



FLACSO
URUGUAY

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Programa Uruguay

Maestría en Género
Mención en: Políticas Públicas Integrales
Orientación: Profesional
Promoción 2023-2025

Terapia ocupacional en dispositivos de salud mental en Uruguay.
Propuesta de intervención para la transversalización de la perspectiva de género
en discapacidad (2025).

**Tesis para obtener el grado de Maestría en Género
con mención en Políticas Públicas Integrales**

Presenta:

Camila Varela Barreiro

Directora de Tesis: Natalia Guidobono Genisans

Montevideo, agosto de 2025

Dedicatoria

A mi madre, mi padre, mi hermano, a Ernesto y a mis amigas. A quienes quiero y me acompañaron, tanto de forma presencial como a la distancia, a quienes me sostuvieron con amor, paciencia y alegría durante este recorrido, y celebran conmigo el cierre de esta etapa.

A quienes ya no están: mi tía Susana, mis abuelas, mi abuelo y Adrián, cuyas huellas siguen presentes en cada logro y en mi camino de aprendizaje y compromiso con las cuestiones de género.

A todas las mujeres y disidencias en situación de discapacidad: que este trabajo sea una pequeña contribución a una gran causa colectiva.

Agradecimientos

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi familia, mi compañero y mis amigas, quienes me brindaron su apoyo incondicional, acompañándome con cariño y comprensión a lo largo de todo este proceso.

Especial reconocimiento a Natalia, mi tutora, por su guía, su paciencia, su tiempo, su dedicación en general, los encuentros, los intercambios y los valiosos consejos, que fueron fundamentales para el desarrollo de esta tesis.

Agradezco sinceramente a las personas de la División de Alojamiento con Apoyos, quienes desde el primer momento estuvieron a disposición, facilitaron el trabajo, mostraron apertura y abrazaron esta propuesta con compromiso y confianza: dirección, supervisión, coordinación, equipos técnicos, talleristas y personas usuarias.

Sin el acompañamiento de todas ellas, este trabajo no hubiera sido posible.

Glosario de siglas y acrónimos

AUCI - Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional

CABA - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CDPD - Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

DDHH - Derechos Humanos

ESI - Educación Sexual Integral

FCS - Facultad de Ciencias Sociales

FLACSO - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

FVID - Foro de Vida Independiente y Diversidad

GEDIS - Grupo de Estudios sobre Discapacidad

INAU - Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay

MIDES - Ministerio de Desarrollo Social

SNIC - Sistema Nacional Integrado de Cuidados

UDELAR - Universidad de la República

VBG - Violencia Basada en Género

Índice

Dedicatoria	1
Agradecimientos	2
Glosario de siglas y acrónimos	3
Índice	4
Índice de tablas y figuras	4
Resumen	6
Abstract	7
1. Introducción	8
Problema de desigualdad de género y justificación	11
Área y problema de intervención	17
Posicionamiento ético-político e implicación con la temática	20
2. Antecedentes	22
Antecedentes con relación a Alojamiento con Apoyos	23
Terapia ocupacional, salud mental y género	26
3. Marco conceptual	34
Terapia Ocupacional	44
Política pública	45
Transversalidad de género	47
4. Metodología para el desarrollo de la intervención	49
Diagnóstico	50
Planificación de la intervención	57
5. Propuesta de intervención	67
Diagnóstico	68
Propuesta de intervención	91
6. Reflexiones finales y recomendaciones para la implementación de la propuesta	118
Referencias bibliográficas	123
Anexo 1	144
Anexo 2	148

Índice de tablas y figuras

Tabla 1	55
Etapas del diagnóstico	55
Tabla 2	57
Descripción de los dispositivos visitados	57
Tabla 3	60
Ejes de observación para la dimensión infraestructura	60
Tabla 4	62
Ejes de observación para la dimensión dinámicas y actividades	62
Tabla 5	64
Eje de observación para la dimensión de perspectivas interseccionales	64
Tabla 6	66
Eje de observación para la dimensión de las necesidades de género –en base a Moser (1993)–	66
Tabla 7	73
Resultados sobre la dimensión de infraestructura	73
Tabla 8	78
Resultados sobre la dimensión de dinámicas y actividades	78
Tabla 9	81
Resultados sobre la dimensión de perspectivas interseccionales	81
Tabla 10	84
Resultados sobre la dimensión de necesidades de género –en base a Moser (1993)–	84
Tabla 11	96
Bloques conceptuales y líneas temáticas a abordar en Centro D	96
Tabla 12	98
Bloques conceptuales y líneas temáticas a abordar en Centro C	98
Tabla 13	109
Talleres Centro D	109
Tabla 14	114
Talleres Centro C	114
Figura 15	117
Cronograma tentativo de implementación (diagrama de Gantt)	117

Resumen

La presente tesis propone una intervención profesional orientada a abordar las desigualdades de género que atraviesan a mujeres y disidencias en situación de discapacidad psicosocial, en dos dispositivos de Alojamiento con Apoyos del Ministerio de Desarrollo Social. La propuesta parte del reconocimiento de una doble opresión estructural –capacitismo y patriarcado– que limita el acceso a derechos, la autonomía, la independencia y la participación plena de esta población. Desde una perspectiva de género e interseccionalidad, se cuestionan los modelos asistencialistas tradicionales, proponiendo un enfoque desde la terapia ocupacional orientado a prácticas institucionales más inclusivas y respetuosas de la diversidad. La intervención fue diseñada para dos dispositivos específicos: un hogar 24 horas –al que se le llamará Centro D– y un centro de día –al que se denominará Centro C–. La propuesta se sustenta en una metodología cualitativa que incluyó trabajo de campo, entrevistas, observación participante, análisis documental y articulación institucional. Desde un enfoque basado en los derechos humanos y la justicia social. El diseño busca visibilizar barreras estructurales y simbólicas que afectan el desempeño ocupacional de las mujeres y disidencias, y generar estrategias colectivas para promover la equidad de género en la vida cotidiana. Se espera que esta propuesta contribuya a enriquecer la práctica profesional de la terapia ocupacional en dispositivos de salud mental. Asimismo, se plantea como un insumo para el desarrollo de políticas públicas que integren enfoques interseccionales, fomentando entornos más inclusivos, equitativos y respetuosos de los derechos de todas las personas.

Palabras clave: discapacidad psicosocial, perspectiva de género, terapia ocupacional, interseccionalidad, intervención profesional

Abstract

This thesis proposes a professional intervention aimed at addressing gender inequalities experienced by women and gender-diverse individuals with psychosocial disabilities in two Supported Living Facilities operated by the Ministry of Social Development. The proposal is grounded in the recognition of a dual structural oppression –ableism and patriarchy– that limits this population’s access to rights, autonomy, independence, and full participation. From a gender and intersectional perspective, the study challenges traditional welfare-based models and advocates for an occupational therapy approach focused on more inclusive and diversity-respecting institutional practices. The intervention was designed for two specific facilities: a 24-hour residential home –referred to as Center D– and a day center –referred to as Center C–. The proposal is supported by a qualitative methodology that included fieldwork, interviews, participant observation, document analysis, and institutional collaboration. It is framed within a human rights and social justice approach. The design seeks to make visible the structural and symbolic barriers that affect the occupational performance of women and gender-diverse individuals, and to generate collective strategies to promote gender equity in everyday life. It is expected that this proposal will contribute to enriching occupational therapy practice within mental health services. Furthermore, it is intended as a resource for the development of public policies that incorporate intersectional approaches, fostering more inclusive, equitable, and rights-respecting environments for all people.

Keywords: psychosocial disability, gender perspective, occupational therapy, intersectionality, professional intervention

1. Introducción

Esta propuesta de intervención se enmarca en la Maestría en Género con Especialización en Políticas Públicas Integrales, Orientación Metodológica Profesional, de FLACSO Uruguay. La temática abordada es la desigualdad de género con un enfoque específico en personas con discapacidad psicosocial¹, desde un abordaje de terapia ocupacional.

La relación entre género, discapacidad y salud mental se inscribe en una problemática compleja que abarca desigualdades estructurales en el acceso a derechos, calidad de vida, autonomía e independencia de las personas con discapacidad. Debido a esto, es clave incorporar un enfoque de interseccionalidad, entendiéndolo como una perspectiva que analiza la discriminación resultante del entrecruzamiento de múltiples ejes de exclusión (Crenshaw, 2002; MIDES, 2019).

Las mujeres y diversidades en situación de discapacidad enfrentan barreras adicionales que limitan su participación plena en la sociedad, afectando su bienestar y acceso a servicios esenciales. En este contexto, la terapia ocupacional se posiciona como una herramienta fundamental para derribar las desigualdades, ya que promueve la participación en actividades significativas que favorecen la autonomía y el desarrollo de habilidades (Testa y Spampinato, 2010).

Desde una perspectiva del Modelo Social de la Discapacidad², de derechos humanos (DDHH)³ y anticapacitista⁴, es fundamental comprender que la discapacidad no reside en el individuo, sino en las barreras estructurales, sociales y actitudinales que impiden su plena convivencia (Toboso, 2017). La mirada de la perspectiva de género permite reconocer que las desigualdades no afectan a todas las personas por igual, sino que se intersectan con otras dimensiones como el género, la discapacidad, la clase social, la etnicidad, entre otras (Gesser,

¹ En esta tesis se utiliza la expresión ‘personas con discapacidad psicosocial’ para referirse a quienes se encuentran en situación de discapacidad vinculada al sufrimiento psíquico. Esta elección se basa en el reconocimiento de los determinantes sociales que inciden en la discapacidad y busca evitar términos que focalicen en el diagnóstico. Se trata de una decisión política y ética, alineada con el modelo social de la discapacidad (OMS, 2001).

² Según Palacios (2008), la perspectiva social de la discapacidad sostiene que esta no se encuentra en la condición individual, sino en las condiciones sociales, culturales y físicas que restringen la participación plena en la sociedad.

³ La perspectiva de DDHH es un enfoque que reconoce a todas las personas como sujetos de derechos inherentes, universales e inalienables, orientando la acción pública y social hacia la garantía, protección y promoción de estos derechos con base en principios de dignidad, igualdad y no discriminación (CIDH, 2018; Facio, 2003; Vázquez y Delaplace, 2011).

⁴ El término ‘anticapacitismo’ definido en oposición al ‘capacitismo’, entendiéndolo a este último como la discriminación hacia las personas en situación de discapacidad, según Toboso (2017), Gesser, et al. (2022).

et al., 2022). Entendiendo a la perspectiva de género como el enfoque que examina cómo las construcciones sociales y culturales influyen en las identidades, roles, relaciones de poder y desigualdades según el género (Scott, 1986).

Si bien existen antecedentes a nivel nacional, regional e internacional sobre la relación entre la terapia ocupacional, la salud mental, la perspectiva de género y los enfoques anticapacitistas (Amoedo, 2016; Aussière, et al., 2022; Ayllón, 2018; Briglia, et al., 2023; Cabanas, et al., 2018; Cantero y Emeric, 2018; Durango, 2020; Farías, et al., 2021; Font, 2016; FVID, s/f; GEDIS, s/f; Gomes, 2024; Heredia, 2024; La Tinta, 2020; Lima, 2021; Testa y Spampinato, 2010; Marchant, 2020; MESECVI, et al., 2022; MIDES, 2019; Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2008; Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2014; Rosemblat, 2013; Toboso, 2017), es importante destacar que los estudios y documentos disponibles son limitados, lo que evidencia una notable escasez de bibliografía específica sobre el tema. Además, los pocos casos documentados son relativamente recientes, ya que históricamente no ha habido una discusión sostenida ni un desarrollo profundo de estas temáticas en conjunto.

En Uruguay, la División de Alojamiento con Apoyos del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) gestiona hogares y centros destinados a personas en situación de discapacidad que requieren apoyos en su día a día. Estos dispositivos, ubicados en varios departamentos del país, constituyen el ámbito de intervención de esta tesis. La terapia ocupacional dentro de estos espacios juega un papel crucial en la mejora de la calidad de vida de sus residentes, así como su abordaje en clave de transversalización de la perspectiva de género (Scott, 1986) e interseccionalidad (Crenshaw, 2002).

Si bien la terapia ocupacional es una herramienta clave para la inclusión y calidad de vida de personas con discapacidad psicosocial, en muchos casos su implementación no considera las desigualdades de género que atraviesan a esta población. Mujeres y diversidades en situación de discapacidad enfrentan barreras en el acceso a los servicios, incluyendo estereotipos de género⁵, discriminación y falta de políticas diferenciadas que atiendan sus necesidades específicas (Testa y Spampinato, 2010).

Las normativas vigentes y las políticas públicas del Estado no siempre incluyen estrategias que garanticen un abordaje con perspectiva de género (Scott, 1986) e interseccionalidad (Crenshaw, 2002). Esto impacta en la continuidad de la participación

⁵ Los estereotipos de género son creencias sociales que asignan roles, características y comportamientos a las personas según su sexo, limitando su libertad y perpetuando desigualdades entre géneros (Bosch Fiol, 2002; Tobías, 2007).

ocupacional⁶ de las personas, limitando sus oportunidades de desarrollo personal y social. Existen evidencias que indican que las mujeres y diversidades tienen mayores dificultades para acceder a espacios de autonomía y decisión sobre sus actividades diarias, así como menor participación en actividades laborales o recreativas que fomenten su independencia (Bizitegi, 2022; MIDES, 2024).

A nivel académico y profesional, esta tesis contribuye a la discusión sobre la intersección entre discapacidad, género y salud mental, aportando herramientas para una práctica profesional más inclusiva y equitativa. Asimismo, la intervención propuesta busca generar un impacto concreto en la población residente de los dispositivos de Alojamiento con Apoyos, mediante el diseño e implementación de estrategias que favorezcan la equidad en el acceso a oportunidades de desempeño ocupacional⁷ y desarrollo personal, incluyendo la transversalización de género.

