



**TESINA**  
**presentada para acceder al título de grado de la carrera de**  
**LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

**Título:**

“Teletrabajo en Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario, durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por la pandemia de COVID-19”

**Autora:**

Yanis, Virginia. DNI N° 39.694.613

**Director:**

Dr. Aguirre, José Luis

**Co-directora:**

TO. Lares, Liliana

**Lugar y fecha de presentación:**

Rosario, 27 de mayo de 2021

**Firma de autora:**

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name 'Yanis' followed by a stylized flourish.

*A mi familia, amistades, directores, participantes, docentes y aquellas personas que contribuyeron de singulares y significativas maneras en mi trayectoria académica y en la producción de esta tesina final de grado.*

## Resumen

A partir de la medida de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) decretada en marzo de 2020 en Argentina frente a la pandemia de la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19), se adecuó la prestación de servicios de Terapia Ocupacional a la modalidad de teletrabajo. La generalización de su implementación en la profesión y la consecuente necesidad de producir conocimiento en torno al tema en la disciplina llevó a la selección del objeto de estudio en esta investigación.

Se planteó como objetivo general el análisis de experiencias de teletrabajo desde la perspectiva de profesionales de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario, durante el período de duración de la medida de ASPO.

El diseño metodológico fue cualitativo y exploratorio, empleando como instrumento de recolección de datos la técnica de grupo focal. Durante su desarrollo, se utilizó una guía temática de carácter semiestructurada para la orientación de la información que se pretendía recabar. La muestra estuvo conformada por cuatro participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

A partir de la guía temática y los emergentes producto de la interacción grupal, se procesaron los resultados y se elaboraron las siguientes categorías temáticas para el análisis: Tipos/modelos de interacción en teletrabajo; Proceso de Terapia Ocupacional, Funciones de evaluación, intervención, monitoreo, supervisión y consulta; Proceso de Terapia Ocupacional, Objetivos, estrategias y recursos; Barreras y apoyos; Participación de familias y/o referentes afectivos; Reconocimiento de prestaciones por parte de responsables de pago y jornada laboral y Teletrabajo inclusivo.

Se concluyó que los objetivos propuestos fueron alcanzados, en función de la muestra seleccionada en base al diseño metodológico implementado. En una reflexión sobre los alcances de esta investigación, se observó variabilidad y similitudes en las experiencias, a partir de lo cual se arribó a algunas ideas e interrogantes para continuar investigando sobre la temática. Una de las ideas centrales fue que la utilización de teletrabajo se presentó como una modalidad eficaz para realizar y sostener la prestación de servicios de Terapia Ocupacional en situaciones socio-sanitarias complejas como la pandemia de COVID-19.

**Palabras clave:** teletrabajo, Terapia Ocupacional, discapacidad intelectual, discapacidad mental, pandemia de COVID-19.

## Índice

I.	<b>Introducción</b> .....	1
II.	<b>Objetivos</b>	
	II. a. <b>Objetivo general</b> .....	4
	II. b. <b>Objetivos específicos</b> .....	4
III.	<b>Marco Teórico</b>	
	III. a. <b>Antecedentes</b> .....	5
	III. b. <b>Discapacidad intelectual y mental y Terapia Ocupacional Social</b> .....	9
	III. c. <b>Situación de pandemia por COVID-19 en Argentina</b> .....	16
	III. d. <b>Teletrabajo de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental durante el ASPO</b> .....	20
IV.	<b>Justificación</b> .....	32
V.	<b>Método</b>	
	V. a. <b>Tipo de estudio</b> .....	33
	V. b. <b>Instrumento de recolección de datos</b> .....	33
	V. c. <b>Definición de la muestra</b> .....	33
	V. d. <b>Procedimiento</b> .....	34
	V. e. <b>Procesamiento y análisis de los datos</b> .....	34
VI.	<b>Resultados</b> .....	35
VII.	<b>Discusión</b> .....	44
VIII.	<b>Conclusión</b> .....	53
IX.	<b>Referencias bibliográficas</b> .....	55
X.	<b>Anexos</b>	
	X. a. <b>Anexo I</b> .....	62
	X. b. <b>Anexo II</b> .....	64
	X. c. <b>Anexo III</b> .....	66

## **I. Introducción**

En esta investigación se propuso analizar experiencias de teletrabajo desde la perspectiva de profesionales de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario, durante el período de ASPO decretado en Argentina por la pandemia de COVID-19.

El tema en estudio se planteó en el marco de la emergencia sanitaria que ocasionó dicha pandemia, declarada como tal el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dicho organismo especificó que:

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019 (OMS, 2020).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) añadió que:

La epidemia de COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas.

Frente a este suceso imprevisto y sin precedentes a escala global, se llevaron a cabo acciones diferenciadas en cada país afectado. El Poder Ejecutivo Nacional (PEN) en Argentina reguló la emergencia sanitaria y le otorgó al Ministerio de Salud la facultad de autoridad de aplicación en la toma de medidas necesarias para prevenir y minimizar la exposición al riesgo de transmisión y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema sanitario. El 20 de marzo de 2020, se decretó el ASPO como medida sanitaria en términos de cuidado de salud colectiva y en tanto obligación inalienable del Estado en su deber de proteger la salud pública.

La pandemia en general y las medidas sanitarias en particular, conllevaron modificaciones y adecuaciones en el cotidiano de personas y comunidades, así como también en los distintos ámbitos de actuación de Terapia Ocupacional. Al respecto, con el objeto de continuar y sostener la provisión de servicios y a su vez cumplir con las medidas sanitarias, se configuraron medidas y modalidades alternativas a la presencialidad. De este modo, adquirió relevancia la virtualidad y con ello se incrementó la implementación del teletrabajo, como una alternativa oportuna para el acceso a la prestación de servicios en ámbitos de actuación en los que resultó viable.

Existe una variedad de términos para nombrar y conceptualizar servicios remotos de provisión de servicios, entre los cuales se encuentran: telesalud, teleasistencia, telerehabilitación, teleterapia, telemedicina, entre otras. Si bien en la investigación se referencian algunos de estos términos, a los fines prácticos se opta por el término

“teletrabajo”, ya que abarca la variedad de ámbitos de actuación en Terapia Ocupacional. Dicho término refiere a:

(...) la labor de un terapeuta ocupacional que trabaja a distancia (de una manera flexible), utilizando Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs). Dicho término también engloba a la telesalud, que se refiere a la misma situación laboral, y adicionando un requisito de confidencialidad relacionado con la salud del destinatario del servicio (Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales [AATO], 2020, p. 1).

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, 2014) describió tipos o modelos de interacción en telesalud como: sincrónicos o asincrónicos y de transmisión de datos. Además, consideró que la telesalud puede formar parte de un modelo híbrido, es decir, aquel en el que algunos servicios se proveen en persona y otros a distancia. Por otro lado, especificó funciones como evaluación, intervención, monitoreo, supervisión y consulta, según lo posibiliten las políticas y regulaciones jurisdiccionales, institucionales y profesionales que rigen el ejercicio (p. 1).

En Argentina, los ámbitos de actuación en Terapia Ocupacional y las prestaciones para personas con discapacidad intelectual y mental están regulados por marco normativo y sujetos a políticas públicas en materia de discapacidad.

En la elaboración conceptual de discapacidad en general y de discapacidad intelectual y mental en particular, se integran las siguientes referencias teóricas:

- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) promulgada por Naciones Unidas (ONU, 2006).
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, 2011).
- Ley Nacional N° 26.657 de salud mental (LNSM, 2010).
- Familia de Clasificaciones Internacionales desarrolladas por la OMS (1992, 2001): Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10) y Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud (CIF).
- Disposición N° 648 (Servicio Nacional de Rehabilitación –SNR-, 2015).

Como marco general, se destaca la CDPD (ONU, 2006) ya que representa el principal instrumento del derecho internacional con jerarquía constitucional en Argentina sobre la temática y permite situar uno de los modelos desde los cuales se conceptualiza y aborda la discapacidad, el social:

Su principio fundamental se basa en sostener que las causas que dan origen a la discapacidad no son individuales (de la persona), sino (...) preponderantemente sociales. Se asume que la discapacidad es un concepto en evolución. Pero además es un concepto cultural, es decir, su significación se construye a través de las diferentes realidades sociales y culturales. Desde este

modelo se apunta a la autonomía de la persona con diversidad funcional para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades (Palacios, 2016, pp. 48-49).

En este punto, el modelo social se articula con Terapia Ocupacional social, la cual, recuperando las propuestas de Galheigo (2007) promueve los procesos de empoderamiento, emancipación, construcción de subjetividad, acción colectiva y ciudadanía, a través de métodos de intervención socio-sanitarios en pos de mejorar las condiciones de vida y de salud de personas y comunidades (p. 91).

En consonancia con la perspectiva de derechos, en el artículo 9 de la CDPD (ONU, 2006) los Estados Partes establecen el compromiso de asegurar el acceso de las personas con discapacidad a la información y las comunicaciones, incluyendo las TICs. Por otra parte, en su artículo 26, acuerdan organizar, intensificar y ampliar servicios y programas de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de salud, empleo, educación y servicios sociales. En dichos servicios y programas se debe garantizar la accesibilidad lo más cercano posible a las comunidades, incluyendo las áreas rurales.

En el marco de la pandemia, la OPS (2020) sostuvo que el impacto podría ser mayor en ciertos grupos de la población, como las personas con discapacidad. Por tanto, indicó que los obstáculos pueden reducirse si las principales partes interesadas adoptan algunas medidas sencillas de protección, puntualizando en la provisión y el acceso a servicios de telesalud (pp. 1-13).

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) en Argentina, a través de la Resolución N° 282/20 consideró necesario tomar medidas oportunas a fin de mitigar el impacto en el sistema de salud y su población beneficiaria, garantizando la continuidad de asistencia. Asimismo, recomendó a los agentes del seguro de salud y las entidades de medicina prepaga que, durante la vigencia del ASPO, implementen y fomenten el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta, a fin de garantizar las prestaciones de demanda esencial.

Por consiguiente, la pregunta problema que se planteó en el desarrollo de la investigación fue ¿De qué manera se experimentó el teletrabajo desde la perspectiva de profesionales de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario, durante el ASPO por la pandemia de COVID-19?

## **II. Objetivos**

### **II. a. Objetivo general**

- Analizar experiencias de teletrabajo desde la perspectiva de profesionales de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario, durante el ASPO por la pandemia de COVID-19.

### **II. b. Objetivos específicos**

- Identificar ámbitos de actuación de profesionales de Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario.
- Describir experiencias de teletrabajo desde la perspectiva de profesionales de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario, durante el ASPO por la pandemia de COVID-19.

### **III. Marco teórico**

#### **III. a. Antecedentes**

En la revisión del estado del conocimiento sobre el tema en estudio se halló evidencia científica publicada hasta la fecha que respaldó el uso del teletrabajo como modalidad de prestación de servicios de Terapia Ocupacional.

Cason (2009) realizó un estudio en el cual exploró la implementación del Programa de telerehabilitación “enTECH”, destinado a servicios de Terapia Ocupacional de intervención temprana con dos familias que vivían en zonas rurales en Kentucky, Estados Unidos. El análisis de datos identificó tres categorías temáticas: beneficios/fortalezas, desafíos/debilidades y recomendaciones para la mejora del programa. Los resultados de la evaluación del programa indicaron el potencial de la telerehabilitación para satisfacer de manera rentable las necesidades terapéuticas de niños/as que viven en áreas rurales donde existe escasez de proveedores.

Si bien el objeto y los/las sujetos/as de investigación difirieron, la relevancia se atribuyó a la contribución de las categorías temáticas elaboradas y los resultados obtenidos. Entre ellos, se destacó el aporte respecto de las barreras para el acceso a los servicios: geográficas, socioeconómicas y tecnológicas.

Gibbs y Toth-Cohen (2011) describieron un proyecto piloto que exploró el uso de la telerehabilitación para sesiones de Terapia Ocupacional colaborativa con cuidadores de niños/as con trastornos del espectro autista (TEA), cuyo objetivo era mejorar la transferencia de las estrategias terapéuticas para abordar la modulación sensorial en sus entornos naturales.

Los hallazgos sugirieron que la telerehabilitación puede servir como un método complementario de prestación de servicios para familias con niños/as que tienen TEA, para garantizar un mejor seguimiento y permitir a cuidadores aclarar cómo aplicar mejor una dieta sensorial diseñada en colaboración a sus necesidades y horarios.

Se resaltó de este artículo el diseño, implementación y estudio de un proyecto de teletrabajo. La identificación de los resultados clave del proceso brindó una visión amplia respecto de posibles factores a tener en cuenta para la viabilidad de un proyecto semejante. Si bien la participación activa de la familia se presentó como un beneficio producto del teletrabajo, planteó una perspectiva amplia e integrada sobre las modalidades de prestación de servicios.

Rortvedt y Jacobs (2019) exploraron percepciones sobre el uso de la telesalud como componente de la práctica de Terapia Ocupacional en la escuela. La pertinencia de este estudio para esta investigación se atribuyó a los resultados a partir de los cuales identificaron beneficios y barreras, categorías que se consideraron importantes para el análisis. Entre los primeros, incluyeron ahorrar costos, abordar la escasez de personal permitiendo una

programación flexible, proporcionar apoyo para personas confinadas en casa debido a problemas médicos, mejorar la colaboración, consulta y supervisión, entre otros. Sobre las segundas puntualizaron acceso/disponibilidad de equipo, capacitación necesaria para una adecuada implementación, problemas de programación, problemas de logística general, falta de contacto físico, preocupaciones de privacidad y dificultad para completar las evaluaciones, entre otras.

Wallisch, Little, Pope y Dunn (2019) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue comprender las experiencias de cuidadores de niños/as con TEA que participaron en una intervención de Terapia Ocupacional proporcionada por telesalud durante 12 semanas, utilizando el modelo coaching basado en ocupaciones. Los temas que surgieron fueron cómo la telesalud encajaba en su vida diaria, cómo apoyaba una relación de colaboración y cómo el contenido de la intervención generaba un sentido de empoderamiento.

La diferencia principal con la presente investigación fue que se estudió la experiencia desde la perspectiva de cuidadores de niños/as con TEA. Esta característica evidenció la importancia de incluir en las investigaciones la perspectiva de todas las personas involucradas en la provisión de servicios de Terapia Ocupacional. Una contribución de dichos autores fue reconocer las experiencias como una forma de obtener información para diseñar y adaptar mejor las intervenciones de telesalud en base a las necesidades específicas de cuidadores y niños/as con TEA.

Por otro lado, este estudio permitió visualizar implementaciones de teletrabajo previas a la pandemia de COVID-19 en Estados Unidos y los avances en tecnología con los que contaban para la prestación de servicios de Terapia Ocupacional. Por ejemplo, mencionaron que los/las participantes estaban familiarizados/as con la tecnología de videoconferencia Zoom.

Otro aspecto a resaltar fue el rol activo adjudicado a cuidadores y familiares en colaboración continua con profesionales de Terapia Ocupacional en el proceso de intervención, ya que estaban implicados en la toma de decisiones y en la orientación de metas, objetivos y estrategias de acuerdo a sus contextos, rutinas y situaciones particulares. También se arribó a beneficios de la modalidad de teletrabajo como disminución de traslados, gastos y tiempo, lo que se tradujo en una mayor accesibilidad.

De Souza (2020) elaboró un ensayo denominado “desempeño del terapeuta ocupacional basado en la teoría de la integración sensorial en la asistencia de niños con trastorno del espectro autístico (TEA) durante la pandemia de COVID-19.” El objetivo fue describir la intervención terapéutica con dos niños/as con TEA, durante el período de aislamiento social en la pandemia de COVID-19. En la intervención se utilizó la modalidad de telemonitorización, definida como atención remota de un/a paciente atendido/a previamente en persona, utilizando dispositivos tecnológicos y métodos sincrónicos y asincrónicos.

Se concluyó que el uso de la dieta sensorial como parte de un programa de intervención pudo implementarse a través de telemonitorización, proporcionando una mejor organización sensorial para la rutina del niño/a y contribuyendo a su autorregulación de la conducta.

El aporte para la presente investigación se atribuyó al rol relevante que brindó a familiares y cuidadores de niños/as con TEA en el proceso de atención mediado por telemonitorización.

Macêdo, Lopes, Lopes y Cruz (2020) en un artículo presentaron acciones de terapeutas ocupacionales de diferentes regiones de Brasil para reorganizar sus servicios ante la pandemia de COVID-19. Una de las acciones se refirió a la utilización de telesalud en un Centro de Atención Psicosocial para niños/as y adolescentes en Teresina.

En las consideraciones finales mencionaron que las acciones se encontraron articuladas en una red más grande y resaltaron la importancia técnica y ética de construir conocimiento sobre el tema.

Se consideró relevante para la presente investigación la diferenciación que realizaron entre los distintos servicios ofrecidos y el modo de organizarlos e implementarlos, entre los cuales se encontraron la telemonitorización y la teleconsulta. Otro aspecto a destacar por su escasez en la producción científica fue que el ámbito de actuación era de gestión pública.

Silva y do Nascimento (2020) escribieron un artículo en el cual reflexionaron sobre la práctica de telesalud en Brasil. Entre las referencias que hicieron, mencionaron señalamientos de la WFOT y el Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional sobre telesalud. Asimismo, relacionaron telesalud con el concepto de dispositivo de Foucault, entendido como arreglos de poder en relaciones en la vida cotidiana que, en un momento histórico dado, tuvo como función principal responder a una urgencia histórica. En este caso, como una nueva formación que, ante la urgencia de la pandemia de COVID-19, surgió para dar respuesta a las demandas sanitarias (p. 1016).

Por otra parte, brindaron algunas consideraciones para el uso de telesalud que se estimaron relevantes para el análisis:

- Determinar qué usuarios/as lo requieren, considerando su estado de salud, etnia, género, orientación sexual, ingresos, desafíos en el acceso como la dificultad de locomoción o comunicación.
- Analizar la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria en el ámbito doméstico y/o comunitario.
- Estratificar los casos de vulnerabilidad socioeconómica, sociodemográfica (educación, ocupación, área de residencia) y estado de salud (medicación, patologías).
- Justificar técnica y científicamente la necesidad de asistencia virtual.
- Establecer tiempos que no comprometan la rutina del usuario/a.
- Construir diálogos frecuentes con familiares/cuidadores.

- Considerar deseos, intereses y consentimiento del usuario/a respecto a este tipo de asistencia.
- Pensar en estrategias para atender a la población que no cuenta con dispositivos (p. 1017, 1018).

Da Silva, da Silva, Rabelo y Vinhas (2020) en un artículo se propusieron como objetivo informar la experiencia de profesionales de Terapia Ocupacional de Brasil en sus intervenciones con niños/as en tres contextos diferentes en el escenario nacional de pandemia de COVID-19. Una de las experiencias fue la telemonitorización en un centro de rehabilitación especializado en Santos, Sao Paulo, que atendía en programas ambulatorios a niños/as con discapacidad intelectual de cero a doce años. El aporte para este estudio se basó en las reflexiones sobre algunas posibilidades de acción bajo dicha modalidad de prestación de servicios, destacándose la importancia de las intervenciones mediadas por cuidadores y la promoción del juego.

Dahl-Popolizio, Carpenter, Coronado, Popolizio y Swanson (2020) en un estudio exploraron cómo profesionales de Terapia Ocupacional utilizaron telesalud durante la pandemia de COVID-19 y si encontraron que era un modelo de prestación de servicios eficaz y sostenible. De los 230 encuestados/as, 176 (77%) lo apoyaron como sustituto de los servicios en persona y 179 (78%) lo apoyaron como una opción permanente. Hubo una amplia gama de experiencias, con respuestas positivas que superaron las negativas. A partir de una pregunta abierta en la encuesta, se elaboraron y analizaron los siguientes temas: problemas técnicos, falta de contacto personal, no es efectivo con todas las poblaciones, participación de cuidadores, mejora la efectividad, es eficaz para la prestación de Terapia Ocupacional, aumenta el acceso a la atención, la telesalud debe ser una opción permanente.

