que se plantean, así como una oportunidad para fomentar el desarrollo de esta disciplina sin obviar las situaciones de desigualdad, diferencia y diversidad en las que se encuentran las personas que asisten a los recursos de terapia ocupacional. Esto conlleva consolidar una actitud flexible y cómoda con el cuestionamiento del desarrollo teórico-práctico de la terapia ocupacional y fomentar una identidad fluida y crítica que pueda ser significativa en los diferentes contextos en los que se ubica. Sin embargo, algunos de los interrogantes que nos surgen en el desarrollo de este planteamiento son: ¿están los terapeutas ocupacionales dispuestos a incorporar en el desarrollo teórico, pero principalmente en la implementación de la práctica terapéutica, una perspectiva intercultural con lo que esto implica? ¿Cómo utilizar el lenguaje? ¿Cómo fomentar el análisis crítico de los fundamentos teóricos entre los estudiantes y los profesionales? ¿Qué sinergias pueden darse entre la antropología de la medicina y la antropología de la interculturalidad para el desarrollo de la terapia ocupacional?

Bibliografía

- Allué, M. (2003) *DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona: Ediciones Bellaterra
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and Process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy* , 62: 625-683.
- Awaad, T. (2003). Culture, Cultural Competency and Occupational Therapy: A Review of the Literature. *British Journal of Occupational Therapy* , 66 (8): 356-362.
- Bonder, B., Martin, L., & Miracle, A. (2004). Culture Emergent in Occupation. *American Journal of Occupational Therapy* , 58 (3): 159-168.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2005). Theoretical Contexts. En *Occupation and practice in context* .C.G. Whiteford V.& Wright-St (Ed.) Marrickville: Elsevier.
- Clark, F. A. (1991). Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *The American Journal of Occupational Therapy* , 45 (4): 300-310.
- Comelles, J. (2003). El regreso de lo cultural.Diversidad cultural y práctica médica en el s.XXI. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* , III (1): 7-21.
- Días Barros, D., Garcez Ghirardi, M., & Esquerdo Lopes, R. (2006). Terapia ocupacional social: una perspectiva sociohistórica. En *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes* F. S. Kronenberg, S. Simó, N. Pollard (Ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Dietz, G. (2011). Hacia una etnografía doblemente reflexiva:una propuesta desde la antropología de la interculturalidad. *Revista de Antropología Iberoamericana* , 6 (1): 3-26.
- Doble, S. E., & Santha, J. C. (2008). Occupation well-being: Rethinking occupational therapy outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy* , 75 (3): 184-190.
- Dumont, L. (1987). *Ensayos sobre el individualismo*. Madrid: Alianza editorial.
- Fernández, G.(2008). *La diversidad frente al espejo. Salud, Interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala.
- Flores, J. (2011). Interculturalidad en salud y eficacia:algunas indicaciones de uso para ONGD's con proyectos en salud en América Latina. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos* . Ed.Electrónica, Debates, 2011 (Marzo). En <http://nuevomundo.revues.org/61232#quotation>.Accedido el 15 de Febrero 2012.
- Galheigo, S. (2006). Terapia ocupacional en el ámbito social:aclarando conceptos e ideas. En *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes* F. S. Kronenberg, S. Simó, N. Pollard (Ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Galtung, J. (1975). *Essays in Peace Research*. Copenhagen: Christian Ejlers.
- Galtung, J. (1969). Violence and Peace. *Journal of Peace Research* , 6 (3): 167-191.
- Giménez, C. (1997). *Guía sobre interculturalidad. Primera parte. Fundamentos conceptuales*. Guatemala: PNUD-Guatemala.

- Giménez, C. (2000). *Guía sobre interculturalidad. Segunda parte. El enfoque intercultural en las políticas públicas para el desarrollo humano-sostenible*. Guatemala: PNUD-Guatemala.
- Giménez, C. (2003). Pluralismo, Multiculturalismo e Interculturalidad. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas* (8): 11-20.
- Hammell, K. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71 (5): 296-305.
- Hammell, K. (2009a). Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76 (1): 6-13.
- Hammell, K. (2009b). Self-care, productivity, and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational "categories". *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76 (2): 107-114.
- Ibáñez, T. (2001). *Muníciones para disidentes. Realidad-Verdad-Política*. Barcelona: Gedisa.
- Iwama, M. (2004). Meaning and inclusion: Revisiting culture in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51: 1-2.
- Iwama, M. (2006). Ubicación en el contexto. Cultura, inclusión y terapia ocupacional. En *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes* F. S. Kronenberg, S. Simó, N. Pollard (Ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Iwama, M., & Simó Algado, S. (2008). *El modelo Kawa (río)*. TOG. Revista de Terapia Ocupacional Galicia. Ed. electrónica, 8 (Septiembre). En <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo2.pdf>. Accedido el 12 de Abril 2012
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional* (Tercera edición ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Mariano, L. (2007). Culturas biomédicas. Textualidades y narrativas opocos en la atención a la población inmigrante. En *La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratori*. G. Fernández, G. (dir.) Quito: Abya-Yala.
- Martínez, M., & Larrea, C. (2010). Salud intercultural y salud pública. En *Antropología social, desarrollo y cooperación internacional. Introducción a los fundamentos básicos y debates actuales*. M. Martínez, & C. Larrea (Ed.) Barcelona: UOC.
- Menéndez, E. (2000). Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En P. E., & C. J.M., *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (págs. 163-187). Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, E. (1985). Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 3-34.
- Meñaca, A. (2006). La "multiculturalidad" de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias inmigrantes ecuatorianas. En *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Fernández, G. (dir.) Quito: Abya-Yala.
- Moruno, P. (2002). *Razonamiento clínico en terapia ocupacional: un análisis del procedimiento diagnóstico*. Tesis doctoral no publicada: Departamento de Psicología biológica y de la salud. Universidad Autónoma de Madrid.