En este sentido, la perspectiva anticapacitista (Toboso, 2017) resulta fundamental para cuestionar los enfoques tradicionales que patologizan a las personas con discapacidad. Esta tesis se orienta a una transformación de las prácticas institucionales hacia modelos más inclusivos, basados en la autonomía y el respeto por la diversidad (Gesser, et al., 2022).

El objetivo central y general de esta intervención es promover la transversalización de la perspectiva de género (Scott, 1986) e interseccionalidad (Crenshaw, 2002) en el abordaje de terapia ocupacional, con población en situación de discapacidad en dos de los dispositivos de Alojamiento con Apoyos. Como objetivos específicos, se busca conocer las problemáticas concretas relacionadas al género, que atraviesan las mujeres y diversidades en estos espacios, identificando las barreras que enfrentan en su vida cotidiana y su impacto en el desempeño ocupacional. Asimismo, se pretende indagar sobre las herramientas con las que cuentan para la resolución de problemas, situaciones de su vida diaria y desarrollo de su autonomía. Finalmente, se procura trabajar en la planificación de la propuesta de intervención, diseñando estrategias que permitan integrar la transversalización de la perspectiva de género en su

⁶ Según el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional, la participación ocupacional se entiende como el involucramiento activo de la persona en ocupaciones significativas que le permiten desempeñar roles y tener una vida con sentido, y no solo como el acto de hacer, sino de estar implicado con intención y significado en un contexto determinado (AOTA, 2020).

⁷ Según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, el desempeño ocupacional se refiere a la manera en que una persona realiza las actividades significativas de su vida diaria –como el autocuidado, el trabajo, el ocio o la participación social–, entendido como el resultado de la interacción dinámica entre la persona, su entorno y las tareas que lleva a cabo (AOTA, 2020).

desempeño ocupacional, favoreciendo la realización de actividades significativas que contribuyan a su bienestar y a la resolución de problemáticas de género en su vida diaria.

Esta intervención se sitúa en la fase de implementación, según el ciclo de políticas públicas (Anderson, 2014; Dye, 2017; Sabatier, 2007; Subirats, et al., 2012), de la política pública de Alojamiento con Apoyos. Se enmarca en un diagnóstico de género basado en el relevamiento de fuentes de información primarias y secundarias, complementado con técnicas participativas. Se utilizan herramientas como la investigación documental, entrevistas a personas integrantes clave y observación participante (Corbetta, 2007; Valles, 1999). Las estrategias de implementación incluyen talleres y actividades dirigidas a la población residente. Se aplicará una metodología de diseño e integración de la perspectiva de género (Scott, 1986) e interseccionalidad (Crenshaw, 2002) en el desempeño ocupacional, con el fin de generar cambios sostenibles en la práctica de la terapia ocupacional y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en estos espacios.

Vale destacar que desde el inicio, tanto desde la dirección de la división de Alojamiento con Apoyos así como las supervisoras de los dispositivos que la integran, han mostrado su interés y han reconocido la relevancia de la propuesta para su trabajo con la comunidad. Durante todo el proceso, se ha contado con una respuesta favorable y una actitud colaborativa por parte de las responsables de la gestión y atención en estos establecimientos, quienes han manifestado un gran compromiso con la implementación de la presente intervención.

Problema de desigualdad de género y justificación

Las personas en situación de discapacidad conforman el 15% de la población mundial, dentro de ello, se estima que más de la mitad son mujeres (MIDES, 2019); en igual proporción, esto sucede en Uruguay. La estructura del sistema mundial en el que vivimos aún excluye a minorías, en donde las personas en situación de discapacidad y las mujeres, forman parte de estos grupos minoritarios que a lo largo de la historia y hasta hoy en día, han sufrido desigualdades, estigmas, discriminaciones, marginalidad y violencias.

El problema de desigualdad identificado, es atravesado por diferentes aspectos que persisten como parte del sistema patriarcal y capacitista (Gesser, et al., 2022; Toboso, 2017) en el que habitamos, como son el orden de género (Butler, 1990) y la exclusión social (Fraser, 2003; Gesser, et al., 2022; Sen, 1999); más específicamente en este caso, el estigma hacia mujeres con discapacidad psicosocial. La falta de acceso al ejercicio de los derechos, la

vivencia de la exclusión pero también de la desafiliación⁸ (Castel, 1997), la percepción social de la locura y todas las barreras con las que se enfrenta en el día a día esta población, afecta enormemente en su calidad de vida y en sus proyectos de vida. En concordancia con Daguerre (2018), la locura ha sido históricamente un fenómeno de estigmatización y exclusión social, donde las concepciones y representaciones sociales han influido en la marginalización de estas personas.

De igual forma, dicho problema persiste hoy en día, conviviendo con vacíos en las respuestas institucionales, donde la falta de recursos y la cultura prevalente en nuestra sociedad impiden el avance hacia la mejora de esta situación (Fraser, 2003; Gesser, et al., 2022). Esta población enfrenta una constante falta de acceso al pleno ejercicio de sus derechos en muchos ámbitos de su vida cotidiana, lo que afecta profundamente su bienestar y calidad de vida (Sen, 1999). Además, las barreras estructurales inciden en que las vivencias cotidianas de estas personas se vean enormemente afectadas por la discriminación, la cual se experimenta en diversos espacios y contextos, lo que a su vez conduce a procesos de evitación, marginación y desafiliación de redes sociales (Butler, 1990; Gesser, et al., 2022). Estas situaciones injustas refuerzan la exclusión y perpetúan la discriminación, lo que limita aún más las oportunidades de inclusión plena de las personas con discapacidad (Fraser, 2003).

En cuanto al género (Scott, 1986), los mandatos y roles asignados a mujeres y varones son transmitidos a las niñas con y sin discapacidad, configurando expectativas sociales que determinan su comportamiento y sus oportunidades (Connell, 2005). Estos mandatos se manifiestan a través de normas culturales y sociales que dictan cómo deben comportarse, vestirse y relacionarse los individuos en función de su sexo biológico. Además, los roles de género se refuerzan en diversos contextos, como el hogar, la escuela y los medios de comunicación, donde las infancias con discapacidad son frecuentemente excluidas de las representaciones tradicionales de feminidad y masculinidad. Esta construcción social de los géneros contribuye a la creación de estereotipos que limitan las posibilidades de desarrollo, participación y autonomía, condicionando la manera en que se perciben y se vinculan (Meekosha y Shuttleworth 2009; Shakespeare, 2006; Thomas, 2007).

Sin embargo, debido a la construcción social de la discapacidad, estos mandatos de género (Segato, 2016) se desconfiguran cuando se trata a una persona en situación de

⁸ Vale aclarar la diferencia entre los términos de exclusión y desafiliación. Según Castel (1997), la exclusión es rígida y hace referencia a la privación. En cambio, la desafiliación se presenta como un impedimento en determinados procesos, como un alejamiento o una ruptura de las redes –sociales e institucionales–, que implica cierta descalificación e invalidación social y por tanto, vulneración (Castel, 1997).

discapacidad, ya que la discapacidad tiende a ser vista como el principal factor de identidad, por encima de cualquier otra característica personal (MIDES, 2019; Rosato, et al., 2009). Esta desconfiguración de los roles de género contribuye a la marginación y a la invisibilidad de la diversidad de identidades dentro de la población con discapacidad, generando una comprensión reduccionista de su ser y su experiencia (Thomas, 2007).

Debido a esto y teniendo en cuenta que “el término capacitismo denota una actitud o discurso que devalúa la discapacidad, frente a la valoración positiva de la integridad corporal, la cual es equiparada a una supuesta condición esencial humana de normalidad” (Toboso, 2017, p.1), se evidencia que coexistimos en una sociedad capacitista, donde las personas en situación de discapacidad no son pensadas en el imaginario social como sujetos de participación, actividad ni poder de ejercicio de derechos. Ni así tampoco lo son las mujeres dentro de la cultura patriarcal en la que vivimos, significando el patriarcado la estructura represiva y reguladora de dominación masculina (Butler, 1990). Por lo tanto, siendo mujeres y en situación de discapacidad, se encuentran en una posición de doble discriminación e invisibilización y despojo, sin ser valoradas ni tenidas en consideración.

Específicamente, para el caso de las personas con discapacidad psicosocial, esto implica otras formas de estigma y violencia por parte de la sociedad. La locura, que desde el imaginario social evoca peligrosidad, y por tanto, miedo, tiene como consecuencia el alejamiento, la exclusión, marginación, y finaliza con la desafiliación en todas o la gran mayoría de sus redes sociales –comunitarias, laborales, pero también familiares, entre otras– (Bravo y Olivier, 2010; Rosato y Angelino, 2009; Torres, 2011).

Como fue mencionado, entendiendo por interseccionalidad a la vivencia de marginación y discriminación, que experimentan las personas cuando se solapan distintos ejes de exclusión (Crenshaw, 2002; MIDES, 2019), si bien las diversas formas de violencia y desigualdad hacia las mujeres en general, son aplicables a las mujeres en su totalidad, existen situaciones que por la interacción del género y la discapacidad psicosocial, afectan muy especialmente a esta población (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, s/f; Fundación CERMI Mujeres, 2023; MIDES, 2019).

Esta problemática, reconocida a nivel mundial por parte de diferentes organismos, aún al día de hoy no está del todo puesta sobre la mesa, ya que mujeres y niñas en situación de discapacidad continúan corriendo con desventajas.

Los organismos internacionales, las políticas públicas, las organizaciones sociales, reconocen la deuda histórica que se mantiene hacia las personas con

discapacidad y al reconocimiento del ser Sujetos/as de pleno Derecho; en parte signada por una suerte de “invisibilidad”. Si además hacemos foco en las niñas y mujeres con discapacidad, es necesario recorrer varios capítulos de la historia, para ubicar la necesidad de un reconocimiento específico (...). La violencia basada en el género, interactuando con la discapacidad como situación, es incipiente en cuanto sus posibilidades de ser visualizada, enunciada, abordada y combatida. (MIDES, 2019, p.10).

Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad -CDPD- las mujeres y niñas en situación de discapacidad enfrentan riesgos elevados de violencia, lesiones, abusos, abandono, tratos negligentes, malos tratos y explotación, tanto en el hogar como en otros entornos. Particularmente, las niñas con discapacidad presentan un mayor riesgo de ser víctimas de abusos sexuales, tanto por parte de desconocidos como de familiares, y especialmente en instituciones de asistencia y cuidado (CDPD, 2006).

En Uruguay, la “Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones” (INE, et al., 2019) revela que las mujeres con discapacidad experimentan una prevalencia de violencia significativamente mayor en comparación con las mujeres sin discapacidad. Por ejemplo, el 20,7% de las mujeres en situación de discapacidad han sufrido violencia por parte de su pareja, frente al 13,8% de las mujeres sin discapacidad (INE, et al., 2019). Además, la violencia psicológica hacia las mujeres con discapacidad es una de las más altas entre todas las mujeres, lo que impacta negativamente en su autoestima y bienestar (INE, et al., 2019).

Respecto a la discriminación y violencia específicas hacia las mujeres con discapacidad, referentes en el tema (Aussière, et al., 2022; Balaña, et al., 2019; MIDES, 2019), señalan que otras manifestaciones de esta violencia incluyen desigualdades que viven con relación a sus derechos sexuales y reproductivos, donde la vida sexual activa de las mujeres aún sigue siendo tabú en la sociedad, y aún más lo es la vida sexual de las mujeres en situación de discapacidad. Dentro de esto, la libertad y consentimiento de la maternidad son cuestiones complejas, ya que es muy común que la familia e instituciones consideren tomar decisiones en su nombre.

Asimismo, la violencia económica, definida como el control y restricción deliberada de los recursos económicos de una persona, afecta gravemente la autonomía y bienestar de las mujeres en situación de discapacidad (FPV, 2024). Según el estudio “Estudio de la violencia económica contra las mujeres en sus relaciones de pareja” (Ministerio de Igualdad de España, s/f), más de la mitad de las mujeres con discapacidad han experimentado algún tipo de violencia

económica, lo que refleja una prevalencia más alta en comparación con las mujeres sin discapacidad.

Además, las mujeres en situación de discapacidad, especialmente aquellas con discapacidades severas, enfrentan desafíos significativos para formar relaciones de pareja y establecer un núcleo familiar propio. La presencia de una discapacidad puede influir en la dinámica familiar y en las relaciones interpersonales, afectando la estructura familiar y las relaciones entre sus integrantes (Mundoteca, 2023).

Es importante destacar que las mujeres en situación de discapacidad enfrentan barreras estructurales que profundizan su vulnerabilidad ante la violencia basada en género (VBG)⁹. En muchos casos, presentan dificultades para comunicar si han sido víctimas de malos tratos, ya sea por barreras en la comunicación, la falta de credibilidad que se les atribuye socialmente o el temor a represalias (Pérez Bueno, 2016).

Asimismo, el acceso a servicios de información, asesoramiento y justicia se ve restringido por la falta de accesibilidad física y comunicacional en las instituciones encargadas de brindar apoyo. A esto se suma la dependencia física, emocional y económica que muchas mantienen con sus familias o cuidadoras, lo que dificulta aún más la posibilidad de denunciar. En consecuencia, el miedo a perder vínculos, asistencia y cuidados puede llevarlas a soportar situaciones de violencia de manera prolongada, sin alternativas claras para salir del círculo de abuso (Pérez Bueno, 2016).