Se seleccionó este antecedente ya que se asemejó el objeto y los/las sujetos/as de estudio con la presente investigación. Resultó un aporte el papel relevante atribuido a profesionales de Terapia Ocupacional para brindar información sobre diversos aspectos del teletrabajo, como beneficios y barreras.

Otro aspecto innovador fue la metodología que emplearon ya que el instrumento de recolección de datos sentó un precedente para futuras investigaciones. En primera instancia, realizaron un grupo focal con profesionales de Terapia Ocupacional con experiencia en teletrabajo, con el objetivo de recopilar información significativa para la elaboración posterior de una encuesta virtual, la cual se difundió de manera masiva a profesionales de distintos puntos del país.

Abbott-Gaffney y Jacobs (2020) en un estudio invitaron a profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñaban en escuelas, con y sin experiencia en telesalud, a completar encuestas que exploraron beneficios y barreras encontradas bajo dicha modalidad. Los datos recopilados se utilizaron para desarrollar un programa de capacitación integral, en

el cual participaron profesionales sin experiencia, quienes luego completaron una encuesta que se implementó con el objetivo de diferenciar las percepciones sobre la posibilidad de adopción de telesalud antes y después de la capacitación.

Los principales beneficios identificados fueron: acceso al servicio, colaboración, consulta y transferencia de intervenciones con miembros del equipo, temas de productividad, eficiencia, flexibilidad de horarios y viajes reducidos y temas relacionados con una mayor participación, motivación, comodidad y privacidad. Las barreras percibidas incluyeron: inestabilidad de internet, disminución de la oportunidad de asistencia directa y de la comodidad tecnológica como contar con e-helpers (sistema de apoyo de terceros disponible para ayudar a la persona durante una sesión de telesalud). Estas barreras no disminuyeron significativamente después del programa, lo que sugirió la necesidad de educación y desarrollo de protocolos futuros. Por otro lado, se percibieron beneficios adicionales y el 80% informó la probabilidad de agregar telesalud como modelo de prestación de servicios para la práctica futura.

Se destacó del estudio la importancia de la educación y la producción de conocimiento en telesalud para promover su uso adecuado y por otro lado las sugerencias que brindó para disminuir las barreras percibidas.

### **III. b. Discapacidad intelectual y mental y Terapia Ocupacional Social.**

Para empezar, se conceptualiza la discapacidad ya que, considerando lo planteado por Zango Martín (2017), la Terapia Ocupacional como disciplina socio-sanitaria está directamente influenciada por diferentes teorías relativa a salud y discapacidad. Las mismas están basadas en valores particulares, por lo que resulta importante de qué modo determinan la teoría, la intervención y los contextos de práctica (p. 18).

El marco teórico sobre discapacidad se caracteriza por una compleja y difusa red de concepciones, posturas, teorías y modelos que coexisten en simultaneidad, contruidos en función de variables socio-históricas:

La discapacidad como concepto y temática de relevancia pública, ha sido tratada desde diversos enfoques (sociales, políticos y sanitarios), que la describen como un término dinámico y complejo. Este constructo conlleva, hasta nuestros días, elementos que suscitan permanente controversia; su evolución, a partir de las transformaciones históricas y paradigmáticas de las sociedades en general, da lugar a un constante debate político-público, que hoy se sitúa desde la perspectiva de derechos (Gutiérrez, Moya, Saa, Yañez y Campos, 2016, p. 134).

Dicha perspectiva empezó a conformarse desde mediados de siglo XX en Estados Unidos y algunos países de Europa, cuando personas con discapacidad comenzaron a organizarse en movimientos sociales y a configurarse como activistas sociales en la participación política por el reconocimiento de derechos y la transformación de las condiciones de vida. Con

sustento en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), cuestionaron concepciones, prácticas sociales, normas, leyes y estructuras de un orden instituido sobre la manera de concebir la discapacidad.

Las problemáticas que atraviesa el colectivo corresponden al modelo explicativo y de abordaje de la discapacidad dominante durante la mayor parte del siglo XX, denominado modelo médico rehabilitador. El mismo concibe a la salud como ausencia de enfermedad y como responsabilidad individual y a la discapacidad como el resultado de una condición biológica e individual de la persona. El objetivo de los tratamientos está centrado en la normalización y cura y las metodologías se orientan a la adaptación de la persona al medio, medicalización e institucionalización.

Garavelli (2009) refirió que su consolidación se situó en los inicios del siglo XX, a causa de la Primera Guerra Mundial y los accidentes laborales. En el plano del Derecho, en un primer momento se implementaron políticas legislativas destinadas a garantizar servicios sociales y asistenciales para los veteranos de guerra con discapacidad. En los años sesenta, dichas medidas fueron extendidas a todas las personas con discapacidad. Este modelo fue recepcionado legislativamente en Argentina mediante la Ley Nacional N° 22.431/81 Sistema de protección integral de los discapacitados (pp. 38-39). En resumen, dicho modelo con sus respectivas normativas situó a las personas con discapacidad como objetos de protección y tutelaje estatal, desde una lógica asistencialista y rehabilitadora.

Si bien el mismo persiste hasta la actualidad, se inicia una transformación que revela nuevos conocimientos acerca de los mecanismos que producen discapacidad. Rosato y Angelino (2017) advierten que:

Al tratarse de constructos teóricos discursivos y prácticos (en el sentido de las prácticas-acciones que generan), no son modelos estancos ni correlativos a pesar de su ordenamiento cronológico para el análisis. Así podemos rastrear códigos, discursos, prácticas, actitudes relacionadas con el modelo tradicional a lo largo de los otros modelos (...) (p. 27).

Estos nuevos conocimientos se organizan en los llamados “estudios sociales de la discapacidad” (*disability studies*) los cuales “surgen aproximadamente en 1975, en la denominada Universidad Abierta, pero recién en los ´90 emergen con una identidad académica propia” (Angelino, 2017, p. 49). Caracterizado como un campo heterogéneo, “recuperan la perspectiva teórica desde la experiencia de las personas discapacitadas y sus organizaciones con la intención de producir conocimiento emancipador” (Angelino, 2017, p. 49). Dentro de dicho campo, tiene origen el “modelo social de la producción de la discapacidad” (en adelante, modelo social), nominación propuesta por Oliver (1998) en 1983 desde una perspectiva teórica materialista, es decir, el estudio de la discapacidad como producción en el marco de la sociedad capitalista (p. 42).

Afín a dicha perspectiva, Kipen y Vallejos (2017) explicitan que las desigualdades materiales inciden en que la discapacidad sea vivida de modos distintos, de acuerdo con las condiciones de existencia. Estas desigualdades repercuten en el acceso a la salud, educación, tecnología, trabajo, entre otros derechos. Como efecto ideológico, quedan ocultas tras el velo de un problema individual o sectorial (p. 157). De acuerdo con este planteamiento, la salud se percibe como un proceso multideterminado por dichas condiciones.

El modelo social realiza una crítica a las relaciones de poder desiguales en una sociedad en tanto determinantes de generación de discapacidad. Promueve una transformación en el imaginario social y en las prácticas cotidianas en discapacidad desde la responsabilidad individual al compromiso social. Palacios (2016) dilucida aspectos relacionados al significado, la causalidad y los abordajes posibles:

Su principio fundamental se basa en sostener que las causas que dan origen a la discapacidad no son individuales (de la persona), sino (...) preponderantemente sociales. Se asume que la discapacidad es un concepto en evolución. Pero además es un concepto cultural, es decir, su significación se construye a través de las diferentes realidades sociales y culturales. Desde este modelo se apunta a la autonomía de la persona con diversidad funcional para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades (pp. 48-49).

Brognna (2006) ofrece una visión concordante con dicha perspectiva:

(...) la discapacidad no es una condición a curar, a completar o reparar: es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto (individual o colectivo). La discapacidad toma cuerpo en un espacio situacional, dinámico e interactivo entre alguien con cierta particularidad y la comunidad que lo rodea (p. 7).

Las intervenciones están dirigidas, según Palacios (2014), al diseño y la accesibilidad universal, los ajustes razonables, la educación inclusiva, entre otras que se engloban en políticas de derechos humanos (p. 67).

El modelo social, junto a movimientos sociales de personas con discapacidad, adquirieron con el tiempo mayor preponderancia y visibilidad en el terreno internacional, debido a la convicción de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Como consecuencia, sentaron las bases para una reformulación en el marco normativo y políticas públicas en la materia.

Si bien el reconocimiento a los derechos de las personas con discapacidad estaba consagrado en muchos tratados internacionales de derechos humanos, el principal instrumento del derecho internacional que inscribió legalidad a la condición de las personas con discapacidad como sujetos/as de derecho fue la CDPD (ONU, 2006). Palacios (2017) puntualizó que fue el primer Tratado Internacional de Derechos Humanos del siglo XXI de jerarquía supralegal o constitucional, es decir, con implicancia en la modificación y adaptación de las legislaciones y prácticas locales (pp. 15-17).

En este sentido, el instrumento está ratificado por muchos países, lo que implica el compromiso de los estados parte en garantizar lo dispuesto por el mismo adecuando la normativa interna y planificando e implementando políticas de inclusión social desde un enfoque de derechos humanos. La República Argentina suscribe en 2006, ratifica en 2008 bajo la Ley Nacional N° 26.378 y le otorga jerarquía constitucional en 2014 en términos de la Ley Nacional N° 27.044.

Su propósito está orientado a promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad y promover el respeto a su dignidad inherente.

Se destacan las nociones de “discapacidad” y “personas con discapacidad”. La discapacidad se define como “el resultado de la interacción entre el individuo y las barreras de su entorno que le impiden la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás personas.” Por otro lado, las propias personas con discapacidad seleccionan dicha forma de nominar al colectivo bajo la siguiente descripción: “aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” Esta conceptualización evidencia la impronta del modelo social, al utilizar términos como interacción, barreras, participación e igualdad de condiciones.

En torno a la discapacidad en general, también se puede señalar a modo de breve reseña el marco que ofrece la CIF (OMS, 2001), ya que permite identificar el entrecruzamiento de variables y destacar la importancia del entorno de la persona:

En esta clasificación, funcionamiento y discapacidad son dos polos extremos de la misma dimensión, que debe registrarse en tres áreas: Funciones y estructuras corporales, Actividades individuales y Participación en la sociedad. El funcionamiento de una persona se evalúa dentro de un contexto; se concibe al individuo en interrelación compleja con su medio, no aislado. El ser humano es finalmente reconocido por su complejidad bio-psico-social” (Aznar y Castañón, 2008, pp. 233-234).

En esta línea, la AAIDD (2011) explica que la discapacidad intelectual como parte de la evolución de la conceptualización de la discapacidad en general, ya no se considera un rasgo absoluto y fijo de la persona, sino un constructo socioecológico y multidimensional del funcionamiento humano que resulta de la interacción entre la persona y su ambiente, centrado en el rol de los apoyos individualizados y en la comprensión de los principios inherentes al movimiento social de la discapacidad (pp. 19-20).

La AAIDD se constituye en la referencia teórica de alcance internacional para la comprensión, definición y clasificación de la discapacidad intelectual. Mediante manuales,

elabora y difunde información vigente y directrices para definir, diagnosticar e instrumentar apoyos adecuados.

Según la undécima edición del manual de la AAIDD (2011), la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas que se originan antes de los 18 años tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, expresadas en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta definición sustituye el término retraso mental por el de discapacidad intelectual, siendo esta denominación la más utilizada en diferentes países y ámbitos.

Asimismo, plantea cinco premisas esenciales que clarifican y detallan la forma de aplicación de este concepto:

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
3. En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.
4. Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
5. Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI<sup>1</sup> generalmente mejorará (p. 25).

Cabe destacar la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual (OPS y OMS, 2004), ya que plantea una enunciación clara acerca de los derechos de las personas con discapacidad intelectual:

Esta Declaración pretende ser un instrumento guía para todas las organizaciones internacionales, los poderes públicos y las sociedades civiles respecto de la autodeterminación, la participación social y los derechos fundamentales de las personas con discapacidad intelectual, con el propósito de asegurarles una ciudadanía plena (Aznar y Castañón, 2008, p. 236).

Por otro lado, la discapacidad mental se plantea en esta investigación como una categoría modificada en el transcurso del tiempo y los contextos socio-históricos en función de los modelos que atraviesan el campo de la salud mental. En el mismo, un conjunto de instrumentos normativos internacionales sobre derechos humanos y salud mental, propician la transformación del paradigma médico-psiquiátrico a comunitario, en paralelo al surgimiento del modelo social. Una de las referencias históricas la constituye la Declaración de Caracas (1990).

En Argentina, uno de los hitos de relevancia que inscribe legalidad a dicha transformación, es la sanción de la LNSM en 2010. La misma recepta los estándares internacionales y es considerada de avanzada a nivel mundial. Reconoce el derecho a la protección de la salud

---

<sup>1</sup> Discapacidad intelectual.

mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. Sus lineamientos tienen implicancia directa en el ejercicio profesional de Terapia Ocupacional, entre los cuales se menciona la atención con enfoque interdisciplinario orientada a la promoción y/o restitución de lazos sociales, el reconocimiento de las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental, la adecuación de los manicomios hasta su sustitución definitiva, el establecimiento de la internación como último recurso terapéutico y la atención en hospitales generales y dispositivos con base en la comunidad.

Inaugura una nueva concepción teórica en relación a la discapacidad mental, ya que reivindica y prioriza la condición de persona y la multiplicidad de factores que intervienen en la salud mental, definida como: "(...) un proceso determinado por componentes históricos, socio- económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona."

Recuperando el último fragmento de la definición y, en consonancia con el modelo social, se puede señalar que la construcción social involucra el compromiso del Estado, de la sociedad como así también del campo disciplinar y profesional de Terapia Ocupacional. Teniendo en cuenta que su objeto de estudio es la persona en ocupación, se enfatiza una visión de la condición humana de carácter interdependiente, en redes y de experiencias personales y vitales indisociables de una cultura y sociedad:

(..) terapeutas ocupacionales contamos con una herramienta de gran potencial transformador, que es nuestro objeto de estudio e intervención: el hacer humano y las ocupaciones. Son procesos socio-culturales, en los que convergen múltiples aspectos: lo singular y lo colectivo, lo histórico y lo cotidiano, lo socio-cultural y lo ambiental, y promueven cambios en el propio sujeto y en su entorno (Vinzón y Aparecida de Olivera L., 2011, p. 56).

A medida que se desarrolla la perspectiva de derechos expuesta, comienza a ampliarse el campo disciplinar y profesional de Terapia Ocupacional hacia un marco epistemológico de base latinoamericana, social, comunitaria, crítica y compleja (Terapia Ocupacional social). Un aspecto a destacar es la resignificación de la ocupación "(...) como praxis social, como actividad humana relacional, históricamente producida (...)" (Morrison, Guajardo y Schliebener, 2016, p. 51).

El desarrollo teórico metodológico se orienta hacia la prevención, protección y promoción de la salud y demás derechos, haciendo énfasis en la participación social como modo de construcción de comunidades saludables, inclusivas y sostenibles. El marco referencial proviene -entre otros instrumentos de alcance internacional- de la Declaración de Alma-Ata (1978), la cual sienta las bases de la atención primaria de salud, propiciando una transición

de los abordajes centrados en la enfermedad hacia la salud. En 1986, la Carta de Ottawa establece los principios orientadores de la promoción de la salud.

En cuanto a la especificidad del carácter social en esta área de Terapia Ocupacional: “Es importante distinguir entre lo social como parte inherente o constitutiva de los sujetos y las cuestiones sociales (...)” (Paganizzi, 2015, Guajardo, 2016 en Rossi et al., 2019, p.20). Sobre las mismas cabe mencionar el aporte de Correia et al. (2016) respecto de la conceptualización de campo social:

(...) definido por autores como Montaña (2012), Ugá (2011) y Castel (1994), como el conjunto de elementos estructurales que constituyen la génesis de la cuestión social, la cual puede ser comprendida a partir de las rupturas y vulnerabilidades de las redes sociales de soporte, derivadas de la precarización del mundo laboral y de los vínculos afectivos y de sociabilidad acentuados por el sistema capitalista (p. 12).

Galheigo (2012) remite a Morin para explicar la perspectiva compleja en relación a las cuestiones contemporáneas como realidades o problemas de carácter multidisciplinar, transversal, multidimensional, transnacional, global y planetario que no pueden ser conocidos por saberes desunidos, divididos y compartimentados. Lo complejo como lo que fue tejido junto, admite la incerteza e imprevisibilidad y sustenta la importancia de una visión poliocular para los problemas (p. 180). Asimismo, Morrison, Olivares y Vidal (2011) plantean que, desde el paradigma de la complejidad, los sistemas de salud pueden incluir un “encuadre positivo”, lo que significa hacer emerger en personas y comunidades sus capacidades, competencias, habilidades, recursos y potencialidades (p. 11).

Se propicia un posicionamiento crítico respecto de procesos de mercantilización, medicalización, individualización, adaptación y normalización de las cuestiones sociales. Dicho posicionamiento visto como: “(...) una práctica, es el saber transformador, no es un conocimiento pasivo, es la autoconciencia que reconoce las condiciones de producción en las que se dan nuestras prácticas” (Guajardo, 2014, citado en Morrison, Guajardo y Schliebener, 2016, p. 47).

En esta misma línea, Galheigo (2012) propone el papel de profesionales de Terapia Ocupacional como articuladores sociales, en lugar de adaptadores sociales, como fue en los orígenes de la profesión (pp. 180-181). También la autora resalta la importancia de la transversalidad de la perspectiva crítica en todas las áreas de actuación en Terapia Ocupacional (2007, p. 91).

El anclaje latinoamericano se consolidó al visibilizar similares condiciones sociopolíticas de los países referidas a su inscripción en el sistema neoliberal y las consecuentes desigualdades profundizadas. Esto dio lugar al estudio de la salud mental, discapacidad y rehabilitación como procesos determinados por esas realidades locales tanto en su emergencia como en su curso. Fue así como la Terapia Ocupacional social se involucró en

procesos de desinstitucionalización y acciones territoriales con comunidades en riesgo o con derechos vulnerados en pos de la justicia ocupacional, relativa a las oportunidades y recursos requeridos para la participación ocupacional. Como refirieron Townsend y Witheford (2007) la justicia ocupacional fue definida inicialmente por Wilcock y Townsend. Dichas autoras sentaron las bases para su posterior desarrollo conceptual, lo que contribuyó a instaurar la dimensión política de la Terapia Ocupacional.

Pellegrini (2011) sostiene que, en el trabajo en salud comunitaria, es necesario analizar con la comunidad sus necesidades y cómo dar soluciones con destrezas profesionales competentes. La atención debe focalizarse en la comunidad total y el sistema social que opera (p. 1).

Como campo de reflexión teórico y práctico, la Terapia Ocupacional social promueve en todos los ámbitos de actuación de ejercicio profesional, un compromiso colectivo, ético, político y sensible a los aconteceres de las personas y comunidades:

Sensible por el acogimiento de las ideas, afectos y experiencias de esos sujetos (...) Un compromiso ético, por intervenir en el plano de la vida, en sus movimientos de resistencia y afirmación; un compromiso político por la continua explicitación de los juegos de fuerzas macro y micropolíticos existentes, por la defensa de la autonomía, de la ciudadanía, y del derecho (...) (Galheigo, 2016, citado por Vinzón y Aparecida de Olivera, 2018, p. 65).

Galheigo (2007) propone objetivos y fundamentos que guían la práctica de la Terapia Ocupacional en el campo social como procesos colectivos dentro de un marco crítico. La emancipación como libertad en la autodeterminación, ir más allá de costumbres y condiciones de dominación jerárquica (desigualdad, explotación, opresión) en busca de una mejor distribución de poder y recursos. La justicia, igualdad y participación como principios de guía ética. El empoderamiento para la toma de decisiones y contemplar nuevos cursos de acción, reivindicaciones y oportunidades. La ciudadanía como la conciencia del derecho a tener derechos y la lucha por la ampliación de los mismos (p. 91).