- Moruno, P. (2003). Una aproximación a la base conceptual de la terapia ocupacional . En *Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas*. D. M. Romero y P. Moruno (Ed.). Barcelona: Masson.
- Muñoz, J. (2007). Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International* , 14 (4): 256-280.
- Odawara, E. (2005). Cultural Competency in Occupational Therapy: Beyond a Cross-cultural view of Practice. *American Journal of Occupational Therapy* , 59 (3): 352-334.
- Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. (. Barton, *Discapacidad y sociedad* (págs. 34-58). Madrid: Morata.
- Palacios, J., & Rico, J. I. (2011). Globalización, salud y cultura: aspectos emergentes. Propuestas para el análisis desde la Antropología social. *Saudade e Sociedade* , 20 (2): 273-286.
- Pollard, N., Sakellariou, D., Kronenberg, F. (2008). *A political practice of occupational therapy*. Edinburgh: Elsevier.
- Reed, K. (2005). An annotated history of the concepts used in occupational therapy. En *Occupational Therapy. Performance, Participation, and Well-being*. C. Christiansen, & C. Baum, (Ed.). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Rudman, D., & Dennhardt, S. (2008). Shaping knowledge regarding occupation: examining the cultural underpinnings of the evolving concept of occupational identity. *Australian Occupational Therapy Journal* , 55 (3): 153-162.
- Rumbero, J. (2007). Perspectivas Antropológicas en el diagnóstico de salud comunitario en África Subsahariana: una experiencia en el distrito de Erati (Mozambique). En M. (. Esteban Galarza, *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (págs. 201-224). Bilbao: OSALDE/OP.
- Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. E. Perdiguerro y J. M. Comelles (Ed.). Barcelona: Bellaterra.
- Sousa Santos, B. (2007). *La reinención del Estado y el Estado plurinacional*. Cochabamba (Bolivia): CENDA, CEJIS, CEDIB.
- Spivak, G. (2008). Estudios de la Subalternidad. Deconstruyendo la Historiografía. En *Estudios postcoloniales. Ensayos fundamentales*. S. Mezzadra (Ed.) Madrid: Traficantes de Sueños.
- Stolcke, V. (2001). Gloria o maldición del individualismo moderno según Louis Dumont. *Revista de Antropología, Sao Paulo, USP* , 44 (2): 7-37.
- Turner, A., Foster, M., & Johnson, S. (2003). *Terapia ocupacional y disfunción física. Principios, técnicas y práctica*. Madrid: Elsevier.
- Unruh, A. (2004). "So...What do you do?" Occupation and the construction of identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy* , 71 (5): 290-295.
- Wallerstein, I. (2007). *Geopolítica y geocultura: ensayos sobre el moderno sistema mundial*. Barcelona: Kairós.
- Watson R., S. L. (2004). Transformation through occupation. London: Whurr editorial.

- Whiteford, G., & Wilcock, A. (2000). Cultural relativism: Occupation and independence reconsidered. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67 (5): 324-336.
- Wilcock, A. (2006). *An occupational Perspective of Health* (Segunda edición ed.). Thorofare: Slack Incorporated.
- Wilcock, A., & Townsend, E. (2009). Occupational Justice. En *Willard & Spackam Occupational Therapy*. E. Crepeu, E. Cohn, & B. Shell (Coord.). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Wilcock, A., & Townsend, E. (2000). Occupational Justice: Occupational Terminology Interactive Dialogue. *Journal of Occupational Science*, 7 (2): 84-86.
- Yerxa, E. (1993). Occupational science: A new source of power for participants in occupational therapy. *Journal of Occupational Science*, 1: 3-9.
- Zango, I. (2009). Centro de Terapia Ocupacional para personas con enfermedad mental en Burkina Faso: un comienzo para la Esperanza. En E. Valero, & M. San Juan, *Manual Teórico Práctico de Terapia Ocupacional. Intervenciones desde la Infancia a la Vejez*. Barcelona: Jims Prayma Ediciones.
- Zango, I. (2010). Terapia Ocupacional en Burkina Faso: el viaje de la cultura. *Terapia Ocupacional: Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*, 53:32-35.
- Zango, I., & Ulla, S. (2009). *La vida diaria de las mujeres con VIH/sida en Burkina Faso*. Alcalá la Real (Jaén): Alcalá Grupo Editorial.