Siguiendo esta línea, las mujeres con discapacidad enfrentan múltiples formas de exclusión y violencia que limitan su autonomía y pleno ejercicio de derechos. A la hora de denunciar abusos o maltratos, su voz es sistemáticamente deslegitimada, enfrentándose a una baja credibilidad por parte de quienes deben escucharlas. Muchas viven en situaciones de aislamiento, con escasa participación en la vida ciudadana y sin acceso efectivo a los espacios públicos y políticos. Su privacidad e intimidad suelen ser vulneradas, ya que otras personas deciden sobre su cuerpo y su sexualidad sin su consentimiento. Además, enfrentan barreras estructurales en el acceso al mundo laboral, lo que genera una mayor dependencia económica y perpetúa su subordinación. En algunos casos, ni siquiera pueden disponer libremente de sus bienes o ingresos. A lo largo de su vida, son infantilizadas, restringidas en sus deseos y proyectos personales, y cuestionadas en sus decisiones, como si carecieran de agencia sobre sí mismas (Palacios, 2008; Priestley, 2003).

⁹ La VBG, según Segato (2016) y Rey-Robert (2020), es una forma estructural de opresión que surge de las desigualdades de poder entre hombres y mujeres, manifestándose a través de agresiones físicas, psicológicas, sexuales y simbólicas para mantener el control y la subordinación femenina.

Desde la perspectiva de Segato (2016), este proceso responde a una lógica de minorización, en la cual ciertos grupos son ubicados en una posición de subordinación estructural, despojándolos de poder y autonomía. En el caso de las mujeres con discapacidad, la intersección entre género y discapacidad opera como un doble dispositivo de opresión que refuerza su invisibilización y exclusión. Así, se configuran como sujetos sobre los cuales otros ejercen tutela, negándoles su derecho a la autodeterminación y profundizando su vulnerabilidad ante la violencia. En este sentido, la minorización de las mujeres con discapacidad no solo restringe su acceso a derechos fundamentales, sino que refuerza la naturalización de su dependencia y la imposición de un modelo asistencialista que perpetúa su exclusión (Aussière, et al., 2022; MIDES, 2019; Segato, 2016).

En el caso específico de la VBG, vale destacar que en la última encuesta nacional sobre prevalencia de VBG en Uruguay, fue la primera vez en un país de Latinoamérica que se ha incluido una muestra específica de mujeres en situación de discapacidad en una encuesta nacional sobre VBG, buscando acercarse y tener conocimiento de lo que sucede con esta población (INE, et al., 2019).

Avanzar sobre el conocimiento de la violencia de género en mujeres con discapacidad permite reflexionar sobre el ejercicio de los derechos humanos de esta población, los riesgos a los que están expuestas en la sociedad uruguaya actual y las respuestas que pueden brindar en estas situaciones las políticas públicas y las organizaciones de la sociedad civil. (INE, et al., 2019, p.24).

Es por todo lo antedicho y enunciado, que este es un problema público, un problema de desigualdad que debe ser abordado. Resulta relevante hablar al respecto, ya que las mujeres conviven con desigualdades de género, opresiones del sistema patriarcal, que para las mujeres en situación de discapacidad y aún más específicamente, con discapacidad psicosocial, resulta aún más complicado. Además del hecho de ser mujer y sufrir VBG, también se encuentran con todo tipo de dificultades por convivir en situación de discapacidad y con la sociedad en general, con el mundo que no está adaptado para la convivencia respetuosa y adecuada para todas las personas.

La atención a este problema de desigualdad requiere acciones concretas para la mejora de la situación actual. En concordancia con Pérez (2010), las personas con discapacidad siguen precisando ser prioridad en políticas vigorosas de inclusión, debido a que su situación aún no está debidamente contemplada en términos de ciudadanía ni participación social y comunitaria.

Las mencionadas cuestiones de vulnerabilidad a las que se enfrentan las mujeres en situación de discapacidad y la importancia que tiene para el desarrollo sociocultural avanzar en estos términos, son fundamentos centrales para que el Estado, pero también y en consecuencia, la sociedad, asuma la responsabilidad de asegurar una calidad de vida adecuada.

Área y problema de intervención

Como se ha mencionado, a partir de la identificación del problema de desigualdad de género en los Alojamiento con Apoyos, se plantea una propuesta de intervención como proyecto de tesis en dos de sus dispositivos. Esta incluye la implementación de herramientas para la transversalidad de género, desde la disciplina de la terapia ocupacional y centrando la mirada en el problema de desigualdad, a fin de promover la transversalización de género dentro de la perspectiva social y de DDHH de la discapacidad. La propuesta será dirigida a la población que reside y participa en los dispositivos mencionados.

El programa Alojamiento con Apoyos, impulsado por el MIDES en 2019 y actualizado en su última edición en 2024, proporciona hogar y acompañamiento a personas entre 18 y 64 años con discapacidad y en situación de vulnerabilidad social y de derechos (MIDES, 2024). Depende de la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad, a través de la Dirección de Discapacidad (MIDES, 2024) –ubicados por lo tanto dentro de la órbita pública–, y es el contexto donde se desarrolla la propuesta de intervención de esta tesis.

El programa cubre todo el territorio nacional y ofrece atención integral y psicosocial en sus ocho dispositivos. Algunos de ellos funcionan como centros de día, pero la mayoría como hogares de 24 horas, siendo algunos transitorios y otros permanentes, ciertos de ellos donde residen mujeres y varones y otros donde residen mujeres con hijas e hijos (MIDES, 2024). El objetivo general del programa es “aportar a la realización de procesos de autonomía progresiva (...), desde una perspectiva centrada en la persona, apostando a la concreción de una red de recursos que garanticen el acceso a la vida independiente y la inclusión social” (MIDES, 2024, p.5).

Se cuenta con 100 cupos para la totalidad de los dispositivos, pero considerando los ingresos y egresos –en el caso de Alojamiento con Apoyos transitorios–, y algunos casos de procesos interrumpidos, se llegan a contemplar en promedio 300 personas anualmente (MIDES, 2024). Además, uno de los hogares, cuenta con un dispositivo ‘anexo’ que funciona únicamente durante el día, con propuestas de talleres y actividades.

Como se mencionó anteriormente, este programa se encuentra en fase de implementación (Anderson, 2014; Dye, 2017; Sabatier, 2007; Subirats, et al., 2012) desde el año 2019, y ha tenido actualizaciones en su protocolo de funcionamiento, siendo la última versión en el año 2024. Actualmente todos los dispositivos cuentan con un equipo psicosocial y personal de cuidados básicos, así como en los establecimientos con población con mayor dependencia y aquellos que funcionan como hogares, cuentan también con personal de enfermería las 24 horas. Solo un centro cuenta con terapeuta ocupacional dentro de su equipo, los equipos psicosociales están conformados por duplas de profesionales de trabajo social y psicología únicamente, sin el apoyo de otras disciplinas para complementar y enriquecer la labor. Por otra parte, es interesante saber que se trabaja en base a una mirada psicosocial que entre otras cosas, observa cómo las cuestiones de género atraviesan las situaciones de discapacidad, y viceversa.

En cuanto a los actores sociales para esta propuesta, el primer grupo, conformado por la dirección y supervisión institucional –MIDES–, está representado por al menos cuatro figuras clave: una persona encargada del rol de dirección de la división de Alojamiento con Apoyos, y tres coordinadoras, en roles de supervisión técnica y acompañamiento territorial. Su participación ha sido estratégica desde el inicio, no solo habilitando la intervención institucionalmente, sino colaborando en la definición de lineamientos y prioridades, así como en la articulación interinstitucional.

En segundo lugar, los equipos técnicos de cada dispositivo representan otro grupo de participantes centrales para el desarrollo de esta propuesta. Las particularidades de cada equipo, su formación y sus posicionamientos son determinantes para la implementación situada de la estrategia, y reflejan la diversidad de abordajes dentro del mismo programa.

Finalmente, las personas residentes de cada dispositivo, constituyen el grupo de participantes núcleo de sentido de esta tesis. Son concebidas no como simples destinatarias, sino como sujetos activos en sus trayectorias y en la vida cotidiana de los espacios que habitan. Desde un enfoque de derechos y una perspectiva participativa, sus experiencias, modos de habitar y relacionarse, han sido una fuente fundamental para la construcción del diagnóstico y el diseño de la intervención. Desde esta propuesta, se reconoce su lugar protagónico en la transformación de las prácticas institucionales, desde la creación de espacios colectivos que habiliten la transversalización de la perspectiva de género en base a sus experiencias y saberes.

Gracias al trabajo de campo realizado, se ha evidenciado la prioritaria necesidad de implementar abordajes que integren la perspectiva de género y aborden las problemáticas derivadas de la discapacidad en dos de los centros. En este contexto, la terapia ocupacional con

enfoque interseccional se presenta como una estrategia clave para problematizar estas desigualdades y co-construir alternativas que mejoren su cotidiano y su calidad de vida.

Desde una perspectiva territorial, es fundamental comprender que estas poblaciones no solo están atravesadas por el género y la discapacidad, sino también por condiciones socioeconómicas precarias, trayectorias de institucionalización prolongadas, barreras de acceso a la educación y el empleo, y la falta de redes de apoyo afectivas y comunitarias. Estos factores profundizan su exclusión y refuerzan dinámicas de dependencia y vulnerabilidad. En este sentido, la intervención propuesta busca generar espacios de encuentro y participación grupal que permitan visibilizar y transformar las relaciones de poder que estructuran su cotidianeidad.

A nivel organizacional, la articulación institucional es un eje fundamental para la sostenibilidad del proyecto. Fortalecer la comunicación interna entre las diferentes áreas de los dispositivos, así como establecer redes de trabajo con organismos estatales, organizaciones sociales y referentes comunitarios, resulta clave para garantizar un abordaje integral y sostenido en el tiempo. Asimismo, es imprescindible el acceso a instancias de formación y actualización sobre género y discapacidad a nivel regional e internacional, que permitan a las y los profesionales incorporar herramientas innovadoras y buenas prácticas en la materia.

Otro aspecto central a considerar es la sostenibilidad política de la propuesta. Si bien la agenda de género ha avanzado significativamente en los últimos años, las políticas dirigidas a mujeres y disidencias en situación de discapacidad aún son escasas y fragmentadas. Esto se debe, en gran medida, a la persistencia de un modelo de atención biomédico y asistencialista, que invisibiliza la agencia de esta población y refuerza su dependencia del sistema de cuidados. En este sentido, la intervención planteada se inscribe en una perspectiva de DDHH y justicia social, promoviendo un cambio de paradigma hacia un modelo basado en la autonomía, la autodeterminación y la vida independiente.

En definitiva, el presente proyecto de intervención busca contribuir a la transversalización del enfoque de género e interseccionalidad en la terapia ocupacional dentro de dos establecimientos de Alojamiento con Apoyos. A través de la generación de espacios de reflexión y acción colectiva, se apunta a transformar las desigualdades de género que afectan la convivencia y el bienestar de las residentes, promoviendo prácticas institucionales más inclusivas y equitativas.

Posicionamiento ético-político e implicación con la temática

En el marco de esta tesis, siendo una propuesta de intervención situada, con enfoque de género y compromiso social, resulta fundamental explicitar el posicionamiento de quien la realiza. Dar cuenta de la propia implicancia con la temática, no solo enriquece la comprensión del objeto de estudio, sino que también aporta transparencia, coherencia y profundidad al proceso.

Hablar de planificación e intervención en el campo de la discapacidad y la salud mental con perspectiva de género no es, en mi caso, una elección aleatoria o únicamente académica. Como terapeuta ocupacional, mi vocación ha estado desde siempre orientada al trabajo con personas con discapacidad. Esta orientación no surge solamente de una decisión profesional, sino también de una experiencia profundamente personal. Por cuestiones familiares, crecí en contacto cotidiano con la discapacidad dentro de mi propio hogar. Esta cercanía me ha sensibilizado desde muy temprana edad y ha despertado en mí un compromiso duradero con la empatía, la justicia social y el deseo de contribuir, desde donde pueda, a construir un mundo más consciente e inclusivo.

Este impulso me llevó a elegir la carrera de terapia ocupacional, desde donde he intentado aportar mi “granito de arena” tanto profesional como personalmente. En el transcurso de mi formación, descubrí un especial interés por el área de salud mental. Esta motivación se intensificó aún más a partir de las prácticas realizadas durante la carrera, que despertaron en mí un profundo deseo de continuar trabajando en esta línea.

Durante la licenciatura, y junto a docentes y compañeras, formamos un grupo de terapia ocupacional en salud mental en Uruguay, que continúa activo hasta el día de hoy. Desde allí, problematizamos la atención en salud mental, de la mano de movimientos sociales antimanicomiales¹⁰ y con la referencia del desarrollo en el campo de países vecinos. A través de este colectivo, hemos impulsado diversas acciones: jornadas, cursos, conversatorios, presentación en congresos, participación en charlas y marchas por salud mental, desmanicomialización y vida digna, espacios de organización e intercambio con estudiantes,

¹⁰ ‘Antimanicomial’ refiere al conjunto de prácticas, discursos y luchas que cuestionan el modelo manicomial – entendido no solo como el edificio del manicomio, sino como una lógica de encierro, exclusión y control– y promueven formas alternativas de cuidado en salud mental, basadas en el respeto a los DDHH, la [participación](#) de las personas usuarias y la inclusión en la comunidad. En América Latina, el movimiento antimanicomial ha sido impulsado tanto por profesionales como por usuaries, familias y organizaciones sociales, y ha tenido un desarrollo especialmente significativo en países como Brasil y Argentina, siendo referente en las discusiones actuales sobre salud mental, derechos y políticas públicas (Amarante, 2009; Rotelli, 2015; Basaglia, 1972).

colegas, otros profesionales, personas usuarias de dispositivos de salud mental y comunidad en general (Gomes, 2024). Este camino ha reafirmado mi deseo de seguir creciendo y formándome en esta área, desde un compromiso ético y político con la transformación social.