### **III. c. Situación de pandemia por COVID-19 en Argentina.**

La investigación se situó en el marco de la pandemia por la enfermedad de COVID-19. La misma fue declarada por la OMS como emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) el 30 de enero de 2020 y caracterizada como pandemia el 11 de marzo de 2020. Una ESPII se definió en el Reglamento Sanitario Internacional como “un evento extraordinario que (...) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y podría exigir una respuesta internacional coordinada” (OMS, 2005, p. 7). La caracterización de pandemia significó, según la OPS (2020), que la epidemia se extendió por varios países, continentes o todo el mundo y que afectó a un gran número de personas.

Es pertinente destacar algunos aspectos de la enfermedad por COVID-19. La OMS (2020) define los coronavirus como una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. La enfermedad por COVID-19 es causada por el coronavirus descubierto más recientemente a partir del brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019, denominado coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV-2).

Respecto de la atención-cuidados: “Las infecciones causadas por nuevos coronavirus no tienen tratamiento específico, aunque sí se pueden tratar los síntomas que provoca. El tratamiento de los síntomas va a depender del estado clínico de cada persona” (Ministerio de Salud, s.f.).

Según la OMS (2020) los síntomas más habituales son fiebre, tos seca y cansancio. Otros síntomas menos frecuentes son dolores y molestias, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea, pérdida del gusto u olfato y erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Por otro lado, señala que la mayoría de las personas se recuperan de la enfermedad sin necesidad de tratamiento hospitalario. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes o cáncer, tienen más probabilidades de presentar cuadros graves.

En cuanto a los modos de transmisión, se propaga principalmente de persona a persona a través de las gotículas respiratorias expelidas al toser, estornudar o hablar. Además, dichas gotículas pueden caer sobre objetos y superficies que rodean a la persona, de modo que otras personas pueden infectarse si tocan esos objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca.

La OMS (2020) precisó medidas de protección básicas para prevenir la transmisión del COVID-19 como lavarse las manos con frecuencia; adoptar medidas de higiene respiratoria; mantener el distanciamiento físico; evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca; solicitar atención médica a tiempo ante fiebre, tos y dificultad para respirar y mantenerse informado/a y seguir las recomendaciones de profesionales sanitarios.

Dentro de la categorización de eventos adversos, la pandemia por COVID-19 es considerada un desastre. La ONU (2009) lo conceptualiza como:

Una seria interrupción en el funcionamiento de una comunidad o sociedad que ocasiona una gran cantidad de muertes al igual que pérdidas e impactos materiales, económicos y ambientales que exceden la capacidad de la comunidad o la sociedad afectada para hacer frente a la situación mediante el uso de sus propios recursos (pp. 13-14).

Boffeli y Demiryi (2014) ofrecen una visión de los desastres como “fenómenos complejos, multidimensionales, heterogéneos y cambiantes que afectan el bienestar y la salud de las comunidades” (p.2). Considerando la conceptualización integral de salud mental que

establece la LNSM (2010), se puede ubicar este evento en el marco de lo que se describe como incidente crítico. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación (2015) lo define como un concepto genérico que alude a sucesos potencialmente traumáticos que irrumpen de un modo impensable, dejando en suspenso los mecanismos psíquicos que sostienen la vida cotidiana de las personas. Además, implican una amenaza para la integridad psicofísica de los/las afectados/as. Las consecuencias de la exposición al evento dependen de variables como el tiempo de exposición, el soporte social, la percepción de amenaza (aun estando fuera de peligro) y el control interno. Según Bentolila (2019) hablar de incidente crítico da cuenta de una posición ética y sanitaria siendo un término asociado al concepto de salud y no de enfermedad mental. En el tratamiento de emergencias y desastres, la autora enfatiza el carácter preventivo que deben tener las políticas públicas de salud y la necesidad de proteger y promover la salud mental de la población.

Existen distintos enfoques de los estudios sobre conceptualización y abordaje en desastres. Al respecto, Bofelli et al. (2011) señalan que:

Hasta la década del 60, las áreas privilegiadas de investigación en catástrofes fueron las ciencias físicas y la ingeniería (...). De allí en más, surge una línea de investigación que plantea una visión alternativa que procura hacer visible la dimensión social (...) (p. 153).

Lavell (2006) propone un marco conceptual basado en la categoría analítica de “riesgo” como construcción social producto de las formas particulares en que sociedad y ambiente se acoplan o interrelacionan. Esta noción se configura en un proceso continuo, de necesaria contextualización socioeconómica en torno a dos condiciones dinámicas y cambiantes: amenazas y vulnerabilidades. Derivado del riesgo estructural, el riesgo de desastre significa la existencia de un nivel de daños y pérdidas probables que afectan de manera colectiva a una unidad social. En el proceso continuo, el desastre es una fase o resultado particular del desarrollo y transformación del riesgo en la sociedad. A partir de esto, presenta el concepto y práctica de gestión del riesgo de desastre como:

(...) un proceso social cuyo fin último es la reducción y atención, o la previsión y control permanente del riesgo de desastre en la sociedad, en consonancia con, e integrada al logro de pautas de desarrollo humano, económico, ambiental y territorial, sostenibles. Comprende los procesos de formulación e implementación de políticas y estrategias, acciones e instrumentos concretos de reducción y control. En principio, admite (...) niveles de intervención que van desde lo global, integral, lo sectorial y lo macro-territorial hasta lo local, lo comunitario y lo familiar. Requiere de la existencia de sistemas o estructuras organizacionales e institucionales que representen estos niveles (...) (pp. 21-22).

Esta contribución permite visualizar cada acción destinada a la mitigación de mayores y nuevos riesgos durante un desastre como lo es la pandemia por COVID-19, como parte de un proceso integral y amplio llevado a cabo por múltiples agentes sociales, de manera interdisciplinaria e intersectorial.

Frente a una pandemia causada por un coronavirus sin precedentes a escala global, se generaron acciones diferenciadas en cada país. En Argentina, por Ley Nacional N° 27.541/19, se declaró emergencia pública en distintas materias incluyendo la sanitaria hasta el 31 de diciembre de 2020. A partir de la pandemia por COVID-19, el 12 de marzo de 2020, el PEN mediante Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 260 y modificatorios, amplió dicha emergencia sanitaria por el plazo de un año a partir de la entrada en vigencia del decreto. Asimismo, se le otorgó al Ministerio de Salud de la Nación la facultad de “autoridad de aplicación” para tomar las medidas necesarias a fin de mitigar la propagación del virus y el impacto sanitario. De este modo, determinó que la forma más efectiva temporalmente para prevenir la propagación del virus era el distanciamiento social, en base a recomendaciones de organismos internacionales especializados y expertos locales.

El 20 de marzo de 2020 el PEN estableció, mediante DNU 297, el ASPO como medida sanitaria excepcional en un contexto crítico, en términos de cuidado de la salud colectiva y como obligación inalienable del Estado en su deber de proteger la salud pública y derechos derivados como la vida e integridad de las personas. La misma fue:

(...) una decisión que ha sido tomada según las normas que establecen el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos que sostiene en su artículo 22 inciso 3 que el ejercicio de los derechos a circular y residir en un Estado consagrados en el artículo 22.1 “... no puede ser restringido sino en virtud de una ley, en la medida indispensable en una sociedad democrática, para prevenir infracciones penales o para proteger la seguridad nacional, la seguridad o el orden público, la moral o la salud públicas o los derechos y libertades de los demás” (...) (Grimson, 2020, p. 6).

En el artículo 2 del DNU 297 se dispuso, para las personas habitantes o que se encuentren en el territorio argentino, la obligatoriedad de la permanencia en los domicilios habituales, la abstención a la concurrencia laboral presencial y la limitación de circulación en espacios públicos a desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos. Al estar implicada toda la sociedad en la emergencia sanitaria, el ASPO y otras medidas sanitarias requirieron de altos grados de cooperación y articulación social para prevenir y reducir la exposición al riesgo de transmisión del virus y mantener el funcionamiento del sistema de salud. Como refirieron Silva et al. (2020), la experiencia mundial de pandemia de COVID-19 desafió la capacidad de afrontamiento y las respuestas individuales y colectivas de los sistemas socio-sanitarios y económicos de los países (p. 282).

Esta medida fue prorrogada y modificada por sucesivos DNU en función de la evolución de la situación epidemiológica de la emergencia sanitaria en Argentina, tomando como base un sistema de cinco fases de administración del aislamiento. El Ministerio de Salud de la Nación (s.f.) destacó que la situación epidemiológica no fue homogénea dentro del territorio

nacional, por lo cual la administración del aislamiento adoptó una modalidad que contempló la realidad de las diversas jurisdicciones del país. A los fines de esta investigación se consideró el período comprendido entre la vigencia del ASPO, iniciado por DNU 297 el 20 de marzo de 2020 hasta el inicio del “distanciamiento social, preventivo y obligatorio” establecido por DNU 520 el 7 de junio de 2020. La selección de este período se debió a que, durante el mismo, profesionales de Terapia Ocupacional implementaron teletrabajo en mayor medida que durante el período posterior, al comenzar a habilitarse la atención presencial, en el marco de la supresión de restricciones en función de las fases de administración del aislamiento.

### **III. d. Teletrabajo de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental durante el ASPO.**

La Terapia Ocupacional como disciplina y profesión socio-sanitaria está implicada en el proceso de respuesta ante desastres ya que éstos:

(...) pueden ocasionar pérdida de vidas, daños materiales, severas pérdidas económicas y reducción de las oportunidades ocupacionales. Los desastres pueden afectar la salud de una persona, su capacidad física y sentido de bienestar, y perjudicar la habilidad de participar en las actividades de la vida familiares y valoradas (WFOT, 2016, p. 1).

Por tal motivo, la WFOT (2014, 2016) reconoce la importancia de instrumentar estrategias de reducción de riesgo de desastre en colaboración y coordinación con las partes interesadas (p. 1). Además, señala que dichas estrategias deben estar basadas en los derechos, ser equitativas, estar centradas en las personas y garantizar la inclusión, entre otros aspectos (p. 1).

Ariño et al. (2016) indican que el tratamiento de la problemática de los riesgos de desastres y de los desastres mismos implica un compromiso político y social de Terapia Ocupacional, basado en la ocupación como derecho y enriquecido con las contribuciones de justicia ocupacional y las diferentes formas de injusticia ocupacional. Asimismo, enfatizan como necesario:

(...) avanzar por un lado en la comprensión de las causas que los producen y por otro, elaborar políticas, programas y planes que reduzcan el riesgo. La reducción de riesgos constituye una cuestión política de características integrativas y transversales por ser procesos sociales complejos, multisectoriales e interdisciplinarios de alcance local, regional e internacional, que se proponen como objetivo, prevenir y preparar la respuesta ante desastres y emergencias (p. 31).

Las características distintivas de la pandemia de COVID-19 fueron que toda la sociedad se encontró en la potencial situación de damnificación y que la única medida sanitaria más efectiva encontrada en el período de ASPO fue el distanciamiento social. Esto generó cambios en el cotidiano de personas y comunidades y llevó también a reformular los procesos terapéuticos, como los servicios de Terapia Ocupacional. Los mismos se encontraron en la necesidad de modificar la modalidad presencial para preservar el cuidado de la salud de las

personas implicadas. De modo simultáneo, con el objetivo de continuar y sostener dichos servicios, se incrementó la implementación de modalidad remota/a distancia como una alternativa oportuna y forma de organización y ejecución del trabajo pertinente para dicho fin. Esta modalidad involucró lo que la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2008) definió como contexto virtual:

Escenario en el que la comunicación se produce por ondas o por computadoras y con ausencia de contacto físico. Incluye la existencia de un ambiente simulado o en tiempo-real o cercanos al tiempo, vía salas de chat, correo electrónico, videoconferencia y transmisiones de radio (p. 31).

Relacionando esto con el aporte precedente de Ariño et. al, se plantea la modalidad de provisión de servicios remotos/a distancia como una posible estrategia de reducción de riesgos de desastre en el marco de una política de cuidado a la salud pública como el ASPO. Se visualiza así la integralidad y transversalidad necesarias en distintos niveles y sectores sociales, como asimismo la responsabilidad indelegable del Estado como garante de la promoción y ejercicio de derechos, para generar soluciones efectivas a procesos sociales complejos.

Una variedad de términos y acepciones se encuentran en la bibliografía respecto de dicha modalidad de provisión de servicios, por ejemplo: telesalud, teleasistencia, telerehabilitación, teleterapia, telemedicina, entre otras. En esta investigación se selecciona el término “teletrabajo”, ya que abarca la variedad de ámbitos de actuación en Terapia Ocupacional. Tal concepto refiere a:

(...) la labor de un terapeuta ocupacional que trabaja a distancia (de una manera flexible), utilizando Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs). Dicho término también engloba a la telesalud, que se refiere a la misma situación laboral, y adicionando un requisito de confidencialidad relacionado con la salud del destinatario del servicio (AATO, 2020, p. 1).

Las TICs surgen, como refiere Osio Havriluk (2015), a partir de la globalización como característica esencial de la denominada sociedad de la información. Esto lleva a nuevos cambios sociales en diferentes áreas de la vida, desde las relaciones personales, el comercio y el trabajo (p. 411). Para la Oficina Internacional del Trabajo (OIT, 2011), entre los cambios que caracterizan esencialmente esta nueva sociedad se encuentran la generalización del uso de las tecnologías, las redes de comunicación, el rápido desarrollo tecnológico y científico y la globalización de la información (p. 12). Es así como, en el ámbito laboral, el teletrabajo se instaure como una modalidad emergente y en expansión desde comienzos de siglo XXI.

Existen numerosas definiciones en relación con las TICs. Rosario (2005) las define como:

(...) conjunto de tecnologías que permiten la adquisición, producción, almacenamiento, tratamiento, comunicación, registro y presentación de informaciones, en forma de voz, imágenes y datos contenidos en señales de naturaleza acústica, óptica o electromagnética. Las TICs incluyen la electrónica como tecnología base que soporta el desarrollo de las telecomunicaciones, la informática y el audiovisual.

A nivel regional, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013) elabora un libro en el que se sistematiza información sobre telesalud y se promocionan lineamientos estratégicos para la formulación de políticas públicas con el objetivo de impulsar su desarrollo. Un aspecto a destacar es la descripción de diversas experiencias que demuestran los beneficios del uso de las telecomunicaciones en la salud y en los desastres a partir del siglo XIX (p. 46). Esto se relaciona con los antecedentes históricos a nivel internacional y regional en telesalud, caracterizados por surgir y consolidarse en el ámbito de la medicina. Asimismo, hay una correlación entre el desarrollo de la telesalud con el de las telecomunicaciones y las TICs: teléfono (1876), radio (1895), televisión (1925), satélite (1957), pcs (1971), internet (1980) y móvil (1990). Esto queda plasmado en la siguiente cita:

(...) los orígenes de la telesalud se remonta a la aparición del telégrafo y después a la radio. La telemedicina en alta mar comenzó en la década de 1920, cuando varios países ofrecieron asesoramiento médico desde los hospitales a su flota de buques mercantes, utilizando el código Morse. Se dice que la primera llamada que hizo el inventor del teléfono fue para consultar a un médico. En los años cincuenta la telemedicina se difundió mediante circuitos cerrados de televisión en los congresos de medicina. En los años sesenta la NASA desarrolló un sistema de asistencia médica que incluía el diagnóstico y el tratamiento de urgencias médicas durante las misiones espaciales. En 1965 se transmitió una operación de corazón abierto con la ayuda de un sistema de telemedicina entre el Methodist Hospital en los Estados Unidos y el Hôpital Cantonal de Genève en Suiza (...) (p. 50-51).

En la región, se observó que México fue el primer país en introducir recursos de telesalud en procesos de atención con la experiencia mencionada de la NASA (p. 109). Argentina, desde 1986, conectó sus unidades hospitalarias en un proceso de desarrollo en informática médica, apoyado por Canadá y por la OPS. Luego, “hacia fines de los años noventa, había 2000 instituciones de salud interconectadas y algunas empezaron a hacer teleconsultas” (Oliveri, 2010, citado en CEPAL, 2013). En el año 2000, lanzó su proyecto nacional de telesalud y, aunque no fue factible, culminó un proceso de acumulación de experiencia (p. 113).

Por otra parte, dicho libro da cuenta de los múltiples factores a considerar en la instrumentación de las TICs en el marco de la telesalud como el acceso, financiamiento, distribución, usos y competencias que ocurren en contextos sociales, económicos, políticos y culturales específicos. Señala que, en América Latina y el Caribe, la complejidad para la ejecución de proyectos de telesalud es mayor en relación a los países desarrollados, dadas las inequidades sociales relativas al nivel de ingresos, el lugar geográfico y el origen étnico (p. 123). Con soporte en numerosos estudios, demuestra evidencias de beneficios en telesalud como medio para contribuir al desarrollo de un sistema de salud que satisfaga las necesidades de la población. En este sentido, menciona que:

En los países en desarrollo la telesalud es importante para mejorar el sistema de salud, porque incide sobre la oferta de servicios, agiliza diagnósticos y tratamientos, supera distancias geográficas, facilita el acceso a los servicios, mejora la calidad y contribuye a la formación profesional. Sin embargo, todavía no se ha captado bien su potencial y su incorporación ha sido lenta (p. 84).

En línea con la perspectiva de la CEPAL, Fierro, Puga y Guzmán (2020) realizan un aporte en torno al debate sobre la equidad en salud en el marco de la atención a distancia. Si bien se centran en el sistema sanitario, proveen coordenadas para la valoración del teletrabajo como política pública. Mencionan como requisitos diseñar iniciativas a nivel local y basadas en evidencia, considerando los determinantes sociales, los indicadores sanitarios y de desarrollo de las TICs para la efectividad y pertinencia del teletrabajo en el plano sanitario y social (p. 4). Abren interrogantes claves para la discusión, visualizando el teletrabajo dentro de un proceso de atención más amplio que engloba problemas estructurales concernientes a políticas, financiamiento, configuración y redes del sistema de salud (p. 5) lo que se puede extender a otros sistemas en los cuales se incluyen los distintos ámbitos de actuación en Terapia Ocupacional.

En relación a la equidad, Amado y Gala (2019) estudian dos conceptos claves que se utilizan para abordar las desigualdades emergentes en el contexto de expansión y consolidación de las TICs en la sociedad contemporánea: brecha digital e inclusión digital. Explican la conceptualización de la brecha digital primero en términos dicotómicos, es decir, entre el acceso a las TICs y la falta de este. La complejidad de la desigualdad tecnológica como parte de la desigualdad social lleva al desarrollo del concepto de inclusión digital, inscripto en el concepto más amplio de inclusión social, al recuperar e incorporar los aspectos multidimensionales de la brecha digital (p. 51-52). En su descripción señalan que:

(...) supone un conjunto de políticas públicas enfocadas en la integración de TIC en comunidades e instituciones para favorecer el desarrollo económico y social de los grupos y los países. (...) Su definición incluye no solo al acceso, sino además, a las capacidades y herramientas para el uso, la equidad y cuestiones relacionadas a la seguridad y privacidad en el uso (p. 49).

Al debate en relación al tema precedente se añade el tema del acceso a internet. La Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa, la Organización de Estados Americanos, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos en conjunto con ONU (2011) subrayan el potencial de Internet para promover el pleno goce y ejercicio de otros derechos humanos como la atención de la salud, educación, trabajo, reunión y asociación, entre otros. Por ello, indican que los Estados tienen la obligación de facilitar el acceso universal a Internet, incluyendo la adopción de medidas para personas con discapacidad.

En conformidad con ello, el artículo 9 de la CDPD (ONU, 2006), establece el compromiso de los estados parte en adoptar medidas pertinentes para el acceso a la información y las

comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, a fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida. Estas medidas incluyen la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso.

Por otra parte, la OMS (2020) emitió un documento de consideraciones en contexto de pandemia por COVID-19, manifestando que los riesgos de contraer la enfermedad podían ser mayores en determinados grupos, como las personas con discapacidad. Para prevenir, sugirió una serie de medidas de protección, debido a la relevancia de garantizar el acceso a los servicios de salud e información de salud pública (p. 2). Entre las consideraciones se destacó la de ofrecer servicios de telesalud (p. 10).

Asimismo, podría relacionarse la incorporación de telesalud con el compromiso que asumieron los estados parte en la CDPD (ONU, 2006) en su artículo 26. El mismo establece organizar, intensificar y ampliar servicios y programas de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de salud, empleo, educación y servicios sociales, garantizando la accesibilidad lo más cercano posible a las comunidades, incluyendo las áreas rurales. En suma, estos fundamentos sitúan la temática del teletrabajo en el plano del derecho, ejercicio de ciudadanía e inclusión social.

En cuanto al marco normativo en relación a teletrabajo vigente en Argentina durante el período de ASPO, se integra de manera parcial en un conjunto de leyes de regulación laboral general, con ausencia de regulación específica:

La Ley de Contrato de Trabajo (LCT Ley 20.744 del año 1976) es la principal normativa y junto con la Ley N°25.800, que ratifica el Convenio N°177 sobre trabajo a domicilio de la OIT, que promueve la igualdad de condición de este tipo de trabajadores con respecto a los presenciales. Ambas reglamentaciones cubren la actividad correspondiente a los trabajadores contratados en relación de dependencia, englobando al teletrabajo, sin mencionarlo taxativamente, sin definirlo, ni reglamentarlo puntualmente (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social –MTEySS-, s.f).

En este aspecto, Osio Havriluk (2015) destaca como desafío regular varios elementos en teletrabajo, tales como: el carácter voluntario, la vida privada, la organización del trabajo, la seguridad y salud y las condiciones de trabajo (p. 424).

Existen antecedentes en relación a políticas públicas en Argentina sobre la promoción del teletrabajo. Si bien exceden a esta investigación los alcances de las mismas ya que contemplan aspectos más generales de las relaciones laborales, su importancia radica en que sientan las bases para la implementación y desarrollo del teletrabajo en distintos ámbitos laborales, como los del ejercicio profesional de Terapia Ocupacional. Los datos, provenientes de documentos elaborados durante distintas gestiones de gobierno, tienen similitudes y discrepancias en cuanto a fechas y contenido. El manual de buenas prácticas en teletrabajo,

creado en articulación entre OIT, MTEySS y Unión Industrial Argentina (2011) aporta los siguientes antecedentes:

- Creación de la Comisión de Teletrabajo heterogénea y tripartita, con asistencia continua del MTEySS (2003).
- Creación de una Coordinación de Teletrabajo, dependiente de la unidad ministro del MTEySS (2006).
- Lanzamiento del primer Programa Piloto de Seguimiento y Promoción del Teletrabajo en Empresas Privadas (PROPET) con el monitoreo de la Coordinación de Teletrabajo (2007).
- Publicación del manual de buenas prácticas de salud y seguridad en el teletrabajo, con la participación de Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART) y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) (2007).
- Puesta en marcha de programas de certificación de competencias laborales y capacitación para jóvenes, mayores de 45 años, personas con discapacidad y personas privadas de libertad, tarea conjunta de la Coordinación de Teletrabajo y la Dirección de Fortalecimiento Institucional (s.f.).
- Coordinación del grupo de teletrabajo del plan regional de la sociedad de la información eLAC 2015, de la CEPAL, a través de la Coordinación de Teletrabajo (2005).
- Creación de la Red de Teletrabajo, integrada por empresas públicas, privadas, universidades, fundaciones y organismos públicos en articulación con la Coordinación de Teletrabajo (2009).
- Incorporación de las primeras cláusulas de teletrabajo en los convenios colectivos de trabajo (s.f.).
- Programa de Teletrabajo para el Sector Público, iniciado en el MTEySS (2010).
- Participación en el Comité Intergubernamental de Agenda Digital a través de la Coordinación de Teletrabajo (2010).
- Participación en el plan nacional de telecomunicaciones "Argentina Conectada" (2010).
- Creación del Comité Tripartito de Observatorio y Seguimiento del Teletrabajo, conformado por el MTEySS, representantes del sector empleador y del sector trabajador y la OIT, en calidad de organismo internacional asesor (2010).
- Participación de la Coordinación de Teletrabajo en las reuniones del Mercosur en Asunción, Paraguay (2011) (p. 7-9).

Luego, el Ministerio de Producción y Trabajo (2019), en el primer libro blanco nacional de buenas prácticas en teletrabajo, trabajo remoto y trabajo conectado, presenta los siguientes:

- Creación de la Comisión de Teletrabajo, de carácter tripartito, con el objetivo de elaborar un proyecto de Ley de Teletrabajo en Relación de Dependencia (2003).
- Cumbre de la Sociedad de la Información en Túnez. La Coordinación de Teletrabajo del MTEySS logra posicionar el tema quedando como líder del Grupo de Teletrabajo del e-LAC de la CEPAL hasta 2016 para luego quedarse con la vicepresidencia hasta la actualidad (2005).
- Elevación del proyecto de Ley de Teletrabajo en Relación de Dependencia (2007).
- Creación de la Coordinación de Teletrabajo, en la Unidad Ministro (2008).
- Creación del PROPET como primer programa piloto de teletrabajo para empresas (2008).
- Lanzamiento de capacitaciones en alfabetización digital y teletrabajo enfocado a grupos vulnerables (2009).
- Elaboración del Manual de Seguridad e Higiene en Teletrabajo, que se llevó a cabo junto a la SRT y las ART (2009).
- Presentación y puesta en marcha del Programa de Certificación de Competencias laborales en Teletrabajo elaborado con la Dirección Nacional de Orientación y Formación Profesional (2010).
- Creación del Observatorio de Teletrabajo, conformado por el MTEySS, representantes del sector empleador y trabajador y la OIT en calidad de organismo internacional asesor.
- Primera edición del Manual de Buenas Prácticas en Teletrabajo y Manual de Buenas Prácticas de Salud y Seguridad en el Teletrabajo (2011).
- Resolución N° 1.552 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, que definió el teletrabajo y determinó los estándares mínimos que deben cumplirse en términos de seguridad e higiene (2012). Con motivo del ASPO, se encontró suspendida.
- Elaboración de una encuesta de teletrabajo a través de la creación de un módulo especial para responder en la Encuesta de Indicadores Laborales (EIL) por un período específico (2017).
- Confección del Libro Blanco de Teletrabajo (2019) (p. 61-63).

En el marco de la pandemia por COVID-19, el MTEySS (2020) emitió algunas resoluciones vinculadas al teletrabajo. Previo a la declaración de ASPO, mediante la resolución 207, recomendó a empleadores que disminuyan la presencia de trabajadores/as a la cantidad indispensable para el adecuado funcionamiento del establecimiento laboral, adoptando a tal fin, las medidas necesarias para la implementación de la modalidad de trabajo a distancia. Luego de instaurado el ASPO, a través de la resolución 279 especificó que, cuando

trabajadores/as puedan realizar sus tareas desde el lugar de aislamiento, deberán establecer con su empleador/a las condiciones necesarias para trabajar de forma remota.

En lo relativo a Terapia Ocupacional, la WFOT (2014) señaló que las asociaciones pueden apoyar a profesionales de Terapia Ocupacional para estar involucrados de una manera más efectiva en la respuesta ante desastres (p. 2). En particular sobre teletrabajo, refirió que las competencias y guías debieran ser definidas por medio de la colaboración entre profesionales, educadores, asociaciones miembro y actores sociales relevantes, como los tomadores de decisiones (p. 2). En ese sentido, a partir de la pandemia de COVID-19, numerosas organizaciones profesionales de Terapia Ocupacional redactaron manuales; pautas; lineamientos; declaraciones de posicionamiento; fundamentos y recomendaciones; relevamientos conceptuales y de evidencia científica, entre otras producciones para la profundización teórico metodológica de la práctica de teletrabajo. Asimismo, se incrementaron las videoconferencias y webconferencias, las cuales permitieron la difusión de conocimientos y experiencias relacionadas al tema.

Un documento relevante sobre teletrabajo en el campo disciplinar y profesional de Terapia Ocupacional es la declaración de posicionamiento sobre telesalud de la WFOT (2014), en el cual realiza una descripción y establece principios orientadores para su implementación. Por un lado, especifica lo que puede considerarse como tipos o modelos de interacción, que incluyen: sincrónicos, caracterizados por implementarse en tiempo real (por ejemplo, videoconferencia, monitoreo a distancia, interacciones virtuales usando aplicaciones “apps” y tecnologías de juego virtual) y asincrónicos, es decir, aquellos que permiten producir, almacenar, revisar y reenviar contenido por transmisión de datos (por ejemplo, video, fotos, correo electrónico). Por otro lado, señala que la telesalud puede utilizarse selectivamente como parte de un modelo híbrido de provisión de servicios, lo que significa proveer algunos servicios en persona y otros a distancia (p. 1).

En cuanto a las posibles funciones y usos, las clasifica en: evaluación, intervención, monitoreo, supervisión y consulta. Hace hincapié en la importancia de que la telesalud cumpla con las mismas normas de atención que los servicios presenciales, es decir, regulaciones y políticas jurisdiccionales, institucionales y profesionales que rigen la práctica de Terapia Ocupacional (pp. 1-2). Otro aspecto a destacar es que plasma argumentos a favor, como los siguientes:

La telesalud puede mejorar el acceso a los servicios ubicados en las comunidades de los usuarios (...) a través de la transferencia del conocimiento y las habilidades de especialistas remotos a los proveedores locales de atención a la salud, estableciendo relaciones de consultoría y actuando como mentores (p. 2).

En la misma línea:

La telesalud es un modelo apropiado de provisión de servicios de Terapia Ocupacional cuando los servicios en persona no son posibles, factibles en términos prácticos, ni óptimos para la atención y/o cuando la provisión de servicios por medio de la telesalud es mutuamente aceptable para el usuario y el proveedor (p. 2).

Como consideraciones importantes para la implementación de telesalud la WFOT incluye, entre otras: utilizar el razonamiento clínico para determinar lo apropiado del uso de la telesalud con un criterio centrado en la situación de cada persona, adherirse a principios éticos como elaborar e instrumentar un consentimiento informado, emplear mecanismos para asegurar la confidencialidad y seguridad de datos personales como así también mantener y adquirir competencias en la utilización de tecnologías de telesalud (pp. 2-3).

En Argentina también se hallaron argumentos a favor del teletrabajo en Terapia Ocupacional. Por ejemplo, en cuanto a posibles efectos de su instrumentación en pandemia de COVID-19, Albino et al. (2020) destacaron que: "(...) permitió ingresar al hogar de usuarios y usuarias, realizar intervenciones contextuadas con mayor precisión y destinar más tiempo a la orientación y acompañamiento de la familia, en relación a los objetivos planteados como así también en las situaciones emergentes del contexto actual" (p. 3).

Un documento que revistió importancia y sentó un precedente en la temática de teletrabajo en Terapia Ocupacional en Argentina fue la declaración de posicionamiento de la AATO (2020), resaltando entre los beneficios más significativos la satisfacción de los/as usuarios/as, la posibilidad de brindar servicios en diferentes campos de trabajo, la facilidad para trabajar de manera colaborativa con otras profesiones y la efectividad de las intervenciones. Asimismo, presentó una conceptualización, historización, revisión de antecedentes, principios y consideraciones para la puesta en práctica. Sobre el último aspecto, indicó una serie de aspectos a considerar como factores críticos entre los cuales se incluyen la singularidad de los/as usuarios/as de los servicios, las demandas de la actividad, las habilidades de desempeño, los objetivos de la intervención, las especificaciones de la tecnología, el acceso a infraestructura del usuario, los patrones de desempeño en sus contextos, entre otros (p. 3).

Las prestaciones que proveen profesionales de Terapia Ocupacional con modalidad de teletrabajo se ajustan al marco legal y ético que rige para el ejercicio profesional. En lo legal, la AATO en la declaración precedente, incluye el artículo 31 de Ley Nacional N° 11.723/33 de propiedad intelectual y sus modificatorias sobre el consentimiento del retrato fotográfico, Ley Nacional N° 25.326/00 de protección de los datos personales y Ley Nacional N° 27.051/14 del ejercicio de la profesión de terapeutas ocupacionales, terapeutas ocupacionales y licenciados en Terapia Ocupacional (p. 4-5). El ejercicio profesional en Rosario, está regulado por la Ley Provincial N° 13.220/11 y el Código de Ética del Colegio de Terapeutas Ocupacionales 2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe. Entre las consideraciones éticas que señala la AATO, se encuentra el consentimiento informado, libre y voluntario, la

utilización de TICs recomendadas en la literatura que garanticen la protección y confidencialidad de la información de los/as usuarios/as, la capacitación continua y la evaluación de la jurisdicción de desempeño profesional contando con matrícula habilitante, entre otras (p. 5-6).

En lo atinente al ejercicio profesional con personas con discapacidad intelectual y/o mental, existen distintos ámbitos de actuación socio sanitarios cuya habilitación y prestaciones están sujetas a regulaciones y políticas públicas en materia de discapacidad y salud mental. El marco legal en discapacidad incluye una serie de normativas que fueron modificándose y ajustándose al paradigma actual en derechos humanos, aunque persisten instrumentos acordes al modelo médico rehabilitador, como la Ley Nacional N° 22.431/81 Sistema de protección integral de los discapacitados. Esta ley inaugura los primeros “servicios” destinados a personas con discapacidad.

La Ley Nacional N° 24.901/97 Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, contempla acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos. Queda comprometido el sistema de las obras sociales y empresas de medicina prepaga a la cobertura de las prestaciones y el Estado a brindarlas en el caso de que los/as beneficiarios/as no puedan afrontarlas.

En cuanto a la habilitación de ámbitos de actuación bajo dichas modalidades prestacionales rige en la actualidad la Resolución N° 1.328/06 Marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas con discapacidad. En la misma se describen los establecimientos, su habilitación y categorización, recursos físicos, tecnológicos y humanos necesarios para la atención de personas con discapacidad. Se posibilita a partir de ello la conformación de establecimientos especializados para el alojamiento, tratamiento, rehabilitación y abordaje terapéutico.

En lo que respecta a las prestaciones en salud mental, existen normativas específicas entre las cuales se destacan la LNSM (2010) y la Resolución 1484/15 Normas mínimas para habilitación de establecimientos y servicios de salud mental y adicciones.

A excepción de estas últimas, las normativas precedentes establecen como requisito certificar la discapacidad para ejercer derechos y acceder a prestaciones de salud, transporte, asignaciones familiares, exención de impuestos, entre otros. Esto se realiza mediante el denominado Certificado Único de Discapacidad (CUD), documento público de validez nacional, de tramitación voluntaria y gratuita. El mismo está vigente por el artículo 3° de la Ley Nacional N° 22.431/81 Sistema de protección integral de los discapacitados, modificado por el artículo 1° de la Ley Nacional N° 25.504 homónima.

La evaluación es realizada por una junta evaluadora interdisciplinaria que determina si corresponde la emisión. Las herramientas de evaluación que se aplican de manera conjunta

son dos clasificaciones de la Familia de Clasificaciones Internacionales desarrolladas por la OMS (1992, 2001): la CIE-10 y CIF. Ambas se articulan para la confección de un perfil de funcionamiento que entrama condición de salud, tipo de deficiencia, causa y origen de la deficiencia, actividad y participación y factores ambientales.

Cabe señalar que cada tipo de discapacidad presenta una normativa específica para su certificación. En cuanto a discapacidad intelectual y mental, se encuentran unificadas y rigen bajo la Disposición N° 648/15 (SNR, 2015). De este instrumento de aplicación práctica se extrae una conceptualización y diferenciación entre ambas discapacidades, ya que brinda criterios técnicos y objetivos para la certificación y el posterior acceso a derechos.

La discapacidad mental o psicosocial es definida como un término global que refiere a deficiencias en procesos cognitivos, afectivos y/o del comportamiento en las estructuras del sistema nervioso y en las limitaciones de la persona al realizar una tarea en un contexto/entorno, tomando como parámetro su capacidad o habilidad real sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas.

Por otro lado, la discapacidad intelectual es entendida como un trastorno que comienza durante el período de desarrollo -antes de los 18 años-, y se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en dominios conceptuales, sociales y prácticos. Asimismo, es un término que reemplaza el de retraso mental y constituye una parte integrante de la diversidad humana.

La orientación prestacional que perciben las personas con discapacidad depende de múltiples factores. Debido a esto, en la evaluación y certificación de la discapacidad en su protocolo actualizado, se incorporan variables sociodemográficas y socioeconómicas, con el objeto de cumplir con un enfoque de certificación biopsicosocial que reconozca a las personas con discapacidad como sujetos de derechos.

Una vez descrito el esquema en el cual se enmarcan las prestaciones para personas con discapacidad, se requiere hacer una mención a organizaciones del Estado con injerencia en materia de discapacidad durante la vigencia del período de ASPO. La Agencia Nacional de Discapacidad emitió una serie de resoluciones que suspendieron las prestaciones bajo modalidad presencial, a excepción de las de índole habitacional. Asimismo, contempló la garantía de prestaciones bajo modalidad a distancia (teletrabajo) para beneficiarios/as del Programa Federal Incluir Salud.

Por su parte, la SSS a través de la Resolución N° 282/2020 consideró necesario tomar medidas oportunas a fin de mitigar el impacto en el sistema de salud y su población beneficiaria, garantizando la continuidad de asistencia y tratamientos esenciales. Entre dichas medidas recomendó que, durante el plazo de vigencia de la medida de ASPO, los agentes del seguro de salud y las entidades de medicina prepaga implementen y fomenten el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta. Por otro lado, estableció que dichas entidades

se encontraban a cargo de determinar la cantidad de sesiones o consultas autorizadas bajo la modalidad remota y definir los procesos utilizados como así también la auditoría posterior.

Por otra parte, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación (2020) recomendó, respecto de la asistencia y continuidad de la atención ambulatoria en salud mental durante la pandemia de COVID-19, arbitrar los medios para que la misma pueda ser llevada adelante de manera remota.

#### **IV. Justificación**

La pandemia de COVID-19 y las consecuentes medidas sanitarias adoptadas por el Estado como el ASPO, obligaron a la interrupción de la modalidad presencial de provisión de servicios de Terapia Ocupacional y, por consiguiente, a la necesidad de adecuarlos a través de medios y modalidades alternativas y eficaces que posibiliten su continuidad. Así fue como el teletrabajo adquirió preponderancia como herramienta para dar respuesta a la problemática, revelando su idoneidad.

Previamente y a raíz de la pandemia, en el campo disciplinar y profesional, múltiples asociaciones con distintos niveles de alcance (por ejemplo: nacional, regional e internacional) realizaron declaraciones de posicionamiento, lineamientos para el ejercicio y otros documentos sobre teletrabajo y su instrumentación.

Por su parte, la WFOT (2014) se pronuncia a favor, argumentando que constituye un modelo apropiado de provisión de servicios cuando los servicios presenciales no son factibles ni óptimos para la atención y/o cuando es mutuamente aceptable para personas usuarias y proveedoras. Además, añade que puede mejorar el acceso a los servicios ubicados en las comunidades de los/las usuarios/as (p. 2), relacionado con el artículo 26 de la CDPD (ONU, 2006) sobre ampliar servicios y garantizar su accesibilidad.

En la misma línea, la OMS y el Banco Mundial (2011) en el Informe Mundial sobre la Discapacidad, afirman que la telerrehabilitación “(...) puede aumentar la capacidad y accesibilidad (...) ya que permite las intervenciones a distancia” (p. 133). Asimismo, agregan que “cada vez hay más pruebas de la eficacia y eficiencia de la telerrehabilitación que demuestran que esta puede conseguir resultados clínicos semejantes o mejores que las intervenciones convencionales” (p. 134).