Del mismo modo, las cuestiones de género han atravesado mi vida desde siempre. Aun sin saberlo, desde mis primeros recuerdos reivindicaba una postura feminista. Con el tiempo, fui encontrando palabras para nombrar eso que ya sentía: un rechazo profundo a las desigualdades de género, que considero una de las formas más persistentes e injustas de opresión en nuestras sociedades. Esta conciencia me movilizó a continuar mi formación a través de la Maestría en Género de FLACSO, con la intención de sumar herramientas técnicas, conceptuales y políticas que me permitan integrar esta perspectiva en mi práctica profesional cotidiana.

La elección de la orientación en Políticas Públicas Integrales y Orientación Profesional dentro de la maestría también responde a este interés. Considero que esta línea permite un abordaje más cercano al territorio, a las realidades concretas, a la acción transformadora. Y eso es precisamente lo que me interesa: construir puentes entre el conocimiento, la práctica profesional y el compromiso político, para contribuir a procesos de intervención más justos, sensibles y situados.

En definitiva, esta tesis no es solo un ejercicio académico, sino una expresión del recorrido vital, formativo y profesional que vengo construyendo –y hacia el que deseo continuar–. Es también una forma de reafirmar mis convicciones, de articular mis pasiones y de proyectar, desde lo académico y profesional, un modo de intervenir en el mundo que sea coherente con los principios que guían mi mirada y accionar en el campo.

2. Antecedentes

En este apartado se describen los antecedentes a nivel internacional, regional y nacional, referentes para esta propuesta de intervención. En primer lugar, se distingue la relevancia de los movimientos feministas, para los subsecuentes cambios sociales y colectivos. Luego, se organiza y divide el apartado, por un lado mencionando los antecedentes en relación con Alojamiento con Apoyos, como son la CDPD, EUROsociAL, el contexto en la región sobre la temática y la comparación regional-nacional, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) y dos de sus proyectos –Apoyo Parcial y Alojamiento con Apoyos–, y finalmente, el Consejo Nacional de Género en Uruguay.

Por otro lado, se presentan antecedentes vinculados a la terapia ocupacional, la salud mental, el género y la interseccionalidad, a partir de documentos y proyectos que abordan estas temáticas de forma integrada. Se incluyen además dimensiones específicas como los estereotipos de género, el amor romántico, las relaciones, la afectividad y la VBG, en los contextos de España, Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Asimismo, se mencionan el Foro de Vida Independiente y Divertad (FVID), la Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental, así como las iniciativas “Género y Discapacidad: Una vida sin violencia para todas las mujeres. Lineamientos y recomendaciones” (MIDES, 2019), y el trabajo del Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS). Finalmente, se incorpora la perspectiva de la Educación Sexual Integral (ESI), entendida como un enfoque clave para el abordaje de la afectividad, la diversidad y la prevención de violencias, particularmente en escenarios donde convergen discapacidad, género y salud mental.

En primer lugar, hay que destacar la importancia de los movimientos sociales, tanto feministas como defensores de los derechos en general, que continúan en crecimiento con el correr de los años y son motor esencial para estos avances. Según Ávila y Suárez (2015), el feminismo como movimiento social es heterogéneo y busca una transformación del sistema de poder, cuestiona la identidad que sostiene y ha sostenido la esfera social. Se enfrenta a la rigidez de las doctrinas, las normas y el orden social, que las tradiciones, los sistemas ideológicos, las

barreras sociales¹¹ y culturales mantienen y refuerzan (Carosio, 2012; Mérola, 1985; Pardo, et al., 2015).

El feminismo es considerado una expresión de la resistencia de las mujeres a “permanecer en roles y situaciones sociopolíticas, culturales e ideológicas fundamentadas en la jerarquía entre los sexos” (Colorado, et al., 1998, p.10). Dentro de sus acciones además está el trabajo teórico, conceptualizando la desigualdad de género como una problemática social, “desmitificando el carácter privado y personal que históricamente se le ha otorgado –a las mujeres–, naturalizadas e invisibilizadas en el mismo sistema patriarcal que la produce” (Pardo, et al., 2015, p.4). Sin embargo, en el tema específico que aquí se trata, pensando al feminismo en intersección con la discapacidad, poco se ha discutido sobre feminismo anticapacitista¹², problemáticas que han puesto sobre la mesa los movimientos de personas con discapacidad pero que muy recientemente se han visibilizado desde la lucha feminista.

Antecedentes con relación a Alojamiento con Apoyos

En cuanto a los dispositivos de Alojamiento con Apoyos que se han escogido para la planificación de la propuesta, existen antecedentes a nivel nacional, regional e internacional. Un importante hito a nivel internacional en el año 2006, fue la aprobación de la CDPD, que aborda la obligatoriedad de la accesibilidad en la participación de las personas en situación de discapacidad –en ámbitos educativos, laborales, de participación política y toma de decisiones, etc.–, a partir de una serie de acciones como la elaboración de diseños universales accesibles, vías de comunicación accesibles, movilidad y vivienda, entre otros (CDPD, 2006). Esta convención fue ratificada por Uruguay mediante la Ley N.º 18.418 en el año 2008 (Uruguay,

¹¹ Entendiendo por barreras sociales a los obstáculos culturales, actitudinales, económicos, institucionales o relacionales que limitan la inclusión, equidad o participación plena de ciertos grupos en la sociedad (Palacios, 2008).

¹² De hecho, es difícil encontrar bibliografía en español que conceptualice con precisión el anticapacitismo. Predomina la literatura que desarrolla el concepto de *capacitismo* (Toboso, 2017; Gesser et al., 2022), y desde allí se deduce su oposición. Más que una definición explícita, se encuentran referencias al anticapacitismo en términos de prácticas de activismo, luchas o movimientos que lo enfrentan. No obstante, en la literatura anglosajona existen desarrollos más amplios sobre el concepto de *ableism* –capacitismo en inglés– y su contracara anti-ableism –anticapacitismo en inglés–, especialmente desde los estudios críticos de la discapacidad y el movimiento de Disability Justice –Justicia para las Personas con Discapacidad en inglés– (Campbell, 2009; Goodley, 2014; Míngus, 2017). Estos aportes pueden enriquecer una mirada crítica y situada sobre las formas estructurales de discriminación hacia las personas con discapacidad.

2008), lo que implica su compromiso con la implementación progresiva de los principios allí establecidos.

Dentro de los principios generales, expresados en el art. 3, se deja entrever el abordaje desde un modelo social de discapacidad, ya que los principios refieren a la no discriminación, la inclusión y participación en sociedad, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, entre otros fenómenos que claramente refieren a los contextos sociales y no a las limitaciones en el funcionamiento físico, mental, intelectual y sensorial de los cuerpos. (INE, et al., 2019, p.32).

Asimismo, la CDPD ha descrito: “Los Estados Parte reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación” (CDPD, 2006, p.6). Es deber del Estado garantizar los derechos de la ciudadanía, que para estas personas en particular es prioritario. Fue bajo el surgimiento de nuevas leyes, nuevos amparos legales, de una serie de obligaciones basadas en nuevas perspectivas a nivel regional e internacional, pero también de cambios socioculturales, que desde los últimos veinte años (JNC, 2015), se comenzó a perpetuar un enfoque basado en DDHH, no discriminación, igualdad e inclusión.

Vale mencionar la existencia de planes sociales en Uruguay inspirados, en parte, en base a políticas de países como España y Francia (EUROSociAL, s/f; IILA, 2020; IMSERSO, 2019). Asimismo, EUROSociAL es un programa de cooperación entre Europa y Latinoamérica, que trabaja para el impulso de políticas sociales y de igualdad, generando a su vez una red de apoyo e intercambio entre ambas regiones. Específicamente ha colaborado y trabajado con Uruguay hacia el impulso de políticas públicas, a través de la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI) y de la Delegación de la Unión Europea en el país.

Para contextualizar la situación en la región, en Argentina, entre 2020 y 2022, el Estado ha reconocido la importancia de los cuidados y la igualdad de género, promoviendo políticas en esta dirección. En Chile, el sistema social pone especial énfasis en la primera infancia, la discapacidad y la corresponsabilidad en los cuidados. En Colombia, especialmente entre 2018 y 2022, se han impulsado diversos planes de desarrollo social. Por su parte, en Costa Rica, desde 2014 hasta la actualidad, se han incorporado programas de cuidado dirigidos a personas con discapacidad (Bango y Piñeiro, 2022; OEA y CIM, 2022).

Al comparar estos antecedentes regionales, con los avances en Uruguay, se puede decir que hablamos de un país pionero en políticas sociales en la región, en cuestiones de cuidados y corresponsabilidad para la discapacidad y dependencia. En el período de gobierno de 2010 a 2015, se decide proyectar la construcción y diseño de un SNIC en Uruguay, desde donde surge

la Ley de Cuidados N° 19.353 y la consecuente creación de dicho SNIC (Uruguay, 2015). Estos hitos conforman el único sistema como tal, desarrollado y consolidado en Latinoamérica hasta el momento (Bango y Piñeiro, 2022). Gracias a estos, entre otros acontecimientos, Uruguay avanza en derechos en relación con el problema planteado.

El SNIC es un sistema interinstitucional del Estado, que coordina sus servicios con distintos actores intervinientes a nivel del gobierno central, gobiernos departamentales, actores privados y organizaciones de la sociedad civil. Sus objetivos se basan en promover independencia y autonomía a las personas dependientes, mediante su atención y asistencia y teniendo en cuenta la corresponsabilidad de los cuidados entre las familias, el Estado, la comunidad y el mercado. Estas metas se cumplen principalmente mediante la provisión de servicios, la formación en cuidados y la regulación del trabajo (CEPAL, 2015). Se han originado diversas políticas públicas, proyectos y planes nacionales dentro del SNIC, que contemplan el problema público que aquí se trata.

Entre los proyectos relacionados al tema que aquí se aborda, se encuentra el Programa Apoyo Parcial, creado previamente al Plan Nacional de Cuidados –en el año 2013–, permaneciendo vigente hasta el día de hoy y en continua actualización con cada nueva edición. En su última edición en el año 2024, está dirigido a personas en situación de discapacidad y dependencia de 30 a 65 años y tiene como objetivo promover su autonomía, brindando como servicio el acompañamiento y apoyo en la realización de tareas de la vida diaria, dentro y fuera del domicilio (MIDES, 2024).

En el año 2019, el MIDES lanzó el programa Alojamiento con Apoyos, que brinda vivienda a personas en situación de discapacidad, de entre 18 y 64 años, que además se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica y de derechos (MIDES, 2024). Este proyecto se enmarca dentro del organismo responsable del MIDES, la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad como unidad ejecutora y dentro del departamento de la Dirección de Discapacidad (MIDES, 2024).

Alojamiento con Apoyos lanzó su última edición en 2024, abarca el territorio nacional y cuenta con atención psicosocial e integral en la totalidad de sus ocho establecimientos. Algunos de ellos funcionan como centros de día y otros como hogares de 24 horas, con modalidades tanto permanentes como transitorias, incluyendo espacios exclusivos para mujeres con hijos (MIDES, 2024). El objetivo principal es favorecer procesos de autonomía progresiva, desde un enfoque centrado en la persona, promoviendo redes de apoyo que faciliten el acceso a una vida independiente y la inclusión social (MIDES, 2024).

Para finalizar, se destaca otro importante antecedente a nivel nacional, como es el Consejo Nacional de Género, creado por la Ley N.º 18.104 (Uruguay, 2007), constituye el principal órgano de articulación interinstitucional en Uruguay en materia de políticas públicas para la igualdad de género. Esta normativa declara de interés general la promoción de la igualdad de oportunidades y derechos entre mujeres y varones, y establece lineamientos para el diseño, implementación y seguimiento de dichas políticas, en coordinación con diversos actores estatales y sociales.

Terapia ocupacional, salud mental y género

Si bien pueden identificarse algunos antecedentes a nivel nacional, regional e internacional que abordan la articulación entre terapia ocupacional, salud mental y perspectiva de género –ya sea desde la investigación, la práctica profesional o el diseño de políticas públicas– (Amoedo, 2016; Aussière, et al., 2022; Ayllón, 2018; Briglia, et al., 2023; Cabanas, et al., 2018; Cantero y Emeric, 2018; Durango, 2020; Farías, et al., 2021; Font, 2016; FVID, s/f; GEDIS, s/f; Gomes, 2024; Heredia, 2024; La Tinta, 2020; Lima, 2021; Testa y Spampinato, 2010; Marchant, 2020; MESECVI, et al., 2022; MIDES, 2019; Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2008; Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2014; Rosemblat, 2013; Toboso, 2017), estos resultan aún escasos y de desarrollo reciente. La bibliografía disponible sobre estas temáticas en conjunto es limitada, y en términos históricos no ha existido un abordaje sostenido que integre de forma articulada estos ejes. Esta escasez evidencia una deuda pendiente en la producción de conocimiento y en la práctica profesional respecto a enfoques interseccionales que contemplen simultáneamente la discapacidad, el género y la salud mental.

A nivel internacional, uno de los antecedentes más relevantes en la temática específica de esta propuesta es el informe “Violencia de género contra las niñas y mujeres con discapacidad” (MESECVI, et al., 2022), publicado por el Programa EUROsociAL en coordinación con organismos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Este documento representa un aporte clave para la visibilización de la violencia basada en género (VBG) en la intersección con la discapacidad, al identificar que las mujeres y niñas con discapacidad son particularmente vulnerables a múltiples formas de violencia –física, psicológica, sexual, económica e institucional–, especialmente en contextos de institucionalización o alta dependencia. El informe subraya que esta situación no solo es

producto de la acumulación de factores de exclusión, sino también de la ausencia de políticas públicas integrales con perspectiva interseccional que consideren simultáneamente el género y la discapacidad.