De este modo, el teletrabajo se visualiza como tema emergente y de relevancia para la sistematización de experiencias y producción de nuevos conocimientos locales en el campo profesional y disciplinar, ya que la evidencia en el mismo demuestra un predominio de estudios internacionales. Por otro lado, existe escasa investigación en relación a los diversos ámbitos de actuación en los que se desempeñan profesionales de Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual y/o mental, a lo que se añade la particularidad de la pandemia de COVID-19 debido al carácter reciente e inédito de la misma.

La Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales (2020) afirmó la necesidad de colocar énfasis en la discusión técnica, política y ética que conlleva la estrategia de teletrabajo (p. 279). Desde ese posicionamiento, esta investigación se propuso como un aporte en la especificidad de la actuación de profesionales de Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual y/o mental.

## **V. Método**

### **V. a. Tipo de estudio**

La investigación se sustentó en un diseño cualitativo. Taylor y Bodgan (2000) mencionaron acerca del mismo que "(...) produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (...)" (pp. 19-20).

Conforme con la clasificación de Babbie (2000) en relación con los diferentes propósitos en investigación social, tuvo un alcance exploratorio, ya que el objeto de estudio fue un tema de interés reciente en la disciplina y el objetivo estuvo orientado a un mayor conocimiento general sobre el mismo. Otro aspecto fue que las categorías de análisis se elaboraron durante el desarrollo de la investigación (pp. 72-73).

### **V. b. Instrumento de recolección de datos**

En primer lugar, se realizó una búsqueda de antecedentes sobre la temática en fuentes científicas, combinando palabras clave empleadas en la presente investigación. Se encontró contenido en: International Journal of Telerehabilitation ([telerehab.pitt.edu](http://telerehab.pitt.edu)), PubMed ([pubmed.gov](http://pubmed.gov)), The American Journal of Occupational Therapy ([ajot.aota.org](http://ajot.aota.org)) y Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional – REVISBRATO ([revistas.ufrj.br/index.php/ribto](http://revistas.ufrj.br/index.php/ribto)). Se evidenció un predominio de la temática de teletrabajo con personas con discapacidad intelectual y/o mental del ciclo vital de niñez y adolescencia. Desde una lectura crítica, se identificaron aportes que se registraron en la sección **III. Marco teórico III. a. Antecedentes**, para el posterior análisis de datos.

El trabajo de campo se llevó a cabo empleando la técnica de grupo focal. Archenti (2007) la conceptualizó como un tipo de entrevista grupal enmarcada en enfoques cualitativos, cuya dinámica se basa en organizar un grupo particular de personas para que discutan un tema determinado, lo que constituye el objeto de la investigación. La información, producto de la interacción generada que refleja las perspectivas y experiencias grupales, se registra y clasifica para su análisis. Finalmente, el material se analiza para elaborar consideraciones finales y sugerencias (p. 227).

Para acompañar el instrumento, se diseñó y utilizó una Guía temática (Anexo II) basada en la revisión bibliográfica. En la misma se consignaron preguntas que guiaron y ordenaron la información que se pretendía relevar en función de los objetivos. Asimismo, se planteó de carácter semiestructurada de modo de favorecer la flexibilidad, dinamismo y apertura a otras derivaciones de temas que podían surgir en la interacción grupal.

### **V. c. Definición de la muestra**

Los criterios de inclusión de las participantes fueron los siguientes:

1. Profesional de Terapia Ocupacional que ejerza en ámbito de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario y haya implementado teletrabajo durante el ASPO por la pandemia de COVID-19.

2. Contar con acceso a Internet y plataforma de videoconferencias Google Meet.
3. Haber aceptado y firmado las hojas de Consentimiento Informado, Libre y Voluntario (Anexo I).

En cuanto al tamaño muestral, se estableció una cantidad mínima de tres y máxima de cuatro, utilizando dos criterios. La cantidad mínima correspondió al criterio de componer una muestra heterogénea de profesionales de Terapia Ocupacional que ejercieran en distintos ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental de diversos grupos etarios. La cantidad máxima se seleccionó a partir de posibilitar un margen de participación equitativa para el intercambio grupal en base al tiempo estimado para la realización de la técnica de grupo focal. La muestra estuvo conformada por un grupo intencionalmente construido de cuatro participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **V. d. Procedimiento**

Para acceder a la muestra, se identificaron las potenciales participantes mediante informantes clave. Posteriormente, se estableció una comunicación telefónica y/o por correo electrónico para presentar la propuesta, facilitando las hojas de información y firmas del Consentimiento Informado, Libre y Voluntario (Anexo I). En la primera, se detalló información de la investigación relativa a: título, objetivos, resguardo y confidencialidad de datos personales, autorización para grabación de la recolección de datos, fines de la información obtenida, invitación libre y voluntaria a la participación y su revocabilidad. En la segunda, se dejó asentada su decisión de participar a través de su firma.

La modalidad de implementación de la técnica de grupo focal se realizó en un encuentro virtual sincrónico a través de la plataforma de videoconferencias Google Meet, cumpliendo con los resguardos de privacidad y seguridad. Para ello, se acordó con todas las participantes una fecha y hora y se envió una breve Guía para la participación en la plataforma Google Meet (Anexo III), de lectura sugerida.

El encuentro virtual fue grabado utilizando un programa de grabación de pantallas virtuales. Durante el desarrollo, la investigadora actuó como moderadora y efectuó la Guía temática (Anexo II).

#### **V. e. Procesamiento y análisis de los datos**

En un primer momento, se realizó la transcripción textual de la grabación del encuentro virtual sincrónico. Luego, para sistematizar la información recopilada, se realizó análisis de contenido con el objeto de: "(...) formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto (Krippendorff & Wolfson, 1990, p. 28)." Para ello, se identificaron categorías temáticas a partir de la Guía temática (Anexo II) y temas emergentes de la interacción grupal. De este modo, se pretendió responder a los objetivos de investigación.

## **VI. Resultados**

El 10 de diciembre de 2020 se efectuó la técnica de grupo focal mediante un encuentro virtual sincrónico, utilizando la plataforma de videoconferencias Google Meet. La muestra estuvo constituida por cuatro participantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Al comenzar, se mencionó el título y objetivos de la investigación y luego se consultó a cada una su autorización para efectuar la grabación del encuentro. El mismo tuvo una duración de sesenta minutos aproximadamente.

A los fines de preservar la confidencialidad de los datos personales, se designó a las participantes como P1, P2, P3 y P4. La información se organizó de acuerdo a categorías temáticas a partir de la Guía temática (Anexo II) y temas emergentes de la interacción grupal, respetando el orden en que cada participante intervino.

En base al primer objetivo específico: "Identificar ámbitos de actuación de profesionales de Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario", el cual se correspondió con la 1ª dimensión de la Guía temática (Anexo II), se obtuvo la siguiente información:

### **Ámbitos de actuación de profesionales de Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario**

Se invitó a las participantes a presentar el ámbito de actuación donde ejercían profesionalmente teniendo en cuenta aspectos como: trayectoria/experiencia en el tiempo, tipo de establecimiento, sector/subsector y población atendida.

P1 hace cinco años trabaja en una Escuela de Formación Integral del ámbito privado - apadrinada por una fundación- con jóvenes de catorce a veintidos años con discapacidad intelectual y sensorial.

P2 tiene ocho años de experiencia en el trabajo con personas con padecimiento mental y tres con personas con discapacidad intelectual. En la actualidad se encuentra ejerciendo en dos instituciones privadas: por un lado, en una Clínica de Salud Mental en el Hospital de Día con adultos/as y adultos/as mayores y en Internación con jóvenes, adultos/as y adultos/as mayores y, por otro lado, en un Centro de Día para personas con discapacidad con jóvenes y adultos/as entre los veinte y treinta y cinco años.

P3 ejerce hace siete años su trabajo con personas con discapacidad intelectual en distintas instituciones, en una de ellas hace siete años y en otra hace tres o cuatro años aproximadamente. Se desempeña en un Centro Educativo Terapéutico y en un Servicio de Aprestamiento Laboral, que pertenecen a dos fundaciones diferentes y, aunque son privadas, aclara que: "(...) los usuarios que asisten no pagan una cuota porque entra todo a través del Certificado Único de Discapacidad." En ambas instituciones trabaja con jóvenes y adultos/as entre dieciocho y cuarenta y cinco años.

P4 comienza sus primeros trabajos hace 7 años. En la actualidad se desempeña en un Centro de Rehabilitación privado para niños/as y adolescentes desde el año y medio hasta diecisiete años.

En relación al segundo objetivo específico: “Describir experiencias de teletrabajo desde la perspectiva de profesionales de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario, durante el ASPO por la pandemia de COVID-19”, se obtuvieron los siguientes resultados enmarcados en categorías elaboradas a partir de la 2ª dimensión de la Guía temática (Anexo II) y temas emergentes de la interacción grupal:

### **Tipos/modelos de interacción en teletrabajo**

Inicialmente se abrió el debate acerca de los tipos y modelos de interacción en teletrabajo en base a la conceptualización de la WFOT (2014), que los caracterizó como sincrónicos y/o asincrónicos y de transmisión de datos. Asimismo, se consultó por el modelo híbrido, es decir, la provisión mixta de servicios tanto presenciales como virtuales. Cabe destacar que se complementó la pregunta sobre otros recursos utilizados que no correspondían necesariamente con esas categorías.

P1 comenzó mencionando una experiencia previa a la pandemia de COVID-19: “En la Escuela nosotros ya teníamos funcionando un grupo de Whatsapp de padres” y agregó que, a partir de la misma:

(...) Lo que se hizo en una primera instancia fue una comunicación vía Whastapp y después se empezaron a hacer videollamadas con los alumnos. Con algunos me comunico por Whatsapp, con otros por mail, porque prefieren por mail y en algunos casos muy puntuales llamadas. Lo que más usamos es videollamadas por Whatsapp y por Meet, modelos sincrónicos.

En cuanto al modelo híbrido u otros recursos de combinación de asistencia presencial y virtual, manifestó: “La mayor parte del trabajo fue virtual. Se enviaron materiales, cuadernillos que envió el Ministerio de Educación de la provincia que requieren adaptación del docente y fueron pocos los que accedieron.”

La experiencia de P2 también demostró una prevalencia de modelos sincrónicos, con una distinción en cuanto a los dispositivos utilizados en los dos espacios en los que se desempeña profesionalmente:

En el Centro de Día fue sostener los espacios de taller que había a través de las videollamadas de Whatsapp, también enviamos algunos videos en algunas ocasiones. Con los usuarios de la Clínica de Hospital de Día hicimos llamadas, la mayoría tenía teléfono fijo.

Con respecto al modelo híbrido u otros recursos, refirió que en ambas instituciones se enviaron o se organizó para que los/las concurrentes se acercaran a retirar cuadernillos en formato físico.

En cuanto a P3, en ambas instituciones donde trabaja implementó modelo sincrónico, asincrónico e híbrido: “Trabajamos con videollamadas desde el inicio prácticamente, sosteniendo los espacios de los talleres, con menos carga horaria. También trabajamos con el envío de actividades con distinta frecuencia, en una de las instituciones fue quincenal, en otra mensual.” Sobre dichas actividades, mencionó algunas especificaciones que se tuvieron en cuenta para llevarlas a cabo: “(...) Nos encargábamos desde Terapia Ocupacional de recibir lo que cada tallerista hacía, editarlo con formato cuadernillo, adaptar lo que nos parecía que necesitaba de alguna adaptación y reenviarlo” y para el acceso a los mismos: “Se distribuían desde distintos lugares, a veces por Whatsapp, a veces por mail. Con casi todos los jóvenes, además de la virtualidad, se hizo entrega del cuadernillo en papel.” Finalizó puntualizando que en algunas ocasiones se enviaron videos mediante celulares debido a una mayor facilidad en el manejo de dichos dispositivos por parte de los/las jóvenes.

P4 también tuvo experiencia con modelos sincrónicos y asincrónicos, produciéndose cambios en función del tiempo y las necesidades que surgían:

Inicialmente fue más asincrónico como pensar actividades, propuestas en equipo y coordinar para enviar. Después nos dimos cuenta que era un montón con todas las actividades que había ya en casa, entonces empezamos a pensar en una dinámica de una vez por semana un área: Terapia Ocupacional, Kinesiología o Fonoaudiología. En esa instancia a veces era por videollamadas, donde trabajábamos cuestiones más puntuales que estaban surgiendo y, en otros casos, planificábamos enviar propuestas en función de las necesidades de las familias.

Sobre el modelo híbrido u otros recursos expresó que, mientras duró el período de ASPO, se implementó sólo teletrabajo.

### **Proceso de Terapia Ocupacional**

#### **Funciones de evaluación, intervención, monitoreo, supervisión y consulta.**

En esta categoría temática se indagó sobre las funciones consideradas por la WFOT (2014), abriendo la pregunta a variantes de las mismas. El total de las participantes destacaron que las funciones desarrolladas se enmarcaron en un trabajo en equipo interdisciplinario, por lo cual en ocasiones se expresaron en plural y comentaron aspectos de la particularidad de dicho trabajo.

P1 se refirió a aspectos generales de la institución: “(...) Es una adaptación constante según las demandas y necesidades que vayan surgiendo tanto del cuerpo docente como de los chicos”. A partir de la pandemia de COVID-19, durante el período de ASPO, las funciones desde el área de Terapia Ocupacional se centraron en: consulta con personal docente para adaptar el material y hacerlo accesible a cada persona y, por otro lado, organización en torno al armado de grupos y la comunicación con docentes en modalidad virtual, rol atribuido por su mayor manejo de las TICs.

Continuó P2 haciendo una diferenciación entre el Centro de Día y la Clínica de Salud Mental. En el primero, tuvieron una etapa de evaluación a partir de la cual se efectuaron intervenciones en cuadernillo o por videollamadas. Asimismo, enfatizó el seguimiento como una función constante y destacó sobre el trabajo en equipo: "(...) En constante comunicación con el resto de los profesionales, más que nunca (...)." En la otra institución, se realizó en mayor medida un seguimiento y acompañamiento, dando como ejemplo la reorganización de la rutina de los/las concurrentes en su vida diaria. También mencionó una función en común en ambas instituciones: "(...) Estar atento a las necesidades que iban surgiendo para ver qué intervención se podía hacer a fin de asegurar que las necesidades básicas estén satisfechas, como la alimentación, y por otro lado trabajar las medidas de prevención."

Luego P3 aseveró lo expresado por P2: "(...) Con más comunicación porque teníamos que dedicarle más tiempo y atención a cuestiones que en lo presencial uno muchas veces pasa por alto", en su caso como parte de los equipos de coordinación en ambas instituciones. En cuanto a la función propia de Terapia Ocupacional, en la especificidad del trabajo de inclusión laboral, ciertas intervenciones como la búsqueda y colocación de jóvenes en espacios de pasantía y acompañamientos laborales estuvieron interrumpidos incluso en quienes ya tenían trabajo, debido a decretos emitidos durante el ASPO que establecían que toda persona con CUD era considerada persona de riesgo. Concluyó señalando que: "(...) Los acompañamientos laborales, evaluaciones y seguimientos los continuamos haciendo virtual con los jóvenes que pudieron trabajar y, con los que no, trabajamos refuerzo de hábitos laborales virtualmente."

En el caso de P4, con niños/as que iban a empezar en marzo decidieron en equipo no iniciar tratamientos en forma virtual: "Nadie se sentía capacitado para poder generar un vínculo sin habernos visto antes (...)." En la mayoría de los casos sólo se dio continuidad a tratamientos ya iniciados, y sobre ello se articularon los alcances y el trabajo que venían desarrollando en el consultorio desde la rehabilitación física y el abordaje de integración sensorial:

(...) Era muy complejo con algunos pacientes pensar intervenciones desde casa. Hubo familias que fueron muy predisuestas, entonces nos sentábamos en el piso con un muñeco, mostrábamos algunos ejercicios, probaban hacerlos y nos mandaban algún video o actividades y en otros casos lo que fuimos haciendo fue trabajar en el cotidiano que tenían, cómo era su rutina, más en relación a las actividades de la vida diaria y en función de eso después pensábamos actividades a reforzar (...).

Por último, reafirmando lo dicho por otras participantes, añadió: "(...) La intervención en sí misma se vio en todos los casos que traemos modificada necesariamente, pero con muchos recursos que si no hubiera sido así tampoco hubieran aparecido y estuvieron buenos."

### **Objetivos, estrategias y recursos.**

P1 remarcó que dichas variables dependieron mucho del acompañamiento de la familia y que, si bien algunos objetivos que tenían de trabajo se hicieron más difíciles, surgieron otros más valiosos como la autonomía dentro del hogar.

P2 agregó a lo dicho por P1 en relación al acompañamiento familiar: “Podimos tener mucha más información al estar más comunicados con la familia y conocer la cotidianidad, el día a día tanto de los concurrentes como de la dinámica familiar.” Luego comentó que, en el Centro de Día, no hubo modificaciones sobre estas variables, sí con un mayor enfoque hacia la prevención de COVID-19. Por otro lado, en el Hospital de Día sí hubo modificaciones frente al impedimento de sostener los objetivos e intervenciones grupales, por lo que se orientó a un seguimiento individual.

Continuó P3 presentando un nuevo objetivo de sostén en ambas instituciones, ya que los/las jóvenes pasaron a estar en su casa todo el día con su familia y, por lo tanto, habían perdido ocupaciones por fuera del hogar. Luego amplió: “Al principio pensamos que iba a ser prácticamente el único objetivo que íbamos a poder tener y nos dimos cuenta que no, que pudieron aprender un montón de cosas virtuales y tecnológicas por la pandemia.” Por ese motivo, los objetivos de cada taller se reactualizaron y adecuaron de manera virtual y siguieron siendo viables con sus modificaciones. Las herramientas tecnológicas nuevas que estaban aprendiendo a usar los/las jóvenes, se utilizaron como parte de la intervención, pensadas para un futuro rol laboral: “(...) Apostamos a que todas esas habilidades ahora sean puestas en juego y puedan ser trabajadas el año próximo en lo que podamos hacer de presencialidad, pero que no se dejen de usar.” Otro objetivo nuevo fue en relación a las medidas de prevención, los cuidados y protocolos.

P2 sumó que, en el Centro de Día, en trabajo en equipo con una psicóloga surgió un espacio con el objetivo de sostener y acompañar a las personas cómo se sentían y cómo estaban transitando la vida cotidiana durante la pandemia de COVID-19, antes de comenzar con la actividad del taller.

P4 aseveró lo expresado anteriormente por las participantes: “(...) Esta situación obligada permitió tanto a las familias, niños y jóvenes con discapacidad, además del aprendizaje en sí de tener que estar en casa y ver el tema de la organización, a aprender y nutrirse de muchos recursos” y continuó respecto de su ámbito de actuación: “(...) Con niños con problemáticas más subjetivas se observaron cosas muy lindas en función de compartir más tiempo familiar. (...) Se abrió un abanico de posibilidades que antes no estaban y hay que ver cómo darle lugar.”

P3 recordó frases que manifestaron los familiares y/o referentes afectivos de los/las concurrentes de su ámbito de actuación: “(...) Yo no sabía que mi familiar era tan autónomo”, “no sabía que él o ella podía hacer esto” (...) “me encontré conviviendo con un adulto”.

## **Barreras y apoyos**

P1 indicó que la principal dificultad fue el acceso a recursos tecnológicos que necesitaban para estar comunicados, debido a las desigualdades sociales. También se refirió a la diversidad de posibilidades de ofrecer apoyos por parte de familiares y/o de referentes afectivos para la utilización de dichos recursos.

En la misma línea, P2 señaló:

Acá una de las dificultades para realizar teletrabajo fue la falta del recurso, del celular o de no tener internet o quizás llegaba fin de mes y no tenían más datos entonces no podían participar. Hay algunos que nunca pudieron hacer las videollamadas, por eso se enviaban también cuadernillos.

Otro obstáculo fue la ausencia de apoyo o recursos de la familia, por ejemplo para realizar las actividades en cuadernillo. P2 remarcó que: "En algunos casos la familia facilita u obstaculiza."

P3 expresó que, el mayor obstáculo fue la dificultad en la asistencia de familiares debido a la edad avanzada, por lo que apostaron a lo que los/las jóvenes pudieran aprender a hacer. Luego continuó afirmando lo dicho anteriormente por las participantes en relación al acceso a recursos, que en su ámbito de actuación también se percibió aunque en menor medida. Por otro lado, amplió la perspectiva sobre el apoyo familiar al decir:

Me sumo a lo que decían antes de que las familias a veces ayudan y a veces obstaculizan porque nos pasó por ejemplo de familias que nos mandaran fotos del cuadernillo finalizado con otra letra, escrito por alguien que no era el joven. (...) entonces se intervino y se hizo un acompañamiento más puntual (...).

P4 acordó con lo compartido anteriormente y manifestó:

(...) La posibilidad de acercar los recursos facilitó no usar la tecnología, ahí no había un impedimento desde ese lugar pero aparecían otros. El rol familiar quedó en evidencia, de cómo los ven a sus niños, adolescentes y adultos. En eso también las posibilidades que nos dejan o nos abren o no para seguir aportando.

### **Participación de familias y/o referentes afectivos**

P1 describió la experiencia con familiares en general caracterizada por un vínculo constante con la Escuela. Especificó que tenían el teléfono de todos los/las profesionales y, en este punto, reconoció como problema que a veces se comunicaban en horarios por fuera de los establecidos. Sin embargo, destacó que las familias se encontraron agradecidas y comprometidas.

Para P2, su experiencia por lo general fue positiva. En sintonía con lo dicho por P1, expresó:

(...) Muy predispuestos todos, que como comenté estuvimos haciendo llamadas constantemente. Todos los profesionales llamábamos. También muy agradecidos por haber sostenido los diferentes espacios durante este tiempo. A veces obstaculiza sin querer en aquellos que no tienen recursos cognitivos como para poder darle apoyo a su hijo, pero por lo general fue positivo.

En relación a eso destacó la importancia de que la familia vea lo que pueden hacer las personas con discapacidad intelectual y/o mental, porque muchas veces se quedan con lo que no. Al concluir, diferenció la mayor presencia de la familia en el Centro de Día respecto de la Clínica de Salud Mental, aunque fue positiva la predisposición en ambos espacios.

P3 consideró muy importante la participación de las familias, comentando que algunas lo hicieron en mayor y otras en menor medida. En las dos instituciones tuvieron encuentros con familiares para escuchar y pensar otras estrategias de trabajo a partir de lo que referían. Sobre dichos encuentros, brindó detalles sobre las respuestas de las familias:

(...) Lo que circulaba era, como decían, mucho agradecimiento, muy buena predisposición en general como para trabajar en conjunto, aunque algunos no tenían tiempo, estaban laburando desde casa, tenían otros hijos que iban a la escuela, con las particularidades de cada familia. Pero en general todos decían eso, que los jóvenes tuvieran sus ocupaciones sostenidas en el año con estas modificaciones, ayudo un montón a la organización de la dinámica familiar (...).

Finalmente, volvió a mencionar la visibilidad del rol de las familias en el apoyo a la realización de actividades en cuadernillo.

### **Reconocimiento de prestaciones por parte de responsables de pago y jornada laboral**

Según P1, en el reconocimiento económico de las prestaciones no se presentó dificultad. Desde lo gremial hubo movimientos por el reconocimiento del exceso de horas de trabajo que implicó la modalidad virtual, frente a lo cual planteó que: "(...) Deberíamos repensar y preparar el trabajo previamente, acá no había límite de tiempo y horario, desde los compañeros de trabajo, hasta los alumnos y cuestiones ministeriales que llegaban a cualquier hora."

En ambas instituciones de desempeño profesional de P2 se mantuvieron los honorarios. En la Clínica de Salud Mental, hubo una diferencia a partir de la modalidad llevada a cabo en los distintos dispositivos, que no tuvo relación con teletrabajo, sino con la pandemia: "(...) Hospital de Día hacíamos virtual, pero Internación íbamos y en un momento eso se cortó también, en Internación no entraba nadie y ese mes no fuimos y nos pagaron un poco menos." Por otro lado comentó que, en el Centro de Día, se presentaron mayores exigencias respecto de los trámites de facturación: "(...) Antes nos exigían informes trimestrales, a partir de la pandemia, informes mensuales, rigurosamente detallados de todo lo que se hacía para justificar al máximo posible o demostrar que se estaba trabajando realmente."

P3 ratificó lo dicho por P2 respecto de los trámites de facturación. Sobre los honorarios, aclaró que se mantuvieron y que no hubo cambios entre modalidad presencial y virtual. Luego introdujo aspectos de la jornada de trabajo:

Lo que no hicieron las instituciones es exigir una carga horaria determinada, porque era imposible sostener la misma carga horaria en lo presencial que en lo virtual. De todos modos, creo que a veces hemos trabajado más horas de lo que trabajábamos en lo presencial. Esto que contaba P1 de que no había día y horario, me he encontrado con mensajes domingo a la noche o un colega

que quiere poner una reunión un feriado y uno tiene que ir marcando esas cosas porque se perdió un poco día y horario de trabajo.

En acuerdo con lo expresado anteriormente, P4 explicó que, a partir de la pandemia, hubo dos niños/as que se vieron afectados/as porque las obras sociales solicitaron más cantidad de documentación para los trámites de facturación a diferencia de lo habitual, frente a lo cual el equipo decidió que bajo esas condiciones no iban a trabajar. Una de esas obras sociales pagó las prestaciones a mitad de valor entonces, para compensar, sumado a la extensión de la jornada laboral que implicó el teletrabajo, establecieron una frecuencia distinta de trabajo acordada con la familia.

En este momento, la moderadora preguntó si se extendió la jornada laboral, a lo cual respondió P1 que sí, añadiendo detalles de lo que implicó:

Cambié de celular, tengo un celular para la escuela y uno personal. La cantidad de material, los chicos muchas veces no regulan la cantidad de mensajes, de audios, de fotos, los docentes que te mandan todo. Yo necesito organización. Esto que dice P3 de insistir en organizar (...).

Al finalizar remarcó la dificultad de regular lo profesional y lo personal a partir de la pandemia de COVID-19.

P2 hizo alusión a una extensión de la jornada de trabajo en el Centro de Día. Luego de unos meses, resolvieron hacer videollamadas las dos primeras semanas del mes y realizar informes y/o llamadas a familiares las dos últimas semanas del mes.

### **Teletrabajo inclusivo**

Sobre este punto, P2 expresó:

En este caso nos facilitó un montón el trabajo y pudimos llegar a un montón de personas que en otro momento sin la existencia de teletrabajo no sé cómo se hubiera sostenido, pero me pregunto si en algún punto es inclusivo, más que nada pensando en todas estas personas que no tuvieron acceso a la tecnología y a poder participar.

La discusión de teletrabajo inclusivo también llevó a P1 a asociarlo con la desigualdad social:

Se lucha por la inclusión en un montón de sentidos y en un punto eso fue muy difícil: de 30 chicos, que 10 participen activamente o puedan hacerlo. Si bien la Escuela es privada, atendemos a muchos chicos y cada vez más con vulnerabilidad de derechos que con discapacidad intelectual propiamente o solamente.

Concluyó que el teletrabajo fue una herramienta que vino a contribuir y remarcó la importancia de seguir trabajando para la inclusión presencial y virtual.

Continuó P3 afirmando lo expresado anteriormente por P1 y P2 respecto de la desigualdad social, frente a lo cual planteó la necesidad de cambios desde las políticas de Estado. Consideró que lo óptimo sería que todos/as y cada uno/a de los/as jóvenes tuvieran un dispositivo electrónico y acceso a internet para poder participar. Luego señaló lo siguiente, desde un posicionamiento profesional en su ámbito de actuación:

(...) Con la población con la que yo trabajo, para volverlo más inclusivo todavía, sería buenísimo que ahora en lo presencial pudiéramos seguir trabajando con estas cuestiones, como los botones propios de las aplicaciones, las actualizaciones de los teléfonos, cosas más chiquitas que no podíamos laburar uno a uno con ellos. Que logren un dominio real de las plataformas -que ya lo tienen-, pero que sea incluso mejor, haría que sea mucho más inclusivo y que no dependan de un familiar o de alguien que los pueda ayudar si no saben.

Por último, propuso una mirada prospectiva positiva sobre el teletrabajo, evidenciando oportunidades y potencialidades en los beneficios que brindó, como el incremento de reuniones virtuales con familiares y/o referentes afectivos. Asimismo, destacó la importancia de acercar los conocimientos tecnológicos que estén al alcance con la población con la que se trabaja en cada ámbito de actuación, para que nadie quede excluido por no saber utilizar los dispositivos o las plataformas.

P4 refirió la complejidad de pensar el teletrabajo inclusivo, ya que acortó distancias y la posibilidad de hablar con alguien de otro país, entre otros beneficios. Sin embargo, con las poblaciones con las que se trabaja, afirmó:

(...) Falta mucho todavía para poderle agregar la palabra inclusivo. Me suenan mucho los conceptos que trae P1 de la desigualdad, falta de equidad, la cuestión económica, son problemáticas que el país las viene sufriendo hace mucho y somos parte de los actores que estamos intentando cortar todo eso pero que es tan grande que no llegamos lógicamente. Sí podemos hacer pequeñas acciones, lo que decía P3, quienes ya pudieron acceder, no dejar que se pierda o que se olvide o que sean recursos que queden en un tercer plano.

## VII. Discusión

En la presente investigación se propuso responder a la pregunta problema sobre las experiencias de teletrabajo desde la perspectiva de profesionales de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario, durante el ASPO por la pandemia de COVID-19. Para ello, se planteó como objetivo general analizar dichas experiencias. En base a los resultados obtenidos y las categorías temáticas elaboradas, se arribó al siguiente análisis:

En primer lugar, sobre la categoría temática **Tipos/modelos de interacción en teletrabajo**, se identificó la utilización de tipos/modelos de interacción sincrónicos, asincrónicos y de transmisión de datos e híbrido, coincidentes con los descriptos por la WFOT (2014), con mayor prevalencia de los sincrónicos.

Sobre la descripción de los mismos, en los sincrónicos se destacaron las videollamadas y, en segundo lugar, las llamadas. Acerca de los asincrónicos y de transmisión de datos, los videos fueron utilizados en mayor medida y seguidamente, mensajería. Se precisó la implementación y combinación de los tipos/modelos de interacción según las necesidades surgidas en distintos momentos del proceso terapéutico.

En relación al modelo híbrido, de provisión de algunos servicios a distancia y otros en persona, si bien no hubo encuentros presenciales, se dispusieron recursos de envío (formato físico y/o virtual) o retiro (formato físico) de cuadernillos con actividades.

Por otra parte, esta categoría temática arrojó nuevos datos sobre distintos accesos y usos de dispositivos tecnológicos, destacándose el uso de celular y/o teléfono. Por otro lado, se obtuvieron datos sobre plataformas instrumentadas relacionadas al uso de TICs como Whatsapp, en segundo lugar correo electrónico y por último Google Meet.

Por último, si bien se evidenció que se venían usando ciertas formas de teletrabajo previamente, la particularidad de su uso a partir de la pandemia de COVID-19 estuvo ligada a la situación socio-sanitaria como parte de las respuestas de emergencia ante el desastre, demostrando una alternativa viable y generalizada frente a la suspensión del trabajo presencial.

En segundo lugar, se analizó la categoría temática **Proceso de Terapia Ocupacional: Funciones de evaluación, intervención, monitoreo, supervisión y consulta**, construida a partir del marco teórico proporcionado por la WFOT (2014) y los emergentes de la interacción grupal. Dicha categoría arrojó una heterogeneidad de funciones enmarcadas en trabajo en equipo interdisciplinario, con algunos puntos en común. Un hallazgo que surgió fue la articulación entre las funciones de Terapia Ocupacional y los tipos/modelos de interacción en teletrabajo implementados. En los distintos ámbitos de actuación se describió la resignificación del contexto terapéutico que se trasladó al hogar de cada persona.

Durante el período de ASPO, la función de consulta con personal docente y talleristas estuvo orientada a adaptar materiales y actividades con el objetivo de hacerlos accesibles a los/las concurrentes de los ámbitos de actuación.

En cuanto a la función de evaluación, quienes la realizaron, la llevaron a cabo mediante teletrabajo, articulando en algún caso recursos como cuadernillos y/o evaluaciones no estandarizadas.

Con respecto a la función de intervención, se mantuvo con ciertas modificaciones. Algunas intervenciones como la formación y colocación laboral de jóvenes con discapacidad intelectual y/o mental, se encontraron interrumpidas por decretos que limitaban la circulación en algunos espacios a personas con discapacidad, al considerarse que dicho grupo pertenecía a población de riesgo de COVID-19. Asimismo, en el trabajo con niños, el inicio de nuevos procesos terapéuticos se vio interrumpido.

En este punto, se evidenció que, si bien las funciones se complejizaron y se vieron necesariamente modificadas, continuaron y se sostuvieron en la virtualidad. Por lo cual, la modalidad de teletrabajo operó como una herramienta esencial que permitió sostener procesos terapéuticos y generar recursos innovadores.

Sobre la función de seguimiento, se caracterizó como constante mediante comunicación sincrónica con las personas y sus familiares y/o referentes afectivos.

Cabe destacar que, en esta categoría temática, surgieron funciones “emergentes” a partir de la pandemia de COVID-19: educación en medidas de prevención de COVID-19 e intervención de acuerdo a las necesidades que iban surgiendo en el momento.

Esto se constató con el planteamiento de Albino et al. (2020) sobre los efectos de la aplicación de teletrabajo, señalando que:

(...) permitió ingresar al hogar de usuarios y usuarias, realizar intervenciones contextualizadas con mayor precisión y destinar más tiempo a la orientación y acompañamiento de la familia, en relación a los objetivos planteados como así también en las situaciones emergentes del contexto actual (p. 3).

Por último, en lo que respecta al ejercicio profesional en el marco de un equipo interdisciplinario, se percibió como un aspecto positivo el aumento de la comunicación e interacción con otros/as profesionales. En este sentido, se encontró una coincidencia con una cita de un antecedente del tema en estudio: “La telesalud facilita la colaboración y consulta con otros profesionales, lo que facilita la coordinación de la atención” (AOTA, 2018; Cason, 2014; Cason & Jacobs, 2014, citado en Dahl-Popolizio et al., 2020, p. 78).

En tercer lugar, la categoría temática **Proceso de Terapia Ocupacional: Objetivos, estrategias y recursos** reveló información desde distintos enfoques, con un énfasis en los objetivos.

Un punto en común en términos generales fue el acompañamiento y comunicación con las familias como un aspecto que se distinguió a partir de la pandemia de COVID-19. En este sentido, se advirtieron nuevos recursos para el aprendizaje en la organización del hogar y un cambio en la percepción familiar, lo que implicó un mayor reconocimiento de la autonomía de las personas con discapacidad. Este hallazgo fue consistente con los resultados de la investigación de Wallisch, Little, Pope y Dunn (2019) en la cual se constató que, cuidadores de niños/as con TEA, desde un enfoque de fortalezas y un cambio de percepción sobre la discapacidad, se centraron en lo que sus hijos/as podían hacer en lugar de en lo que no podían hacer (p. 19).

Esto sugirió la potencialidad del teletrabajo para la intervención conjunta con las familias, lo que se relacionó con lo mencionado en un antecedente sobre el tema en estudio: “Los cuidadores y los pacientes a menudo participan más como equipo (...) cuando reciben servicios a través de telesalud que cuando reciben servicios de Terapia Ocupacional en persona” (Wallisch et al., 2019, citado en Dahl-Popolizio et al., 2020, p. 78).

Se halló una síntesis de las ideas anteriormente expuestas en el antecedente de Silva y Nascimento (2020) quienes argumentaron que el teletrabajo introdujo nuevas posibilidades en la práctica terapéutica generando una (re) aproximación con la persona, explorando situaciones y contextos diferentes al ámbito terapéutico habitual, acercándose a la rutina, entorno y recursos de los hogares, así como la participación de la familia y cuidadores, con quienes se pudo intensificar el diálogo (p. 1018).

De este modo se destacó que, a partir de los cambios devenidos en las ocupaciones de la vida cotidiana y en la circulación en espacios públicos producto de la pandemia de COVID-19, se impuso la reformulación y aparición de nuevos objetivos. Ahora, más orientados a la participación, convivencia y autonomía en el hogar como así también hacia la prevención de COVID-19.

Un nuevo objetivo surgido durante el período de ASPO, fue el sostén a las personas con discapacidad intelectual y/o mental, al encontrarse en el hogar mayor cantidad de tiempo y haber perdido ocupaciones presenciales.

Por otro lado, ciertos objetivos se actualizaron a partir de la incorporación de las TICs como medio para las intervenciones de Terapia Ocupacional. Se consideró importante resaltar este aporte para el análisis, ya que permitió evidenciar distintos usos de las TICs y el teletrabajo, como medio para nuevos usos y funciones como la incorporación en la vida cotidiana y/o un futuro rol laboral y, por otro lado, como alternativa de modalidad de atención.

En cuarto lugar, en la categoría temática **Barreras y apoyos** se arribó a algunos puntos en común. La principal barrera fue el acceso a TICs debido a desigualdades sociales. Se observó que, en algunos ámbitos de actuación, dicha barrera se encontró más acentuada que

en otros. Se remitió a la explicación de Kipen y Vallejos (2017) en sintonía con el modelo social:

Son grupos (los discapacitados) de personas que luchan por su reconocimiento y que son víctimas de la dominación cultural en un contexto de desigualdades materiales, que inciden en que la discapacidad sea vivida de modos distintos, de acuerdo con las condiciones de existencia de cada uno. Estas desigualdades materiales condicionan el acceso a la salud, (...) a la tecnología (...). Sin embargo, (...) quedan ocultas tras el velo de un problema individual o sectorial (p. 157).

Se consideraron como posibles apoyos para esta barrera otros recursos, como las actividades mediante cuadernillo en formato físico. Esto coincidió con la sugerencia de Silva y do Nascimento (2020) de pensar estrategias para atender a la población que no cuenta con dispositivos tecnológicos, como disponer de actividades impresas y laminadas para facilitar la higiene, pautas escritas para cuidadores y familiares, material grabado en soporte físico en audio o video, entre otros (p. 1018).

Por otra parte, se identificaron barreras y apoyos en familias y/o referentes afectivos ante el requerimiento de asistencia de terceros para el acceso y uso de las TICs y otros recursos implementados mediante los distintos tipos/modelos de interacción en teletrabajo.

A partir de esto se infiere, por un lado, la importancia de mantener los apoyos conseguidos y, por otro lado, a partir de la evaluación de barreras, diseñar e implementar nuevos apoyos. Los mismos se singularizan en cada persona y suponen una planificación conjunta.

La evaluación de barreras y función de los apoyos ante el desajuste persona-ambiente se visualiza como un punto en común entre ambas discapacidades (intelectual y mental), desde los enfoques propuestos en el marco teórico. Desde el modelo social, que concibe la discapacidad como una condición relacional entre la persona y la comunidad que lo rodea. Desde la CIF (OMS, 2001), que sostiene que el funcionamiento de una persona se evalúa dentro de un contexto, en interrelación compleja con su medio. Por otro lado, a partir de la definición de personas con discapacidad de la CDPD (ONU, 2006) se plantea que, sortear barreras mediante apoyos, conduce a un incremento en la autonomía y participación en la sociedad.

En quinto lugar, en la categoría temática **Participación de familias y/o referentes afectivos**, se visualizaron experiencias heterogéneas. En primer lugar, se destacó que, tanto en esta investigación como en los antecedentes sobre el tema en estudio, esta categoría fue un común denominador en cuanto a la relevancia y recurrencia.