En relación con el objeto de esta tesis, dicho informe constituye un antecedente insoslayable, ya que establece lineamientos y recomendaciones para los Estados en cuanto a cómo garantizar el acceso a derechos, la autonomía y la vida libre de violencias para esta población, promoviendo políticas centradas en la persona y alejadas del modelo asistencialista. En ese sentido, respalda la necesidad de intervenciones profesionales, como la propuesta desde la terapia ocupacional en esta tesis, que integren la perspectiva de género de forma transversal y desde un enfoque de DDHH. Asimismo, el informe enfatiza la urgencia de capacitar a equipos técnicos que trabajan en dispositivos institucionales, fortalecer los sistemas de denuncia y protección para mujeres con discapacidad y promover su participación en la construcción de políticas que las involucren.

Este antecedente permite anclar internacionalmente la propuesta de intervención, ofreciendo un marco de referencia válido para sostener la necesidad de implementar estrategias institucionales que puedan dar respuestas concretas a problemáticas estructurales que afectan a mujeres y disidencias con discapacidad psicosocial. La inclusión de este enfoque interseccional e integral refuerza la pertinencia de avanzar hacia prácticas terapéuticas más inclusivas, respetuosas y emancipadoras.

En el contexto español, un hito significativo en la lucha por los derechos de las personas con discapacidad fue la creación del Foro de Vida Independiente y Diversidad (FVID) en 2001. Este colectivo emergió como un espacio de reflexión filosófica y activismo político, de lucha por los derechos de las personas con diversidad funcional, promoviendo un modelo de vida independiente y cuestionando las estructuras capacitistas de la sociedad (FVID, s/f). Uno de los aportes más destacados del FVID fue la introducción del término ‘diversidad funcional’ (García, 2024). Esta expresión busca reemplazar términos como ‘minusvalía’, considerados peyorativos, proponiendo una visión que reconoce la diversidad de capacidades humanas sin connotaciones negativas.

El FVID también ha abordado las discriminaciones de género en intersección con la discapacidad. Activistas como Soledad Arnau, fundadora del FVID y de Diversex, han trabajado intensamente en visibilizar las múltiples formas de violencia y exclusión que enfrentan las mujeres con diversidad funcional, especialmente en áreas como la sexualidad y la autonomía personal. Estos enfoques han influido en debates y políticas públicas en América Latina, incluyendo Uruguay, donde se ha comenzado a cuestionar las prácticas institucionales

que perpetúan la dependencia y la invisibilización de las personas con discapacidad, especialmente de las mujeres (Arnau, 2005; 2018).

En España también se han desarrollado aportes relevantes sobre la incorporación de la perspectiva de género en la práctica profesional de la terapia ocupacional. Un ejemplo destacado es el artículo “Incorporar la perspectiva de género en los procesos de rehabilitación” (Cantero y Emeric, 2018), que reflexiona críticamente sobre cómo los estereotipos y roles de género influyen en los procesos de rehabilitación y en la construcción de las ocupaciones y explica la importancia de incorporar la perspectiva de género en esta disciplina. Las autoras proponen generar espacios de formación, análisis y revisión crítica tanto en la academia como en el ejercicio profesional, promoviendo prácticas más equitativas y sensibles al impacto del género en la vida cotidiana de las personas. Este tipo de enfoque resulta fundamental para enriquecer intervenciones como la aquí propuesta, al permitir visibilizar y problematizar desigualdades que atraviesan el desempeño ocupacional, especialmente en contextos institucionales con mujeres y disidencias en situación de discapacidad psicosocial.

Igualmente, se ha elaborado un protocolo de intervención de terapia ocupacional en relación con casos de VBG, que es al parecer el único en la bibliografía existente hasta hoy, titulado: “Protocolo de intervención: Terapia Ocupacional en Violencia de Género en recursos de acogida en Castilla La Mancha” (Ayllón, 2018). Este protocolo trata sobre la intervención de terapia ocupacional en mujeres víctimas de VBG en recursos de acogida de Castilla-La Mancha –España–. Presenta una propuesta metodológica estructurada orientada a mujeres en situación de violencia alojadas en recursos de acogida, cuyo objetivo es favorecer el desempeño ocupacional, reducir sus síntomas negativos y promover una mejor calidad de vida. Su particularidad radica en el abordaje integral que plantea, contemplando diversas áreas de ocupación –como el descanso, el ocio y la participación social– mediante herramientas de evaluación estandarizadas.

Este protocolo evidencia también la ausencia de terapeutas ocupacionales en los equipos de atención en VBG, subrayando la necesidad de su incorporación para abordar las secuelas ocupacionales derivadas de la violencia vivida. Si bien no se trata de una normativa, ofrece una referencia profesional clara y aplicable sobre cómo estructurar intervenciones específicas desde la terapia ocupacional en estos contextos. Por su enfoque y metodología, constituye un antecedente de utilidad para el desarrollo de estrategias similares en otros entornos, con las adaptaciones pertinentes a las características territoriales y poblacionales.

A nivel regional, un antecedente significativo es la creación, en 2017, de la Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental –de ahora en adelante: la

Red-. Este colectivo autónomo y contra-hegemónico se constituyó como una herramienta colectiva para aportar a la lucha por la defensa de los DDHH y una salud mental, desde una perspectiva crítica, comunitaria, interseccional y antimanicomial. Desde su primer encuentro en 2017 en Brasil, seguido por el que tuvo lugar en Uruguay en 2018 y en Argentina en 2019, la Red ha promovido procesos articulados que visibilizan las luchas de diversos movimientos del campo de la salud mental en América Latina y el Caribe, con énfasis en la desinstitucionalización, el respeto a la diversidad, la construcción de comunidad y la autonomía de las personas (La Tinta, 2020).

Durante la pandemia de COVID-19, la Red continuó sus actividades mediante asambleas virtuales, desde las cuales se elaboró una cartografía regional sobre el estado de situación de la salud mental en clave de DDHH. Esto permitió mantener activa la organización y profundizar el análisis colectivo sobre las amenazas, retrocesos y resistencias en cada país. En este marco, se consolidaron dos líneas de trabajo: por un lado, un grupo de publicaciones y, por otro, la creación del Observatorio Latinoamericano y del Caribe de Derechos Humanos y Salud Mental, desde donde se elaboran informes, posicionamientos públicos y registros de experiencias territoriales transformadoras en salud mental (La Tinta, 2020).

Estos procesos han sido fundamentales para fortalecer una mirada crítica sobre las prácticas institucionales tradicionales, muchas veces sostenidas en lógicas de encierro, dependencia y exclusión, y han influido directamente en debates sobre políticas públicas en la región. En el marco de esta tesis, la experiencia de la Red representa un antecedente clave para comprender la necesidad de construir abordajes desde una salud mental comunitaria, participativa y con enfoque de género y derechos, que reconozca a las mujeres y disidencias con discapacidad psicosocial como sujetas de derechos y protagonistas de sus trayectorias.

En Argentina, existe un desarrollo académico considerable en torno a la relación entre la terapia ocupacional y el género, con la presencia no solo de artículos especializados, sino también de proyectos prácticos que abordan esta temática de manera directa. Por dar algunos ejemplos, existe una agrupación de terapeutas ocupacionales feministas –Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres–, que lleva a cabo acciones políticas así como proyectos con relación al género desde la profesión. Uno de los proyectos que fue implementado en 2022 se trató de brindar capacitaciones en género y salud, desde una perspectiva de derechos, para mujeres y disidencias en barrios populares (Briglia, et al., 2023).

A su vez, en la página web de la Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres se encuentra bibliografía específica sobre la relación entre terapia ocupacional y género, así como

referentes nacionales de la disciplina comprometidos con este enfoque¹³. En cuanto a antecedentes de investigación, se destaca el trabajo de Florencia Rosemblat (2013), titulado “Terapia ocupacional para todas y todos: construyendo la cotidianidad de la perspectiva de género en nuestra profesión”. En este artículo, la autora propone incorporar la perspectiva de género como una dimensión crítica y transversal del quehacer terapéutico, reconociendo que las ocupaciones están atravesadas por construcciones de género que pueden generar desigualdad y exclusión.

El trabajo analiza cómo los roles de género se manifiestan en las prácticas cotidianas y cómo estos afectan el acceso, la participación y el reconocimiento de ciertos grupos en contextos de salud mental. A través de ejemplos concretos de su práctica profesional, Rosemblat visibiliza cómo el enfoque de género en terapia ocupacional puede contribuir a dismantlar estereotipos, promover la equidad y generar transformaciones subjetivas en las personas usuarias. Además, plantea la necesidad de revisar críticamente los discursos disciplinares tradicionales que han reproducido miradas neutralizadas o despolitizadas del sujeto, abogando por una terapia ocupacional comprometida con los DDHH, el feminismo y la justicia social.

En Córdoba, Argentina, también se destaca el proyecto “Dislocadas”, que comenzó en 2023 gracias a la articulación entre la Mesa de Trabajo en Discapacidad y Derechos Humanos y el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, dos organizaciones referentes en los ámbitos de discapacidad y salud mental. Este proyecto se distingue por incorporar una perspectiva de género específica en el abordaje de la terapia ocupacional, poniendo en el centro la participación, las necesidades y los intereses de mujeres con discapacidad usuarias de servicios de salud mental (Heredia, 2024).

“Dislocadas” reconoce que las experiencias de estas mujeres están atravesadas por múltiples ejes de desigualdad, particularmente los estereotipos de género que afectan su bienestar emocional y sus vínculos afectivos. Así, el proyecto aborda estas dimensiones desde un enfoque integral, que visibiliza cómo la intersección entre discapacidad, género y salud mental configura realidades complejas y poco exploradas en el campo de la terapia ocupacional (Heredia, 2024). Este antecedente resulta especialmente relevante para la propuesta de intervención de esta tesis, ya que resalta la necesidad de transversalizar la perspectiva de género en dispositivos de salud mental, con un abordaje que sea sensible a las especificidades y demandas particulares de mujeres con discapacidad.

¹³ <https://agrupacionterapist.wixsite.com/misitio/recomendados>

En cuanto a publicaciones de libros y proyectos que aportan a la mirada de la terapia ocupacional en salud mental desde una perspectiva de género, se destacan diversas experiencias en América Latina, especialmente en Argentina (Aussière, et al., 2022), Brasil (Lima, 2021; Testa y Spampinato, 2010) y Chile (Marchant, 2020). Estas producciones teóricas y prácticas coinciden en la necesidad de cuestionar los enfoques tradicionales de la disciplina, proponiendo intervenciones que reconozcan las desigualdades estructurales que afectan a las mujeres y disidencias, particularmente aquellas con discapacidad psicosocial. Desde este marco, se exploran los impactos de la VBG, los estereotipos que refuerzan roles de género rígidos y los mitos del amor romántico, todos ellos factores que inciden directamente en la salud emocional, la autonomía y la participación social de las mujeres.

A partir de estos aportes, la terapia ocupacional se plantea, en este contexto, como una herramienta que no solo trabaja sobre las limitaciones funcionales, sino también sobre las barreras simbólicas y culturales que restringen el acceso a recursos, la toma de decisiones y el ejercicio de derechos. Estas contribuciones resultan relevantes para la presente tesis, ya que aportan fundamentos y experiencias concretas que orientan una propuesta de intervención situada, con enfoque interseccional, que permita transversalizar la perspectiva de género en dispositivos de salud mental en Uruguay, desde la especificidad del quehacer terapéutico ocupacional.

Asimismo, se identifican trabajos finales de grado de la carrera de terapia ocupacional, realizados en universidades de España y Argentina, que abordan esta disciplina desde una perspectiva de género, especialmente en el trabajo con mujeres en situación de VBG. En el caso de España, dichos trabajos destacan la importancia del rol de la terapia ocupacional en el proceso de recuperación de mujeres que han atravesado situaciones de violencia, poniendo el foco en la mejora del desempeño ocupacional, la inclusión social y la reinserción sociolaboral como objetivos centrales. Estas investigaciones también enfatizan la participación comunitaria, la autonomía y la ocupación como herramienta rehabilitadora frente al daño emocional y social causado por la violencia (Amoedo, 2016; Durango, 2020; Font, 2016).

Por su parte, en Argentina, el trabajo final de grado de la Universidad Nacional de San Martín, titulado “Perspectiva de género durante el proceso de intervención de Terapia Ocupacional en los dispositivos de atención públicos de CABA¹⁴ en el año 2017” (Cabanas, et al., 2018), consiste en una revisión bibliográfica que analiza el papel de la disciplina frente a la inclusión sociolaboral de mujeres en situación de VBG. Este trabajo incorpora además un

¹⁴ Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

análisis sobre los estereotipos de género, los vínculos afectivos y las barreras estructurales que dificultan la autonomía de las mujeres. A diferencia de los trabajos españoles, cuya metodología se enfoca en estudios de caso o intervenciones prácticas, el estudio argentino se centra en la reflexión teórica y crítica sobre el marco conceptual y operativo de la terapia ocupacional, proponiendo la necesidad de una intervención con perspectiva de género sostenida en los dispositivos públicos de salud.

A nivel nacional, en Uruguay la producción académica que articule género, salud mental y terapia ocupacional continúa siendo escasa, casi inexistente. Sin embargo, en los últimos años han surgido los primeros aportes que problematizan esta relación. En 2024, Thabata Gomes presentó el trabajo titulado “Las metodologías feministas como aporte para la sistematización de prácticas en Terapia Ocupacional”, en el XIV Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional, realizado en Lima, Perú. Esta investigación recupera relatos de terapeutas ocupacionales de Uruguay, Brasil y Argentina, especialmente en el ámbito de la salud mental, con el objetivo de reflexionar colectivamente sobre sus prácticas profesionales, las condiciones de inserción laboral, sus marcos teóricos de referencia y los desafíos del campo, desde las diferentes perspectivas y realidades.