Una similitud encontrada fue el agradecimiento y la predisposición en general para el trabajo en conjunto en los procesos terapéuticos de las personas con discapacidad intelectual y/o mental. Todas las participantes coincidieron en la importancia de dicha participación, en sintonía con el enfoque social de terapia ocupacional que atraviesa sus respectivos ejercicios profesionales. En cuanto al grado, fue variado en cada ámbito de actuación y en la

particularidad de cada referente afectivo/familia. Asimismo, las estrategias realizadas por cada profesional de Terapia Ocupacional fueron diversas, como llamadas individuales y videollamadas de reuniones grupales. Esto se constató con la consideración de Silva y do Nascimento (2020) para el uso de telesalud, de construir diálogos frecuentes con familiares/cuidadores (p. 1017-1018).

Por otra parte, destacaron la constancia en la comunicación con los/las profesionales del equipo de trabajo interdisciplinario correspondiente a cada ámbito de actuación.

En sexto lugar, la categoría temática **Reconocimiento de prestaciones por parte de responsables de pago y jornada laboral** demostró que se mantuvieron los honorarios en la mayoría de los ámbitos de actuación. Sin embargo, se destacaron como barreras el incremento de trámites de facturación para justificar las prestaciones bajo la modalidad de teletrabajo así como también el no reconocimiento del total de las prestaciones llevadas a cabo.

Al respecto, en el marco teórico se verificó que no existía previo a la pandemia de COVID-19 un reconocimiento específico de la modalidad de teletrabajo por parte de los responsables de pago de prestaciones para personas con discapacidad. En el contexto inédito de la situación socio sanitaria, se infirió que la inauguración de dicha modalidad implicó adecuaciones de múltiples actores, incluyendo éstos.

En lo que respecta a la jornada laboral, se evidenció que la carga horaria se extendió en modalidad teletrabajo a diferencia de la presencial, con particularidades y resoluciones específicas en cada ámbito de actuación. La percepción de “no había días y horarios” fue un denominador común, referido al encuadre terapéutico que, como los demás aspectos analizados, se encontró en un proceso de adecuación. En sintonía con la necesidad de organizar el encuadre para las partes involucradas, Osio Havriluk (2015) destacó como desafío regular varios elementos en el teletrabajo, tales como: el carácter voluntario, la vida privada, la organización del trabajo, la seguridad y salud y las condiciones de trabajo (p. 424).

En séptimo y último lugar, se propició un intercambio sobre la categoría temática **Teletrabajo inclusivo**, lo que permitió introducir coordenadas para el análisis desde Terapia Ocupacional social en relación a la temática.

En primer lugar, se identificaron beneficios del teletrabajo, de manera implícita y explícita. En esta categoría temática, se sintetizó como beneficio general el operar como una herramienta que contribuyó y facilitó el sostenimiento de los servicios de Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario durante el ASPO por la pandemia de COVID-19.

Entre los beneficios particulares percibidos, se señaló acortar distancias y permitir asistencia como así también la comunicación a larga distancia. Esto se alineó con lo referido por la CEPAL (2013) sobre los países en desarrollo:

(...) la telesalud es importante para mejorar el sistema de salud, porque incide sobre la oferta de servicios, agiliza diagnósticos y tratamientos, supera distancias geográficas, facilita el acceso a los servicios, mejora la calidad y contribuye a la formación profesional. Sin embargo, todavía no se ha captado bien su potencial y su incorporación ha sido lenta (p. 84).

También la WFOT (2014) mencionó argumentos a favor similares, como el siguiente:

La telesalud puede mejorar el acceso a los servicios ubicados en las comunidades de los usuarios (...) a través de la transferencia del conocimiento y las habilidades de especialistas remotos a los proveedores locales de atención a la salud, estableciendo relaciones de consultoría y actuando como mentores (p. 2).

Al reflexionar sobre estos beneficios, se evidenció un enfoque prospectivo positivo para la aplicabilidad del teletrabajo, promoviendo su continuidad en el tiempo, durante y después de la pandemia de COVID-19. Esto se relacionó con la propuesta de Da Silva, Da Silva, Rabelo y Vinhas (2020), de abrir y profundizar la discusión sobre su uso. Si se establece como una herramienta definitiva, sugirieron desarrollar regulaciones y protocolos que protejan a profesionales y personas atendidas (p. 434).

En la misma línea, la WFOT (2014) refirió que las competencias y guías sobre teletrabajo deberían ser definidas por medio de la colaboración entre profesionales, educadores, asociaciones miembro y actores sociales relevantes, como tomadores de decisiones (p. 2). Las distintas producciones sobre la temática elaboradas por distintas organizaciones de Terapia Ocupacional de alcance provincial, nacional e internacional, sentaron las bases para continuar con la generación de dichas regulaciones y protocolos.

En otro orden, surgieron interrogantes en relación al teletrabajo inclusivo relacionados a aspectos sociales como la desigualdad social, inaccesibilidad y vulneración de derechos.

Una de las perspectivas planteadas fue la relación directa entre los aspectos sociales mencionados con la posibilidad de participación en teletrabajo, lo cual se relacionó con el concepto de justicia ocupacional, referida a las oportunidades y recursos requeridos para la participación ocupacional, en este caso a la atención de la salud mediante teletrabajo.

En este punto resulta relevante el planteamiento de Dahl-Popolizio, Carpenter, Coronado, Popolizio y Swanson (2020) quienes sostienen que la diversidad de tecnologías disponibles que pueden respaldar la prestación de servicios a través de telesalud aumenta el acceso a la atención. El teléfono de solo audio, de baja tecnología y ubicuo, se visualiza como la tecnología más accesible en todo el continuo socioeconómico (p. 78).

Cabe retomar el aporte de Amado y Gala (2019) para enmarcar los aspectos sociales, las oportunidades y recursos de participación en teletrabajo en el contexto de expansión y consolidación de las TICs en la sociedad contemporánea. La conceptualización de brecha digital para dar cuenta de las desigualdades tecnológicas permitió ampliar la concepción de participación al considerar tanto el acceso como los distintos tipos de usos y usos

significativos de las TICs, una vez garantizado o conseguido el acceso. Sumado a esto, el concepto de inclusión digital, mostró su potencial para la promoción de la participación en ocupaciones en cuyo desempeño estén involucradas las TICs:

En las últimas décadas, y de manera creciente, se incorpora la exclusión al acceso y manejo de las tecnologías digitales como parte de la exclusión social. De manera que la inclusión digital –al igual que la inclusión social– son conceptos ambiguos y relacionales (respecto de la exclusión), y dependiendo de la orientación política e ideológica de que se trate, se priorizarán diferentes estrategias para las políticas públicas (Lago Martínez, 2019, p.10).

Otro planteamiento similar fue cómo la discapacidad pasó a un segundo plano al visualizar los aspectos sociales que determinaron la participación en teletrabajo. Esto remitió a los fundamentos del modelo social, que enfocan el estudio de la discapacidad en las diversas condiciones de existencia y cómo éstas repercuten en las posibilidades de participación.

En este sentido, se distinguió un enfoque macro o estructural, relacionado a la responsabilidad del Estado en la generación de políticas públicas que promuevan la inclusión social y digital para las personas con discapacidad. En sintonía, Fierro, Puga y Guzmán (2020) propusieron como requisitos diseñar iniciativas a nivel local y basadas en evidencia, considerando los determinantes sociales, los indicadores sanitarios y de desarrollo de las TICs para la efectividad y pertinencia del teletrabajo en el plano sanitario y social (p. 4). Plantearon el teletrabajo dentro de un proceso de atención más amplio que engloba problemas estructurales concernientes a políticas, financiamiento, configuración y redes del sistema de salud (p. 5), extensivo a los distintos ámbitos de actuación en Terapia Ocupacional. Esto condujo a visualizar la necesaria articulación de acciones entre la sociedad y el Estado para contribuir a resolver la problemática de teletrabajo inclusivo.

En el marco teórico se mencionaron instrumentos normativos que sustentaron el acceso universal a internet (Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa, Organización de Estados Americanos, Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y ONU, 2011), el acceso a la información y las comunicaciones, incluyendo TICs (CDPD, ONU, 2006) y la organización, ampliación y accesibilidad a servicios y programas de habilitación y rehabilitación (CDPD, ONU, 2006). Argentina, al haber ratificado la CDPD (ONU, 2006), afirmó el compromiso de garantizar lo dispuesto por la misma adecuando la normativa interna y planificando e implementando políticas de inclusión social desde un enfoque de derechos humanos.

Profundizando en el enfoque disciplinar y profesional, se propuso trasladar los aprendizajes y herramientas ganadas una vez alcanzado el acceso a las TICs a la vida cotidiana y a las distintas ocupaciones de desempeño de las personas. Esto reveló el compromiso ético y político en la promoción de la inclusión social y digital como así también la autonomía de las personas con discapacidad intelectual y/o mental, principios que guían el

campo de ejercicio profesional. Desde este enfoque inscripto en el modelo social, se planteó propiciar acciones de apoyo para disminuir barreras que favorezcan la participación de las personas con discapacidad.

Este posicionamiento evidenció la complejidad de discutir teletrabajo inclusivo, perspectiva afín al paradigma de la complejidad al que recurrieron exponentes de Terapia Ocupacional social como Morrison, Olivares y Vidal (2011) quienes sostuvieron que los sistemas de salud pueden incluir un “encuadre positivo” para hacer emerger en personas y comunidades sus capacidades, competencias, habilidades, recursos y potencialidades (p. 11). Estos fundamentos se potenciaron con la propuesta de Galheigo (2012) sobre el papel de profesionales de Terapia Ocupacional como articuladores sociales, al favorecer recursos que contribuyan al ejercicio de la ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual y/o mental (p. 180-181).

Luego de analizar los resultados de la investigación, se procedió a una evaluación de los límites de la misma. Un factor limitante percibido fue el tamaño muestral reducido que, si bien correspondió al diseño metodológico cualitativo, representó sólo determinados ámbitos de actuación. En futuras investigaciones, se podría relevar de manera más detallada y específica dichos ámbitos, para recabar y analizar información más amplia y generalizable. Asimismo, el alcance exploratorio de la investigación condujo a proyectar nuevos estudios que profundicen sobre aspectos característicos de personas con discapacidad intelectual y/o mental, a fin de arribar a especificidades y puntos en común, considerando también los ajustes producidos en los procesos terapéuticos mediados por teletrabajo en el transcurso de la pandemia.

En la misma línea, los antecedentes del objeto de estudio de la presente investigación demostraron una incipiente producción de conocimiento disciplinar y una expresa necesidad de continuar con la misma. Además, la característica distintiva de la situación socio-sanitaria de pandemia de COVID-19, fue un motivo singular e inédito que incrementó y justificó dicha demanda. Por lo antedicho, a fin de ampliar y enriquecer el conocimiento de la temática, podría estudiarse desde la perspectiva de los/as usuarios/as, familiares y/o referentes afectivos y en otros ámbitos de actuación profesional.

Respecto del procesamiento y análisis de datos se observó que, al elaborar las categorías temáticas durante el desarrollo de la investigación, en algunas de ellas se esbozaron aportes específicos producto de la interacción grupal facilitada por la técnica de grupo focal que no se profundizaron. Por tanto, se percibió la posibilidad de continuar con ellos en futuras investigaciones. Por ejemplo, respecto de los beneficios del teletrabajo, algunos se mencionaron de modo indirecto o implícito, lo que llevó a considerarlos por su relevancia para el análisis. En este sentido, la CEPAL (2013) sostuvo que:

Es importante que se conozcan los beneficios de la salud-e, las aplicaciones corrientes, los requerimientos técnicos y los aspectos ético-legales del uso de estos recursos en el área de la salud. Los investigadores y la academia local pueden desempeñar un papel importante en dichas funciones. Estas iniciativas constituyen etapas relevantes en el proceso de incorporación de recursos de telesalud (p. 85).

En relación a esto, se consideró que esta investigación contribuyó a la disciplina en la sistematización de nuevos conocimientos en un área de exploración innovadora referida al ejercicio profesional en situaciones de emergencias y desastres, como la pandemia de COVID-19. En este caso, se proyectó una potencial aplicación práctica de los conocimientos obtenidos para la optimización de la modalidad teletrabajo. Ariño et al. (2016) indicaron el compromiso político y social de Terapia Ocupacional en el tratamiento de la problemática de los riesgos de desastres y de los desastres mismos, basado en la ocupación como derecho y enriquecido con las contribuciones de justicia ocupacional y las diferentes formas de injusticia ocupacional (p. 31).

## VIII. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos y la discusión desarrollada, se consideró que se alcanzaron los objetivos específicos y el objetivo general, en función de la muestra seleccionada acorde a la metodología implementada. En primer lugar, se identificaron algunos ámbitos de actuación de profesionales de Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario. En segundo lugar, se describieron las experiencias de teletrabajo desde la perspectiva de dichas profesionales durante el período de ASPO por la pandemia de COVID-19. Por último, en el análisis de dichas experiencias, se arribó a la producción de nuevas ideas basadas en el cotejo con antecedentes y marco teórico.

En una reflexión sobre los alcances de esta investigación, se pudo observar variabilidad y similitudes en cuanto a tipos/modelos de interacción en teletrabajo, dispositivos electrónicos, plataformas y aplicaciones utilizadas. Los criterios de selección pudieron corresponderse con la disponibilidad, el acceso y usos de los recursos de las partes involucradas como así también el proceso de Terapia Ocupacional incluyendo funciones, estrategias y objetivos. Esto permitió inferir aspectos de accesibilidad y usos teniendo en cuenta distintas variables. Por ejemplo, en lo que respecta a la variable socioeconómica, las llamadas telefónicas aumentaron el acceso ya que se prescindió de contar con internet, por ende un costo adicional en el uso de telefonía celular. Partiendo del paradigma de la complejidad que se postula desde Terapia Ocupacional social se consideró que, tanto esta como otras variables, deberían integrarse en un marco más amplio e interrelacionado en el que se evalúe con razonamiento clínico y se decida con criterio centrado en la persona la aplicación de teletrabajo.

En este sentido, ante la necesidad de contar con dispositivos tecnológicos que posibiliten la asistencia mediante teletrabajo, quedaron en evidencia inequidades sociales preexistentes que se tradujeron en barreras de acceso. En este punto, se destacaron acciones inclusivas que emplearon profesionales de Terapia Ocupacional materializadas en los diversos tipos/modelos de interacción en teletrabajo, estrategias y recursos, con el objetivo de asegurar el acceso al derecho a la atención de las personas con discapacidad intelectual y/o mental. Además, los distintos usos de las TICs fueron tenidos en cuenta para planificar y mantener intervenciones a largo plazo integrando accesibilidad, sistemas de apoyo y ajustes razonables, principios del modelo social.

El teletrabajo introdujo nuevas posibilidades en el proceso terapéutico, ya que generó una aproximación con las personas y sus contextos cotidianos de vida y la experiencia de situaciones diferentes a las del ámbito terapéutico habitual, acercándose a la rutina, el entorno y los recursos de los hogares, además de actores significativos como las familias y/o referentes afectivos.

En esta línea, si bien se elaboró una categoría temática específica sobre participación familiar y de referentes afectivos, dicho aspecto se observó en varios momentos durante la interacción grupal. Se constató que hubo distintos enfoques para el análisis, ya que en ocasiones resultó favorecedora y en otras un desafío en la implementación de teletrabajo.

Se dedujo que la transición a dicha modalidad de atención, provocó un cambio en el papel que desempeñaban familiares y/o referentes afectivos en el proceso terapéutico. Los mismos adquirieron un rol más activo que en la modalidad presencial, en particular con aquellas personas que requirieron asistencia de terceros para facilitar su participación.

Paralelamente se advirtió que, la falta de acceso a derechos como internet y TICs, necesitarían abordarse como cuestiones sociales y colectivas, en las que se encuentren implicados tanto la sociedad como el Estado en sus distintos niveles. El Estado con su responsabilidad como garante de derechos, diseñando e implementando políticas públicas a favor de las personas con discapacidad que contribuyan a disminuir la brecha digital. Asimismo, dado que la transición a la modalidad de teletrabajo de manera repentina hizo que profesionales e instituciones tuvieran que adaptarse rápidamente a las circunstancias, se planteó la necesidad de revisar aspectos preventivos, encuadre y legislación en materia de teletrabajo.

La discusión en torno al teletrabajo inclusivo situó la inclusión como principio que guía el ejercicio profesional desde un posicionamiento y compromiso ético y político. Se analizó que, si bien la utilización de teletrabajo puso en evidencia inequidades sociales, por otro lado posibilitó sostener procesos terapéuticos ante una situación socio-sanitaria compleja, con el advenimiento de nuevos recursos.

Finalmente, la utilización de teletrabajo se presentó como una modalidad eficaz de prestación de servicios en situaciones de emergencia sanitaria como la pandemia de COVID-19 así como también de manera continua o suplemento de la modalidad presencial. Esto convocó a futuro la posibilidad de incorporar estas experiencias en los diferentes ámbitos de actuación profesional desde una perspectiva de promoción de derechos e inclusión social.

## IX. Referencias bibliográficas

- Abbott-Gaffney, C. & Jacobs, K. (2020). Telehealth in school-based practice: Perceived viability to bridge global OT practitioner shortages prior to COVID-19 global health emergency. *Work (Reading, Mass.)*, 67(1), 29–35.
- Agencia Nacional de Discapacidad. (s.f.). Cómo obtener el Certificado Único de Discapacidad (CUD). Recuperado de [argentina.gob.ar/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud](http://argentina.gob.ar/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud).
- Agudelo, A. Cedeño, T. Guzmán, SA. & Villagra, A. (2020) Reflexiones desde la Confederación Latinoamericana de los Terapeutas Ocupacionales - CLATO, en tiempos de COVID-19. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. Suplemento, 4(3), 275-280.
- Albino, A., Acuña, C., Carroli, B., Ciampa, M., Olarte M. y Andrade, M. (2020). Desafíos en tiempos de pandemia. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 6(2), 3-5.
- Almeida, M. E., Angelino, C., Angelino, M. A., Kipen, E., Lipschitz, A., Priolo, M,... y Zuttió, B. (2017) En Rosato, A. y Angelino, M. A. (coords.), *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Amado, S. y Gala, R. (2019). En Lago Martínez, S. B. (coord.), *Políticas públicas e inclusión digital: un recorrido por los Núcleos de Acceso al Conocimiento*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Silvia Beatriz Lago Martínez.
- American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.
- Archenti, N. (2007). Focus group y otras formas de entrevista grupal. En Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. I., *Metodología de las ciencias sociales (1ra ed.)*. Buenos aires: Emecé Editores.
- Argentina. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones: Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Salud mental: recomendaciones para la intervención ante situaciones de emergencias y desastres*.
- Argentina. Ministerio de Producción y Trabajo. (2019). *Teletrabajo en Argentina: primer libro blanco nacional de buenas prácticas en teletrabajo, trabajo remoto y trabajo conectado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría de Gobierno de Trabajo y Empleo.
- Argentina. Ministerio de Salud. (s.f.). ¿Por qué debemos cumplir con el aislamiento? En [argentina.gob.ar](http://argentina.gob.ar). Recuperado de [argentina.gob.ar/coronavirus/aislamiento/motivo](http://argentina.gob.ar/coronavirus/aislamiento/motivo).
- Argentina. Ministerio de Salud. (s.f.). Aislamiento social, preventivo y obligatorio. En [argentina.gob.ar](http://argentina.gob.ar). Recuperado de [argentina.gob.ar/coronavirus/aislamiento](http://argentina.gob.ar/coronavirus/aislamiento).

- Argentina. Ministerio de Salud. (s.f.). Fases de administración del aislamiento. En [argentina.gob.ar](http://argentina.gob.ar). Recuperado de [argentina.gob.ar/coronavirus/aislamiento/fases](http://argentina.gob.ar/coronavirus/aislamiento/fases).
- Argentina. Ministerio de Salud. (s.f.). Preguntas frecuentes sobre el Nuevo coronavirus COVID-19. En [argentina.gob.ar](http://argentina.gob.ar). Recuperado de [argentina.gob.ar/coronavirus/preguntasfrecuentes](http://argentina.gob.ar/coronavirus/preguntasfrecuentes).
- Argentina. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2020, 16 de marzo). Resolución 207. Boletín Oficial de la República Argentina, Marzo 17, 2020.
- Argentina. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (2020, 30 de marzo). Resolución 279. Boletín Oficial de la República Argentina, Abril 1, 2020.
- Argentina. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (s.f.). Marco normativo. Recuperado de [argentina.gob.ar/trabajo/teletrabajo/marco-normativo](http://argentina.gob.ar/trabajo/teletrabajo/marco-normativo).
- Ariño, R., Boffelli, M., Boggio, C., Chiapessoni, D., Demiryi, M. y Quinteros, C. (2016). Aportes de Terapia Ocupacional ante los riesgos de desastres. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*. 2 (1) 27-39.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2011). *Discapacidad intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (11ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales. (2020). Declaración de posicionamiento: Teletrabajo en Terapia Ocupacional. Recuperado de [terapia-ocupacional.org.ar](http://terapia-ocupacional.org.ar).
- Aznar, A. y Castañón, D. G. (2008). *¿Son o se hacen? El campo de la discapacidad intelectual estudiado a través de recorridos múltiples*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Babbie, E. (2000). *Manual para la práctica de la investigación social*. Cap. 4. Bilbao. International Thompson Editores.
- Bentolila, S. (2019). Integración de los lineamientos de salud mental con los principios de gestión para la reducción del riesgo de emergencias y desastres. El caso de la Red PROSAMIC en la Provincia de Buenos Aires. (Tesis de Maestría). Universidad Isalud, Buenos Aires.
- Bofelli, M., Boggio, C., Chiapessoni, D., Demichelis, M., Demiryi, M. de los M. y Heit, M. del C. (2011). Cambios en hábitos y rutinas diarias de personas afectadas por la catástrofe hídrica de la ciudad de Santa Fe. *Revista FABICIB*, v.15, 151-159.
- Boffelli, M. y Demiryi, M. (2014). Intervención en emergencias y desastres. Una propuesta de capacitación virtual de posgrado para terapeutas ocupacionales de Latinoamérica. Memorias del Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación. Argentina: Buenos Aires. Recuperado de [oei.es/historico/congreso2014/contenedor.php?ref=memorias#21](http://oei.es/historico/congreso2014/contenedor.php?ref=memorias#21).

- Brogna, P. (2006). El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. *Cadernos ESP*, 2(2), 7-12.
- Cason, J. (2009). A Pilot Telerehabilitation Program: Delivering Early Intervention Services to Rural Families. *International Journal of Telerehabilitation*, 1(1), 29-38.
- Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile A.G. (2020). Encuesta nacional. Publicada en 29/05/2020. En COLTOChile. Recuperado de coltochile.cl/archivos/838.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). Desarrollo de la telesalud en América Latina: aspectos conceptuales y estado actual. Chile: CEPAL.
- Correia, R. L., Costa, S. L. da, Faria, R. da S., Takeiti, B. A., Gonçalves, M. V., Carvalho, C. R. A. de y Machado, K. (2016) Las experiencias de formación en Terapia Ocupacional Social en la Universidade Federal Do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(2), 11-18.
- Da Silva, M., da Silva, P., Rabelo, H. & Vinhas, B. (2020). A Terapia Ocupacional pediátrica brasileira diante da pandemia da COVID-19: reformulando a prática profissional. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 4(3), 422-437.
- Dahl-Popolizio, S., Carpenter, H., Coronado, M., Popolizio, N. & Swanson, C. (2020). Telehealth for the Provision of Occupational Therapy: Reflections on Experiences During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Telerehabilitation*, 12(2), 77-92.
- De Souza, V. (2020). A atuação do terapeuta ocupacional com base na Teoria da Integração Sensorial na assistência de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) durante a pandemia do Covid-19. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 4(3), 371-379.
- Decreto de Necesidad y Urgencia N° 260 Emergencia Sanitaria. (2020, 12 de marzo). Boletín Oficial de la República Argentina, Marzo 12, 2020.
- Decreto de Necesidad y Urgencia N° 297 Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. (2020, 19 de marzo). Boletín Oficial de la República Argentina, Marzo 20, 2020.
- Decreto de Necesidad y Urgencia N° 520 Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio. (2020, 07 de Junio). Boletín Oficial de la República Argentina, Junio 08, 2020.
- Disposición N° 648 Normativa para la certificación de personas con discapacidad con deficiencia mental e intelectual. (2015, 27 de julio). Boletín Oficial de la República Argentina, Julio, 31, 2015.
- Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. (2014). Telesalud. Declaración de Posicionamiento. Recuperado de wfot.org/resources/telehealth.
- Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. (2014). Terapia Ocupacional en la preparación y respuesta ante desastres (DP&R). Declaración de Posicionamiento.

- Recuperado de [wfot.org/resources/occupational-therapy-in-disaster-preparedness-and-response-dp-r](http://wfot.org/resources/occupational-therapy-in-disaster-preparedness-and-response-dp-r).
- Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. (2016). Reducción del Riesgo de Desastre. Declaración de Posicionamiento. Recuperado de [wfot.org/resources/occupational-therapy-in-disaster-risk-reduction-drr](http://wfot.org/resources/occupational-therapy-in-disaster-risk-reduction-drr).
- Ferreira, M. A. (2008) Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el Modelo Social: apuntes caracteriológicos. UCM. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas – REIS*, 124, 141-17.
- Fierro, N., Puga, E., y Guzmán, S. (2020). Elementos para el debate en torno a la equidad en salud en el contexto de la atención de salud a distancia o telesalud. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile (COLTO).
- Galheigo S. (2012). Perspectiva crítica y compleja en terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*. 9(5), 176-189.
- Galheigo, S. (2007). Terapia Ocupacional en el ámbito social. En Kronenberg, Simó Algado y Pollard. *Terapia Ocupacional Sin Fronteras: Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Médica Panamericana.
- García A. e Iglesias E. (2019). Informe anual del índice de desarrollo de la banda ancha en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gibbs, V. & Toth-Cohen, S. (2011). Family-centered occupational therapy and telerehabilitation for children with autism spectrum disorders. *Occupational therapy in health care*, 25(4), 298–314.
- Grimson, A. (2020). Presentación: El futuro después del COVID-19. En Siegrist, L., Escribal, F. y Sosa, N. (Coord.). *El Futuro después del COVID-19*. Programa Argentina Futura. Jefatura de Gabinete de Ministros Argentina.
- Gutiérrez, P., Moya V., R., Saa A., J., Yañez H., N. y Campos, J. (2016). Subjetividad en agrupaciones de personas en situación de discapacidad: Explorando la dualidad sujeción-agencia y la visión de discapacidad desde la propia vivencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(1), 147-158.
- Krippendorff, K. (1990). Fundamentos conceptuales. En K. Krippendorff, Metodología de análisis de contenido. Barcelona, España: Paidós.
- Ley Nacional N° 22.431 Sistema de protección integral de los discapacitados (1981, 16 de marzo). Boletín Oficial de la República Argentina, Marzo 20, 1981.
- Ley Nacional N° 26.378 Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo. (2008, 6 de junio). Boletín Oficial de la República Argentina, Junio 9, 2008.

- Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. (2010, 2 de diciembre). Boletín Oficial de la República Argentina, Diciembre 3, 2010.
- Ley Nacional N° 27.044 Otórgase jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2014, 11 de diciembre). Boletín Oficial de la República Argentina, Diciembre 22, 2014.
- Ley Nacional N° 27.541 de solidaridad social y reactivación productiva en el marco de la emergencia pública. (2019, 21 de diciembre). Boletín Oficial de la República Argentina, Diciembre 23, 2019.
- Macêdo, F., Lopes, K., Lopes, L. & Cruz, R. (2020). Ações e experiências de terapeutas ocupacionais no contexto de pandemia da COVID-19. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 4(3), 318-333.
- Morrison, R., Guajardo, A. y Schliebener, M. (2016). Debates y reflexiones para una Ciencia de la Ocupación crítica y social. Diálogos para comprender la Ocupación Humana. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 1 (2), 40-58.
- Morrison, R., Olivares, D. y Vidal, D. (2011). La filosofía de la Ocupación Humana y el paradigma social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 102 - 119.
- Naciones Unidas, Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa, Organización de Estados Americanos y Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. (2011). Declaración conjunta sobre libertad de expresión e Internet. Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de [un.org/es/documents/udhr/](http://un.org/es/documents/udhr/).
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de [un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf](http://un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf).
- Naciones Unidas. (2009). Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres. Ginebra: Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas (UNISDR). Recuperado de [unisdr.org/files/7817\\_UNISDRTerminologySpanish.pdf](http://unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf).
- Oficina Internacional del Trabajo. (2011). Manual de buenas prácticas en teletrabajo. Buenos Aires: Oficina Internacional del Trabajo, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Unión Industrial Argentina.
- Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En: Barton, L. (Comp.). *Discapacidad y Sociedad*. Madrid: Morata - Fundación Pandeia.
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado de [paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf](http://paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf).

- Organización Mundial de la Salud, Asociación Canadiense de Salud Pública y Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Reglamento Sanitario Internacional (3a ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [who.int/csr/ihr/es/index.html](http://who.int/csr/ihr/es/index.html).
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público. Recuperado de [who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public](http://who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public).
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Recuperado de [who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses](http://who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses).
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19. Recuperado de [iris.paho.org/handle/10665.2/52026](http://iris.paho.org/handle/10665.2/52026).
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Recuperado de [paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226](http://paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226).
- Osio Havriluk, L. (2015). Salud y seguridad en el teletrabajo. Caso: Argentina. *Revista Visión Gerencial*, 14 (2), 410-426. Venezuela: Universidad de los Andes Mérida.
- Palacios, A. (2014). Modelo Social de Discapacidad. Mirada hacia los derechos humanos, el fortalecimiento comunitario y la Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC). En A. Guajardo Córdoba, E. Recabarren Hernández, y V. Parragez Correa, *Rehabilitación de base comunitaria. Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile*. Santiago de Chile: Servicio Nacional de Discapacidad.
- Palacios, A. (2016). Situaciones de dependencia, discapacidad y derechos humanos. En Guajardo, A., Alburquerque, D., y Díaz, M. (Eds.). *Derechos humanos y discapacidad: Diálogos colectivos en torno a autonomía de personas en situación de dependencia*. Santiago de Chile: Universidad Santiago de Chile. Recuperado de [upla.cl/inclusion/wp-content/uploads/2016/07/Dialogos-Colectivos-pdf-final.pdf](http://upla.cl/inclusion/wp-content/uploads/2016/07/Dialogos-Colectivos-pdf-final.pdf).
- Palacios, A. (2017). El modelo social de discapacidad y su concepción como cuestión de derechos humanos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 14-18.
- Pellegrini, M. (2011). Curso: Terapia Ocupacional en Atención Comunitaria. Material de la cátedra de Terapia Ocupacional en salud comunitaria 2019.
- Resolución 282 Superintendencia de Servicios de Salud. (2020, 1 de abril). Boletín Oficial de la República Argentina, Abril 2, 2020.

- Rortvedt, D. & Jacobs, K. (2019). Perspectives on the use of a telehealth service-delivery model as a component of school-based occupational therapy practice: Designing a user-experience. *Work (Reading, Mass.)*, 62(1), 125–131.
- Rosario, J. (2005). “La tecnología de la información y la comunicación. Su uso como herramienta para el fortalecimiento y el desarrollo de la educación virtual”. Recuperado de [www.cibersociedad.net](http://www.cibersociedad.net).
- Rossi, L., Nabergoi, M., Ortega, M. S., Venturini, Y. D., Medina, L. N., Albino, A. F.,... y Pessa, J. (2019) Mapa de Tradiciones de Terapia Ocupacional con ejes teórico-epistémicos-prácticos. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(2), 25-27.
- Silva, J. & do Nascimento, A. (2020). Terapia Ocupacional e Telessaúde em tempos de COVID-19. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 4(6), 1013-1022.
- Silva, D., Oliveira, P., Folha, O., Nicolau, S., Wertheimer, L., da Silva, D.,... & Marcolino, T. (2020). Posicionamento técnico-político-científico da ABRATO frente ao COVID-19. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, 4(3), 281-289.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* (3ra ed). Paidós.
- Townsend, E. y Whiteford, G. (2007). Una estructura de participación en el marco de la justicia ocupacional. Procesos prácticos basados en la comunidad. En Kronenberg, Simó Algado y Pollard. *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Médica Panamericana.
- Vinzón, V. y Aparecida de Olivera L., I. (2018) Fórum Social Mundial: catalizador de luchas y resistencias. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4(1), 52-56.
- Wallisch, A., Little, L., Pope, E. & Dunn, W. (2019). Parent Perspectives of an Occupational Therapy Telehealth Intervention. *International Journal of Telerehabilitation*, 11(1), 15-22.
- Zango Martín, I. (2017). *Terapia Ocupacional Comunitaria*. Madrid: Síntesis.

## **X. Anexos**

### **X. a. Anexo I**

#### **Hoja de información del Consentimiento Informado, Libre y Voluntario para la persona participante en el estudio.**

Mi nombre es Virginia Yanis y me encuentro finalizando la Licenciatura en Terapia Ocupacional en la Universidad del Gran Rosario. Uno de los requisitos para la obtención del título de grado es la elaboración de una tesina. Por tal motivo, la invito a participar voluntariamente de la misma, titulada «Teletrabajo en Terapia Ocupacional con personas con discapacidad mental y/o intelectual en Rosario, durante el "aislamiento social, preventivo y obligatorio" por la pandemia de COVID-19.»

El objetivo general será indagar experiencias de teletrabajo desde la perspectiva de profesionales de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad mental y/o intelectual en Rosario, durante el "aislamiento social, preventivo y obligatorio" por la pandemia de COVID-19.

Si estuviera de acuerdo con brindarme esta información, la convoco a una técnica de grupo focal que se llevará a cabo en un encuentro grupal de modalidad virtual sincrónica a través de la plataforma de videoconferencias Google Meet. Si me autorizara, podría grabar en audio o video para contar con un registro más preciso. El encuentro requerirá entre 60 a 90 minutos como máximo de su tiempo.

Su identidad no será revelada bajo ningún concepto y la información proporcionada durante el estudio será manejada con estricta confidencialidad, anonimato y sólo se utilizará a los fines de esta investigación. La información obtenida será procesada para elaborar consideraciones finales del trabajo de investigación.

Su participación en este estudio es de decisión libre y voluntaria. También tiene derecho a revocar su participación en cualquier momento, incluso aunque haya aceptado y firmado el consentimiento previamente. Puede efectuar preguntas cuando lo estime necesario y en todo momento.

Desde ya, le agradezco su participación.

Virginia Yanis

Estudiante de Terapia Ocupacional

**Hoja de firmas del Consentimiento Informado, Libre y Voluntario para la persona participante en el estudio.**

A través de mi firma en esta hoja, certifico que he leído la hoja de información anexa, acerca de la investigación: «Teletrabajo en Terapia Ocupacional con personas con discapacidad mental y/o intelectual en Rosario, durante el "aislamiento social, preventivo y obligatorio" por la pandemia de COVID-19.»

En función de lo expuesto, acepto participar de la misma de manera voluntaria y libre.

Entiendo que la información obtenida será utilizada con fines académicos y la publicación con fines científicos y que se preservará la confidencialidad de todos mis datos personales.

En este proceso de información y de solicitud de mi consentimiento, recibo una copia de la hoja de información y firma del consentimiento informado, libre y voluntario.

Fecha:

Firma de la/el participante.....

Aclaración de la firma de la/el participante.....

Firma de la investigadora.....

Aclaración de firma de investigadora.....

Firma director de Tesina.....

Aclaración de la firma del director.....

Firma co-directora de Tesina.....

Aclaración de la firma de la co-directora.....

## X. b. Anexo II

### Guía temática

**Concepto o tópico objetivo:** Teletrabajo en Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario, durante el "aislamiento social, preventivo y obligatorio" por la pandemia de COVID-19.

1. Dimensión: ámbitos de actuación de profesionales de Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario.

1.1. Preguntas

1.1.1. ¿Cuánto tiempo lleva en el ejercicio de la profesión?

1.1.2. ¿En qué ámbito de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental ejerce profesionalmente?

1.1.3. ¿A qué subsector pertenece? público, privado u otros.

1.1.4. ¿Cuál es la franja etaria promedia de la población asistida?

2. Dimensión: experiencias de teletrabajo desde la perspectiva de profesionales de Terapia Ocupacional en ámbitos de actuación con personas con discapacidad intelectual y/o mental en Rosario, durante el "aislamiento social, preventivo y obligatorio" por la pandemia de COVID-19.

2.1. Preguntas

2.1.1. Considerando la declaración de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (2014) sobre Teletrabajo:

2.1.1.1. En cuanto a los tipos o modelos de interacción (sincrónicas, asincrónicas y transmisión de datos) ¿Cuáles utilizaron?

2.1.1.2. ¿Implementaron un modelo híbrido de provisión de servicios, es decir, presencial y teletrabajo?

2.1.1.3. De las funciones de evaluación, intervención, monitoreo, supervisión y consulta ¿Cuáles aplicaron?

2.1.2. ¿Los objetivos, estrategias y recursos habituales de la práctica se mantuvieron o se modificaron?

2.1.3. Adaptación de pregunta extraída de Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile A.G. (2020): ¿Las jornadas laborales y la carga laboral se mantuvieron o se modificaron?

2.1.4. ¿Cambió la manera en cómo la familia de las personas con discapacidad intelectual y/o mental participa en la nueva modalidad de atención?

2.1.5. ¿Detectaron obstáculos (barreras actitudinales, aptitudinales, económicas, técnicas)? ¿Se implementaron apoyos para las personas con discapacidad intelectual y/o mental?

2.1.6. ¿Obtuvieron y/o recurrieron a información acerca de teletrabajo brindada por organismos oficiales, asociaciones de Terapia Ocupacional, etc.?

2.1.7. ¿Encontraron dificultades para el reconocimiento de la prestación de servicios bajo la modalidad de teletrabajo?

2.1.8. Adaptación de pregunta extraída de Fierro, Puga y Guzmán (2020):  
¿Qué medidas creen que deben ser tenidas en cuenta para un teletrabajo inclusivo?

## **X. c. Anexo III**

### **Guía para la participación en la plataforma Google Meet**

#### **Requisitos de acceso a Google Meet.**

- Se necesita una cuenta de Google para utilizar Google Meet.
- Para unirse a una videollamada, necesitás tener la aplicación móvil de Meet o un navegador web compatible.

Para obtener más información, podés consultar la sección Requisitos de las videollamadas (sistemas operativos y navegadores web compatibles, utilizar cámara y video, red y hardware adicionales).

#### **Para unirse a la reunión.**

Recibirá con antelación en su correo electrónico la invitación a la reunión, donde se indicará: nombre/título de la reunión, fecha y hora. Deberá hacer click en el enlace, a la hora del evento. El enlace la redireccionará a la sala de espera de la reunión. Si ingresa por primera vez desde dispositivo móvil, es probable que aparezca un cartel para descargar la aplicación. Una vez en la sala de espera de la reunión, deberá configurar los altavoces, el micrófono y la cámara. Luego de realizados los ajustes, podrá ingresar a la reunión.

#### **Recomendaciones previas al encuentro.**

- Se sugiere verificar el correcto funcionamiento de micrófono, audio, cámara y conectividad.
- Se sugiere el uso de auriculares de ser posible y buscar un espacio que ofrezca menor ruido ambiental y un fondo simple, que no sea distractor.
- Se sugiere contar con disponibilidad de ingreso a través de celular como “plan B”, en caso de que la conectividad en la computadora no sea la óptima o que se corte. La aplicación Meet se puede descargar desde la tienda o app store en el celular.

#### **Recomendaciones para el ingreso y durante el encuentro.**

El ingreso a la reunión estará disponible para el ingreso 15 minutos antes, se sugiere ingresar dentro de ese margen para lograr una organización acorde y comenzar en el horario establecido.

Se recomienda mantener el micrófono silenciado hasta participar y volver a silenciarlo al terminar. De esta manera se permitirá la claridad sonora de la comunicación.

En caso de problemas de conectividad, se recurrirá a la opción de apagar las cámaras.