A partir de una metodología narrativa y situada, el estudio concluye que si bien en Uruguay se ha registrado un crecimiento en el número de terapeutas ocupacionales en salud mental, persisten obstáculos vinculados a la invisibilización del rol profesional y a las lógicas biomédicas e institucionalizantes que aún predominan en los dispositivos públicos. Se destaca la necesidad de construir una terapia ocupacional con enfoque social y comunitario, comprometida con el trabajo desinstitucionalizante, la singularidad de los sujetos y la transformación de los servicios. Asimismo, se subraya la urgencia de generar redes profesionales, espacios colectivos de reflexión y dispositivos alternativos que amplíen las posibilidades de acompañamiento en contextos de sufrimiento psíquico, desde una mirada crítica, feminista y situada. Este trabajo constituye un antecedente relevante al aportar una perspectiva latinoamericana y feminista sobre el rol profesional, así como al visibilizar prácticas concretas que tensionan los modelos hegemónicos de atención en salud mental (Gomes, 2024).

En esta misma línea de producción nacional situada, cabe mencionar el artículo “Abordaje metodológico en salud sexual y reproductiva en situaciones de discapacidad con equipos de salud en Uruguay” de Farías et al. (2021). Este trabajo presenta una experiencia metodológica desarrollada en el marco de un proyecto de formación con equipos de salud, que abordó las tensiones y desafíos en torno a la sexualidad, la reproducción y la discapacidad. La

propuesta se inscribe en una perspectiva de DDHH, género y diversidad, y busca problematizar los imaginarios capacitistas que atraviesan las prácticas sanitarias y las representaciones sociales en torno a la vida sexual y reproductiva de personas con discapacidad.

A través de una metodología participativa, se habilitó el trabajo grupal con profesionales de la salud para cuestionar estereotipos, reconocer las barreras institucionales y promover una atención centrada en la autonomía y el deseo de las personas. Este antecedente resulta significativo para la presente tesis, ya que evidencia la posibilidad de implementar estrategias de formación y reflexión crítica dentro de la institución, incorporando un enfoque interseccional que articula género y discapacidad. Además, aporta herramientas metodológicas para el trabajo con equipos técnicos y destaca la importancia de generar espacios que habiliten transformaciones en los modos de acompañar y cuidar, en sintonía con los objetivos de esta investigación (Farías, et al., 2021).

A su vez, mencionar la implementación del proyecto “Género y Discapacidad: Una vida sin violencia para todas las mujeres. Lineamientos y recomendaciones” (MIDES, 2019), que hace aportes sobre la interseccionalidad en la discapacidad y el género. Así también, mencionar el trabajo del GEDIS, desarrollado en el departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS) de la Universidad de la República (UDELAR), creado en 2005 y reconocido tanto en el país como internacionalmente (FCS - UDELAR, 2021; GEDIS, s/f). Este grupo de investigación, trabaja no solo sobre la discapacidad, sino también en transversalización con el género, por ejemplo en temáticas de sexualidad, así como de investigación de políticas públicas (GEDIS, s/f).

Finalmente, se incorpora como antecedente clave la ESI, entendida como un enfoque educativo que promueve el respeto por los DDHH, la igualdad de género, la diversidad y la prevención de todo tipo de violencias. En el marco de esta tesis, la ESI se retoma no sólo como contenido, sino como herramienta metodológica y política que orienta la planificación de los talleres y habilita la construcción colectiva de saberes situados sobre afectividad, vínculos, consentimiento y buen trato. Se considera la ESI como un instrumento clave para desnaturalizar las violencias simbólicas y cotidianas que atraviesan los vínculos en los espacios de vida colectiva, especialmente en contextos de salud mental y discapacidad. Su enfoque integral, basado en los DDHH, el respeto a la diversidad y la perspectiva de género, permite cuestionar las normas sociales que perpetúan relaciones de poder, desigualdad y exclusión.

Este enfoque resulta especialmente pertinente para el trabajo con mujeres y disidencias con discapacidad psicosocial, ya que permite problematizar estereotipos, fortalecer la autonomía y ampliar las posibilidades de ejercer derechos. Basado en cinco ejes –perspectiva

de género, diversidad, afectividad, derechos y cuidado del cuerpo—, ofrece un andamiaje pedagógico transformador, que impulsa procesos de aprendizaje participativos, críticos y contextualizados. En este sentido, se utilizan como referencia materiales elaborados por el Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2014) y Ministerio de Educación de la Nación Argentina (2008), los cuales ofrecen actividades y contenidos adaptables a distintos contextos institucionales, abordando temas como estereotipos de género, derechos sexuales y reproductivos, relaciones saludables y diversidad.

En esta propuesta, la ESI se constituye como una dimensión transversal y transformadora, al aportar una mirada pedagógica crítica sobre las relaciones, los cuerpos, los afectos y los modos de vincularse. Esta mirada, que interpela tanto prácticas institucionales como subjetividades, es fundamental para construir espacios más justos, amorosos e inclusivos para todas las personas, especialmente para aquellas cuyas experiencias han sido históricamente invisibilizadas o patologizadas. En este sentido, la ESI no solo es una herramienta educativa, sino también política, que habilita la reflexión, el reconocimiento y la validación de otras formas de habitar el mundo desde una ética del cuidado, la equidad y el respeto.

3. Marco conceptual

En este apartado se abordan los conceptos principales que se utilizan para dar sustento teórico a la intervención, y se presenta una discusión teórica basada en la literatura especializada, que aporta los distintos posicionamientos relacionados al problema que se quiere abordar. Para esto, se agrupan tres núcleos conceptuales: en un primer momento, se exponen las perspectivas desde donde se realiza esta propuesta, enmarcada en el enfoque de DDHH, perspectiva de género —incluyendo estereotipos y afectividad, bloques conceptuales y temáticos importantes para el posterior análisis y planificación de la propuesta—, interseccionalidad y paradigma social de la discapacidad; en segundo lugar, se presentan los conceptos operativos y claves que dan sustento a la tesis: la discapacidad y sus diferentes enfoques, salud mental y terapia ocupacional; y finalmente, la estructura teórica desde donde parte y hacia donde apunta la propuesta: política pública y transversalidad de género.

La perspectiva de DDHH constituye un enfoque teórico y práctico basado en los estándares internacionales. Supone reconocer a todas las personas como sujetos de derechos, garantizando su dignidad, igualdad y no discriminación, promoviendo la restitución y

garantizando derechos fundamentales (Abramovich, 2006; CIDH, 2010; Ferrajoli, 1999; Naciones Unidas, 1948; Naciones Unidas, 1966). Este enfoque obliga a los Estados a adoptar medidas para la protección y promoción de derechos fundamentales, asegurando el acceso a la justicia, la participación y la inclusión social (Abramovich, 2006; CIDH, 2010; Ferrajoli, 1999; Naciones Unidas, 1948; Naciones Unidas, 1966). En el ámbito de las políticas públicas, la perspectiva de DDHH se traduce en la obligación de diseñar e implementar acciones que respeten y fomenten estos principios, alineándose con tratados internacionales y normativas nacionales (CIDH, 2010; CIDH, 2018; Facio, 2003; Naciones Unidas, 1948; Naciones Unidas, 1966; Vázquez y Delaplace, 2011).

Uno de los elementos transversales a la perspectiva de DDHH, es la incorporación de la perspectiva de género (Rossi y Moro, 2014). Se ha definido al género, como construcción social, cultural y temporal, por lo tanto, sujeto a cambios y variaciones, que se manifiesta en la repetición de normas y expectativas sociales, conductas, sentimientos, pensamientos personales (Butler, 1990; Stoller, 1968). Por lo tanto, la perspectiva de género es un enfoque analítico que permite comprender cómo las diferencias entre los géneros no son biológicas, sino construcciones simbólicas, culturales, históricas y sociales (Scott, 1986). Estas construcciones asignan roles, comportamientos y expectativas diferenciadas a hombres y mujeres, lo que influye en la distribución del poder y los recursos en la sociedad.

El género funciona como un principio jerarquizador y ordenador social, estableciendo desigualdades estructurales que favorecen a ciertos grupos sobre otros (Cobo, 2014). Esta jerarquización se expresa en la división sexual del trabajo, la brecha salarial, la feminización de la pobreza y la naturalización de roles de cuidado asignados a las mujeres. Asimismo, el género es una estructura de poder que sostiene y reproduce relaciones desiguales a través de normas, instituciones y prácticas socioculturales (Butler, 1990). En este sentido, la perspectiva de género es esencial para cuestionar y transformar estas estructuras, promoviendo políticas y acciones que garanticen la equidad y la justicia social.

El estudio de los estereotipos de género (Bosch Fiol, 2002; Tobías, 2007) y su impacto en las relaciones interpersonales es fundamental para comprender las dinámicas de poder y desigualdad que atraviesan la vida cotidiana. Estos son entendidos como construcciones sociales que prescriben roles, conductas y formas de ser asociadas a lo femenino y masculino (Bosch Fiol, 2002; Scott, 1986). Ruiz-Repullo (2016) y Rey-Robert (2020) analizan cómo estas construcciones sociales influyen en la perpetuación de la VBG (Rey-Robert, 2020; Segato, 2016), evidenciando que los modelos tradicionales de masculinidad y feminidad refuerzan roles opresivos que limitan la autonomía y el bienestar de las personas. Estas ideas se reflejan

especialmente en el amor romántico, donde, según Herrera (2019), persiste una idealización de los vínculos sexoafectivos, que fomenta la dependencia emocional y la desigualdad en la pareja. Así, las fantasías de un amor basado en la entrega absoluta y la salvación a través de un vínculo romántico perpetúan la desigualdad y generan un terreno propicio para dinámicas abusivas (Estébanez, 2022).

Desde una mirada crítica, Mascarell (2024) expone cómo la literatura ha contribuido a consolidar la opresión como un destino casi ineludible para las mujeres, reforzando la idea de la pareja como eje central de la realización personal. Sin embargo, investigaciones como las de Bosch y Ferrer (2002) enfatizan la necesidad de deconstruir estos relatos para visibilizar los daños que los modelos de amor romántico pueden causar, especialmente en contextos de VBG. Asimismo, en cuanto a las relaciones y afectividad es necesario hacer énfasis en las violencias, que pueden incluir tanto violencias explícitas como sutiles, simbólicas o estructurales (Rey-Robert, 2020; Segato, 2016). En este sentido, promover una educación basada en el respeto, la igualdad y el autocuidado es clave para transformar los vínculos sexoafectivos y construir relaciones más saludables y equitativas.

En esta línea, la ESI se presenta como una herramienta pedagógica y política fundamental para deconstruir los modelos tradicionales de género, cuestionar los mandatos vinculados al amor romántico, y promover vínculos sexoafectivos más igualitarios. Lejos de circunscribirse a contenidos biológicos o reproductivos, la ESI se estructura a partir de cinco ejes centrales: el reconocimiento de la perspectiva de género, el respeto por la diversidad, la valoración de la afectividad, el ejercicio de los derechos y el cuidado del cuerpo y la salud (Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2008). Esta perspectiva crítica se traduce en prácticas educativas transformadoras que promueven la autonomía, la toma de decisiones informadas y el consentimiento como base de toda relación.

Desde una mirada interseccional, la ESI permite abordar con profundidad las múltiples formas de violencia que atraviesan a mujeres y disidencias en situación de discapacidad psicosocial, especialmente en contextos institucionales donde su sexualidad ha sido históricamente negada o patologizada. Su implementación no solo contribuye a la prevención de la VBG, sino también a garantizar el derecho a una vida afectiva y sexual plena, reconociendo a las personas con discapacidad como sujetas de deseo, derechos y autonomía (Cerletti y Lucero, 2021).

En esta propuesta, la ESI constituye un marco conceptual clave que orienta la planificación de los talleres, brindando herramientas para trabajar sobre estereotipos de género, vínculos, afectividad y derechos, desde un enfoque participativo y situado. Su inclusión

fortalece el carácter transformador de la intervención, al reconocer el impacto que tienen las prácticas pedagógicas en la construcción de subjetividades y relaciones más equitativas.

En cuanto a la interseccionalidad, vale la pena mencionar en primer lugar, que el concepto fue incorporado por los estudios de género y más actualmente por los estudios sobre discapacidad (Gesser, et al., 2022). Es importante destacar que el concepto de interseccionalidad tiene su origen específicamente en los estudios sobre la intersección de raza y género, especialmente en los trabajos de Kimberlé Crenshaw (1989), y posteriormente se ha ido ampliando para incluir otras categorías como la discapacidad. La interseccionalidad pretende hacer visibles las consecuencias de las interacciones entre distintos ejes de subordinación y discriminación (Crenshaw, 2002), a las que se ven expuestas por ejemplo las mujeres en situación de discapacidad psicosocial.

La interseccionalidad se presenta como una potente herramienta analítica y de intervención social y política, ya que aborda la complejidad de las relaciones de poder, privilegio y desventaja como producto de la interacción entre distintos ejes de desigualdad (Collins, et al., 2021). Articula el género con otras categorías de división social –raza, etnia, clase social, edad, discapacidad, entre otras–, para atender a la heterogeneidad y a la desigualdad dentro del colectivo de las mujeres (Anthias, 2020). Por lo cual, un enfoque interseccional es clave en el abordaje para entender la complejidad de las desigualdades y formas de discriminación. La diversidad forma parte de la vida, es necesario este reconocimiento para no homogeneizar las experiencias de las mujeres.

Resulta relevante al hablar de interseccionalidad y todas las articulaciones que pueden darse dentro de la misma, mencionar el concepto –o ‘la falta’ del concepto– de anticapacitismo, pensando en este como la oposición del término ‘capacitismo’ (Gesser, et al., 2022; Toboso, 2017). Este último, es entendido como el sistema de creencias, prácticas e instituciones que desvalorizan a las personas en situación de discapacidad en función de un ideal normativo de autonomía, productividad y normalidad (Toboso, 2017). Contrariamente, el anticapacitismo es un concepto del que poco se habla, y que se encuentra invisibilizado hasta el día de hoy, incluso dentro de las dimensiones como el género y la discapacidad, mostrándose muy poco evidente su existencia e importancia.

Según las autoras Gesser et al. (2022), el capacitismo se trata de la discriminación hacia las personas en situación de discapacidad. Se puede decir que vivimos en una sociedad capacitista, donde el mundo está organizado y pensado para desarrollarse únicamente en base a la población sin discapacidad, específicamente en base a población productiva desde una estructura social capitalista. Por consiguiente, las personas en situación de discapacidad se

encuentran sin oportunidades de participación en los múltiples ámbitos cotidianos, el hogar, la escuela, laboral. Las pioneras de los estudios feministas de la discapacidad, Fine y Asch (1988), abrieron un campo de análisis que desestabiliza los modelos tradicionales de discapacidad, al evidenciar que las mujeres con discapacidad han sido históricamente invisibilizadas en los movimientos feministas y deshumanizadas por los enfoques biomédicos

Así, cuando el capacitismo opera como un eje de opresión que se entrecruza con el sistema patriarcal, se intensifican las formas de exclusión social (Gesser, et al., 2022). Como forma de resistencia frente a esta estructura interseccional de desigualdad, emergen los movimientos y luchas anticapacitistas (García, 2024; Gesser, et al., 2022).

Por otra parte, haciendo referencia al concepto de normalidad-hegemónico, se puede decir que es una construcción sociocultural que define un modelo único de ser humano basado en criterios arbitrarios de capacidad, género y corporalidad, estableciendo jerarquías que marginan a quienes no se ajustan a ese ideal (Davis, 2006). Desde una perspectiva de género y anticapacitista, este paradigma ha consolidado al varón hegemónico –cisgénero, heterosexual, sin discapacidad– como la medida universal de lo humano, excluyendo y desvalorizando a las mujeres, las diversidades sexogenéricas (Butler, 1990; Cobo, 2014) y las personas en situación de discapacidad. Esta normalización se sostiene en estructuras de poder que legitiman desigualdades y limitan el acceso a derechos fundamentales, reforzando violencias sistemáticas y barreras estructurales (Palacios, 2008). Un enfoque de DDHH exige desafiar estas concepciones normativas para promover sociedades más inclusivas y equitativas.

Según Palacios (2008), la discapacidad es la desventaja o restricción en actividades, causada por la organización social que no considera –o considera insuficientemente– a las personas con diversidad funcional, excluyéndolas de la participación en las actividades de la sociedad. Esta afirmación se realiza desde el paradigma del Modelo Social de Discapacidad –o de barreras sociales–, donde “la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad” (Palacios, 2008, p.123).

Cabe mencionar que Palacios no es quien origina el Modelo Social de la Discapacidad, sino que lo retoma, sistematiza y difunde. Esta perspectiva tiene sus raíces en las luchas y reivindicaciones históricas de los movimientos de personas con discapacidad, por lo cual resulta central reconocer este origen colectivo para no invisibilizar el protagonismo político de las propias personas con discapacidad en la construcción de este paradigma (Oliver 1990; UPIAS, 1976). Más adelante se retomarán en detalle sus orígenes.

Vale aclarar que se entiende por diversidad funcional a las distintas corporalidades existentes; a las que están y a las que no están contempladas dentro del modo de vida social actual (Shildrick, 2005). El activismo anticapacitista (Gesser, et al., 2022; Toboso, 2017) en España usa esta terminología para referirse a personas en situación de discapacidad, y con respecto a ello, García (2024) explica que esta expresión permite poner en valor la diversidad y también el énfasis en que la carga negativa está en la discriminación, y no en la discapacidad en sí misma: “De esta forma, ‘personas con diversidad funcional’ es una acotación de ‘personas discriminadas por su manera de funcionar’, es poner el énfasis en que el problema es la discriminación” (García, 2024, p.1).

Asimismo, García indica que el uso de esta terminología está gestado como ejercicio político de autoenunciación por las propias personas, quienes explicitan que por primera vez no se nombran desde el déficit, ni la invalidez, incluso ni la discapacidad, problematizando que “mi ‘diferencia’ no es el problema, el problema es la sociedad” (García, 2024, p.1). Es importante señalar que no hay una única forma de nombrarse o autoidentificarse, no hay consenso sobre cómo autoenunciarse. Diferentes personas y colectivos utilizan distintos términos según sus experiencias y decisiones políticas, donde ‘diversidad funcional’ es una de esas formas, pero convive con otras, como ‘personas con discapacidad’ o ‘personas en situación de discapacidad’.

En concordancia con la mirada de Palacios (2008) sobre la discapacidad, según Rosato et al. (2009), se ha descrito a la discapacidad dentro de lo que llaman la ‘concepción sociopolítica de la discapacidad’, desde una perspectiva que la considera como una producción socio cultural, donde las barreras¹⁵ son originadas en las relaciones de desigualdad social, y en este sentido, la necesidad de adaptación es de la sociedad y no de los individuos. Resulta interesante sostener esta perspectiva hacia la temática, desplazando lo que antiguamente se pensaba como el ‘problema de un individuo’, a el ‘problema público o sociocultural’.

Históricamente han existido diferentes modelos para definir a la discapacidad. Con respecto a esto, vale mencionar que hasta los más antiguos, continúan activos contemporáneamente, aún muy anclados a nivel social y cultural, utilizados sobre todo en la medicina tradicional y convencional. El Modelo de Prescindencia o Tradicional, de origen en la Antigüedad y Edad Media, cuenta con un enfoque religioso, desde el cual se considera que una persona con discapacidad padece dicha situación a causa de un ‘castigo’, además de creer

¹⁵ El término ‘barreras’, definido a continuación, utilizado dentro del Modelo Social de la Discapacidad (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Argentina, 2022; Mañas y Martínez, 2015; Palacios, 2008; OMS y Banco Mundial, 2011).

que tal persona, no tiene nada que aportar a la comunidad, por lo cual justamente, la sociedad prescinde de ella (Palacios, 2008; Velarde, 2012).

Luego, el Modelo Médico-Rehabilitador, consolidado a raíz de la primera guerra mundial, pero con antecedentes en el Renacimiento, cuenta con un enfoque mayormente sociosanitario y biofísico-médico, desde el cual se visualiza a las personas en situación de discapacidad como inferiores, cien por ciento dependientes, y justamente, necesitadas de un proceso re-habilitador para recuperar su normalidad¹⁶, para volver a estar habilitadas socialmente, en los casos en los que sea posible (García, 2017; Palacios, 2008; Velarde, 2012).

En base a estos posicionamientos, se puede notar la relación de semejanza entre los Modelos Tradicional y Rehabilitador y el capacitismo, y el saber que continúan latentes y perpetuándose hasta el día de hoy. Progresivamente se han comenzado a problematizar estos Modelos hegemónicos, dando pie a reflexiones sobre las estructuras que inciden en la vida cotidiana y el bienestar psicosocial de las personas, dejando atrás el pensamiento de que se trata de un individuo con un problema, sino pensando en sujetos situados sociohistóricamente, viviendo situaciones de exclusión y vulneración de derechos (García, 2017; Guajardo, 2012).

En base a esta perspectiva de pensamiento nace el Modelo Social de Discapacidad o Modelo Social de la Diversidad Funcional, a finales de la década de los años sesenta (García, 2017; Palacios, 2008; Velarde, 2012). Este surge a partir de una sólida carga de movimientos de lucha por los derechos, y aquí es importante destacar que han tenido voz las propias personas discriminadas por su diversidad funcional (García, 2017). Palacios (2008), retomando el relato de Hasler, explica que en 1976 la Unión de Personas con discapacidad Físicas contra la Segregación –Union of Physically Impaired Against Segregation (UPIAS)– propuso una serie de principios, denominados ‘Principios Fundamentales de la Discapacidad’, que sentaron las bases del enfoque social de la discapacidad. Estas ideas, surgidas desde el activismo de personas con discapacidad en el Reino Unido, fueron posteriormente sistematizadas y presentadas en el ámbito académico por Mike Oliver bajo la denominación de Modelo Social de la Discapacidad. El surgimiento de esta nueva perspectiva marca un importante antes y después

Intenta cambiar la visión tradicional de la discapacidad, trasladando el foco de lo individual a lo social. En lugar de entender la discapacidad como una carencia de la persona que se debe remediar en pos de la inserción, se pasa a mirar las

¹⁶ El concepto ‘normalidad’ según lo han definido Davis (2006), Butler (1990), Cobo (2014), Palacios (2008) y García (2017), mencionado anteriormente.

deficiencias como un producto social, resultado de las interacciones entre un individuo y un entorno no concebido para él (García, 2017, p.128).

Luego, el Modelo de los Derechos Humanos, coincide en la época del Modelo Social, iniciado a finales del Siglo XX, y al igual que en este enfoque, la persona con discapacidad es vista como un sujeto de derechos. El Modelo de los Derechos Humanos tiene una base normativa a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, normas internacionales y la CDPD. Sus objetivos son la promoción y protección de estos derechos, así como la eliminación de desigualdades, prácticas discriminatorias y distribución injusta del poder, obtenidos mediante la concienciación, participación, accesibilidad universal y actuación sectorial y transversal (AECID, 2018; CBM, 2012; Palacios, 2008).

Es por esto y todo lo anteriormente mencionado, que se seleccionan estos dos últimos Modelos –Social y de Derechos Humanos– para abordar la propuesta. Se considera que son los adecuados por aportar una perspectiva de derechos, siendo los más justos en clave social y los cuales comprenden mejor la situación, sin portar una mirada negativa sobre las personas en situación de discapacidad, sin ejercer ni promover exclusiones, marginaciones ni discriminaciones sobre ellas.

Por otra parte, el Modelo Social presenta el término de ‘barreras’, que al decir de varias autoras y autores (Mañas y Martínez, 2015; Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Argentina, 2022; Palacios, 2008), así como de la Organización Mundial de la Salud (OMS y Banco Mundial, 2011), se define a las barreras como los obstáculos que impiden el ejercicio de los derechos de las personas, siendo factores del entorno, que por su ausencia o presencia, limitan el funcionamiento y crean la discapacidad. Es decir, los factores ambientales pueden actuar como facilitadores o barreras. Y por tanto, “el ambiente en que vive una persona tiene una enorme repercusión sobre la experiencia y el grado de la discapacidad. Los ambientes inaccesibles crean discapacidad al generar barreras que impiden la participación y la inclusión” (OMS y Banco Mundial, 2011, p.4).

Las barreras pueden expresarse a través de la discriminación, exclusión, desigualdad, inequidad y distintos tipos de violencias, afectando en el cotidiano y por tanto en la calidad de vida. Algunos ejemplos pueden ser la falta de acceso o el acceso limitado a recursos, dificultades en la deambulación por la vía pública, así como dentro de instituciones públicas y privadas. Es decir, las barreras son obstáculos –sociales, físicos y arquitectónicos–, limitaciones o condiciones que dificultan o impiden que las personas gocen completamente de sus derechos fundamentales (Nussbaum, 2012; Sen, 1999).

Se puede decir que, desde esta perspectiva, no se entiende a las personas con discapacidad como ‘discapacitadas’, sino que son las barreras construidas socialmente, las que generan los verdaderos impedimentos para la igualdad de condiciones y la exclusión hacia ellas (Eroles, C., 2007 en Rosato y Angelino, 2009). Es decir, los impedimentos los proporciona el ambiente y no las características personales (Palacios, 2008). Entendiéndolo de esta forma, se podrían lograr “avances para mejorar la participación social abordando las barreras que impiden a las personas con discapacidad desenvolverse en su vida cotidiana” (OMS y Banco Mundial, 2011, p.4), de forma autónoma e independiente.

Se puede pensar en cuatro tipos principales de barreras: “físicas, comunicacionales, de acceso a la información y actitudinales” (MIDES, 2019, p.40). Como se explicita claramente en uno de los estudios presentados por la Intendencia de Montevideo:

Estas barreras (...) generan una fuerte discriminación y una grave exclusión de estas mujeres, perpetuando así una clara violación de sus derechos humanos básicos. Sin embargo la información recopilada, permite identificar los desafíos políticos para poder abordar y mejorar la situación en su complejidad y garantizar que los derechos de las mujeres con discapacidad sean respetados en su totalidad (Intendencia de Montevideo, 2011, p.59).

Otro aspecto a considerar para enmarcar esta propuesta es la salud mental, la cual, desde un enfoque social y de DDHH, debe ser entendida como un componente esencial del bienestar integral de las personas. En Uruguay, el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (MSP, 2020) y la Ley de Salud Mental N.º 19.529 (Uruguay, 2017) reflejan el compromiso del Estado con un modelo basado en derechos, que promueve la atención comunitaria y la desinstitucionalización de las personas con discapacidad psicosocial. Sin embargo, a pesar de los avances normativos, en la práctica no se han consolidado cambios, y persisten estigmas sociales que marginan a esta población, viéndolas como ‘menos capacitadas’ o peligrosas (Goffman, 1963).

Estos estigmas, que afectan a toda esta población, se amplifican en el caso de las mujeres y disidencias, quienes, además de enfrentar las barreras estructurales comunes, se ven sometidas a una doble discriminación basada en su género y su discapacidad psicosocial (Kemp, 2007). Y aquí se hace explícita la interseccionalidad (Crenshaw, 2002). La perspectiva de género permite entender cómo sufren esta doble opresión: la de ser mujeres en una sociedad patriarcal y con discapacidad psicosocial que, históricamente, ha sido vista como una amenaza

a su normalidad (Butler, 1990; Cobo, 2014; Davis, 2006; García, 2017; Palacios, 2008) y a su rol social.

Teorizando la salud mental desde una perspectiva de DDHH, transversalidad de género y anticapacitista, se observa cómo las instituciones y prácticas de atención en salud mental, tanto en Uruguay como en la región, reflejan un modelo que ha sido históricamente excluyente y estigmatizante (CIDH, 2013; Goffman, 1963; Kemp, 2007; MSP, 2020; Palacios, 2008; Ríos, 2015). En Techera et al. (2010), se critica el tratamiento de las personas con problemáticas psicosociales en instituciones que, lejos de promover la inclusión, perpetúan el olvido social y la invisibilidad. Este enfoque refleja las tensiones entre los DDHH y la implementación de políticas que, aunque progresivas, aún luchan por superar prácticas de segregación.

En este sentido, varias autoras y autores (Palacios, et al., 2017) resaltan la importancia de un modelo de salud mental basado en la comunidad y en la participación de las personas afectadas, reconociendo sus derechos como sujetos plenos y no como objetos de intervención. Esta perspectiva cobra aún más relevancia cuando se integra la perspectiva de género, ya que, como evidencia de León (2013), las mujeres, especialmente aquellas con discapacidades o padecimientos psicosociales, enfrentan una doble discriminación que limita su acceso a los derechos y a una atención adecuada.

Como se ha mencionado, la intersección de género y discapacidad psicosocial subraya la necesidad de políticas públicas que garanticen no solo el acceso, sino una atención que respete la dignidad humana y favorezca la inclusión (Torres y García, 2024). Este enfoque debe ser transversal a todas las acciones de salud pública, asegurando que se atiendan las especificidades de cada grupo y que las prácticas sean inclusivas, evitando la marginalización de las personas con discapacidad psicosocial.

Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional como área de conocimiento y práctica de salud, se interesa por las problemáticas de las personas en su vida cotidiana. Ha sido definida como una profesión que trabaja desde y hacia la ocupación de las personas y grupos, con el objetivo de recuperar y conservar el bienestar (Trujillo, et al., 2011). Ofrece desde distintas áreas, abordajes que apuntan hacia la promoción de la independencia, autonomía y participación de las personas, grupos y comunidades (Willard y Spakman, 2016). Vale mencionar y contrastar aquí dos de los conceptos importantes para la terapia ocupacional: la autonomía está vinculada a la

capacidad de elegir, decidir, ejercer control sobre la propia vida; mientras que la independencia está relacionada con la ejecución física o funcional sin ayuda, la posibilidad de desenvolverse sin requerir asistencia (Townsend y Polatajko, 2007).

El trabajo desde la terapia ocupacional se basa en la teoría como guía del abordaje de trabajo (Willard y Spakman, 2016), donde el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020) es una herramienta imprescindible. Este marco fue originado en 1979 pero con su última revisión en la edición del año 2020 (AOTA, 2020). Da estructura, fundamentación y engloba el “entendimiento común de los principios básicos y la visión de la profesión” (AOTA, 2020, p.3). Presenta una mirada asentada en la ocupación, centrada en la persona, contextual y basada en la teoría y evidencia (AOTA, 2020).

Además, el Marco define las áreas de dominio de la terapia ocupacional. Se les llama dominios a los aspectos propios de la persona, que desde esta disciplina serán tenidos en cuenta y evaluados, considerando su interrelación y el contexto en el que la persona se encuentra, para luego trabajar sobre ellos (AOTA, 2020). Estos son: las ocupaciones, que incluyen actividades de la vida diaria, salud, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social; el contexto, que abarca factores ambientales y personales; los patrones de desempeño, como hábitos, rutinas, roles y rituales; las habilidades de desempeño, relacionadas con el movimiento, el procesamiento de información y la interacción social; y los factores personales, que comprenden valores, creencias, espiritualidad, funciones corporales y estructurales (AOTA, 2020).

Siempre es bueno contextualizar el trabajo dentro de lo cultural y socio-comunitario, además de portar una perspectiva holística y tener en cuenta los aspectos que la persona considere significativos en su vida (Kielhofner, 2004; Townsend, et al., 1990). Sin olvidar la perspectiva de los ya mencionados Modelo Social de Discapacidad y Modelo de Derechos Humanos, y la pertinencia de un abordaje de terapia ocupacional desde una mirada política, crítica, con perspectiva de género, sustentada en los DDHH, portando auto-reflexión en función de la emancipación y promoviendo la transformación social.

Política pública

Las políticas públicas se definen como el conjunto de decisiones que los gobiernos toman para atender los problemas que afectan a la sociedad (Parsons, 2009), en otras palabras, una política pública es la gestión pública que responde a un problema público (García Prince,

2006; Observatório das desigualdades UFRN, 2021). Esto implica acciones y omisiones por parte del Estado pero también por parte de otros actores implicados, quienes discuten y negocian el sentido de la política pública, dentro de un contexto institucional determinado (García Prince, 2006). Las decisiones son el resultado de procesos complejos que incluyen la identificación de problemas, la formulación de soluciones y su posterior implementación (Parsons, 2009).

Se puede decir entonces que las políticas públicas son un conjunto de acciones y decisiones tomadas por las autoridades gubernamentales con el objetivo de abordar problemas públicos dentro de una sociedad. En términos generales, son los planes, programas y medidas adoptadas por los gobiernos para resolver cuestiones prioritarias que afectan a la ciudadanía. Su principal función es garantizar el bienestar común, equidad e igualdad.

A lo largo de las últimas décadas, Uruguay ha experimentado una transformación significativa en su marco político y social, lo que ha llevado a una evolución en sus políticas en clave social y de cuidados, sobre todo. De acuerdo con Subirats et al. (2012), la gestión de las políticas públicas no solo depende de la claridad de los objetivos planteados, sino también de la capacidad del gobierno para involucrar a diversos actores sociales y políticos en el proceso. La forma en que los problemas sociales son identificados y priorizados dentro de la agenda política es un proceso interactivo y continuo que involucra tanto al gobierno como a actores no gubernamentales (Cobb y Elder, 1986).

Según varios autores (Anderson, 2014; Dye, 2017; Sabatier, 2007; Subirats, et al., 2012), el proceso de formulación de políticas, llamado también el ciclo de las políticas públicas, sigue una serie de pasos básicos: la identificación de problemas públicos y estructuración de la agenda política –definir qué problemas tendrán prioridad–, la formulación –que implica la planificación: definición de objetivos y acciones–, la implementación –la ejecución de lo planificado mediante acciones concretas– y la evaluación –análisis de resultados en comparación con los objetivos planteados–. Este proceso, como se menciona en los textos de Cobb y Elder (1986) y Parsons (2009), implica tanto a los actores políticos como a las instituciones y la sociedad civil.

En el caso específico de Alojamiento con Apoyos, esta se encuentra en la etapa de implementación propiamente dicha, caracterizada por la ejecución operativa de las acciones planificadas y la interacción continua entre diversos actores involucrados (Sabatier, 2007). En esta fase, resulta fundamental no solo el cumplimiento de los lineamientos estratégicos definidos en la formulación, sino también la adaptación a las condiciones reales de los dispositivos y contextos sociales en los que se desarrolla la intervención. La implementación

efectiva requiere, por tanto, una articulación constante entre las figuras de dirección, los equipos técnicos y las personas destinatarias, para asegurar que las acciones respondan a las necesidades y promuevan los objetivos de inclusión y derechos (García Prince, 2006; Subirats, et al., 2012). Esta etapa demanda monitoreo permanente, flexibilidad y ajustes continuos, que permitan sostener y mejorar la calidad de la política pública en el tiempo (Parsons, 2009).

Los trabajos de Cobb y Elder (1986), Parsons (2009), y Subirats, et al. (2012) ofrecen marcos conceptuales valiosos para entender cómo las políticas públicas son formuladas, implementadas y evaluadas en contextos específicos. Es fundamental comprender que las políticas públicas no son estáticas, sino que están en constante evolución, adaptándose a las necesidades sociales y económicas de la población, y sobre todo a los recursos con los que se cuenta para llevar adelante la política.

Las políticas públicas en Uruguay desempeñan un rol fundamental en la promoción de derechos e inclusión de las personas con discapacidad, especialmente en materia de salud mental y género. La Ley de Salud Mental N.º 19.529 (Uruguay, 2017) establece un enfoque basado en DDHH, promoviendo la desinstitucionalización y la atención comunitaria. Asimismo, la Ley N.º 18.651 sobre discapacidad (Uruguay, 2009) y la Ley N.º 19.580 de VBG (Uruguay, 2017) refuerzan la necesidad de abordar las intersecciones entre discapacidad, salud mental y género, garantizando el acceso equitativo a servicios de salud y protección social. Sin embargo, persisten desafíos en la implementación efectiva de estas normativas, lo que exige un compromiso continuo del Estado y la sociedad civil.

En este sentido, la literatura sobre políticas públicas reconoce que la formulación, implementación y evaluación de estas no se reducen a decisiones gubernamentales unilaterales, sino que implican la participación dinámica de múltiples actores sociales y políticos (Parsons, 2009; Sabatier, 2007). Estas personas intervinientes incluyen no solo a las autoridades estatales, sino también a equipos técnicos, organizaciones de la sociedad civil, y las propias personas destinatarias de las políticas, quienes poseen distintos grados de poder, conocimiento y agencia para influir en los procesos y resultados (García Prince, 2006; Subirats, et al., 2012).

Desde esta perspectiva, las personas participantes son concebidas como sujetas activas y situadas, cuyas prácticas y posicionamientos configuran la interpretación y puesta en marcha de las políticas en contextos específicos (García Prince, 2006; Subirats, et al., 2012). En particular, la intervención propuesta en esta tesis reconoce la centralidad de tres grupos de participantes interrelacionados: las figuras de dirección y supervisión del MIDES, que desempeñan un rol estratégico para habilitar y orientar la intervención en el marco institucional; los equipos técnicos de cada dispositivo, cuyo trabajo cotidiano y multidisciplinar sostiene la

implementación y adaptación de las acciones; y las personas residentes y participantes, cuya experiencia y agencia son fundamentales para entender y transformar las prácticas institucionales desde un enfoque de derechos y transversalidad de género (Butler, 1990; CIDH, 2017; Scott, 1986). Esta comprensión integral de las personas integrantes permite situar la propuesta en un entramado complejo de relaciones y saberes, donde la interacción entre diferentes niveles y roles es clave para avanzar hacia cambios sostenibles y significativos en el campo social.

Transversalidad de género

La transversalidad de género busca integrar la perspectiva de género en todas las políticas, programas y prácticas, con el objetivo de identificar y revelar las desigualdades que tienen como base el género. Esta estrategia implica considerar las diferencias de género en todos los niveles y sectores de la sociedad, promoviendo políticas públicas, pero también, abordando las inequidades estructurales y los efectos desiguales en cuestiones de género en diversos contextos (Pflaum, 2008). No se limita a un área específica, sino que debe ser abordado de manera transversal en todos los ámbitos de la vida social, política, económica y cultural. Su implementación implica que las políticas públicas sean diseñadas con perspectiva de género, para garantizar la igualdad (Moser, 2005; Pflaum, 2008; UN Women, 2014).

La interseccionalidad es clave en la transversalidad de género (Crenshaw, 2002). Las diversas formas de discriminación como el género, la raza, la clase social o la discapacidad, se entrelazan y crean experiencias únicas de opresión. Las mujeres y disidencias con discapacidad, especialmente aquellas con problemáticas psicosociales, enfrentan no solo las barreras estructurales propias del género, como la violencia y la desigualdad salarial, sino también la discriminación y el estigma derivados de su discapacidad. Este fenómeno implica una forma compleja de marginalización, que requiere políticas públicas sensibles a ambas dimensiones (Crenshaw, 1989).

Un ejemplo de cómo funciona la transversalidad de género con interseccionalidad en la práctica puede verse en la atención de salud mental para mujeres con discapacidad. Las políticas que promueven el acceso a servicios de salud mental deben considerar tanto el contexto de género como las barreras que las personas con discapacidad enfrentan en estos entornos, como la falta de accesibilidad a los servicios o la invisibilidad de las necesidades de las mujeres con problemáticas psicosociales.

El Marco de Moser (1993) es particularmente adecuado para pensar en la metodología de este tipo de intervención, ya que se centra en analizar las diferencias de género y en integrar el concepto de roles de género en todas las fases del proceso de planificación. Este marco facilita un diagnóstico de las necesidades y prioridades de las mujeres, varones y disidencias, permitiendo no solo la identificación de las desigualdades de género, sino también las oportunidades para abordarlas desde una perspectiva transformadora. Utilizando esta metodología, se logra analizar y cuestionar las estructuras de poder, la distribución de recursos y el acceso a los derechos en los establecimientos a los que se dirige esta propuesta.

En este marco, Moser (1993) distingue entre necesidades prácticas de género e intereses estratégicos de género. Las primeras refieren a las condiciones inmediatas que surgen de los roles socialmente asignados a mujeres, varones y disidencias –por ejemplo, el acceso al alimento, al cuidado o a ingresos básicos– y buscan mejorar esas condiciones sin necesariamente cuestionar las estructuras que las generan. En cambio, los intereses estratégicos de género apuntan a transformar las relaciones de poder desiguales, desafiando las normas, roles y jerarquías de género que perpetúan la subordinación. Esta distinción resulta fundamental para orientar intervenciones que no sólo respondan a las demandas coyunturales, sino que también apuesten a procesos de cambio más estructurales.

Sin embargo, la planificación en clave de género no debe limitarse a un solo enfoque. Otros modelos de planificación de género también son considerados, especialmente aquellos que promueven la transversalización de género y la perspectiva interseccional. Por ejemplo, la planificación de género en las políticas públicas (Hartmann, 1998), que considera la interrelación de las políticas públicas con los intereses y derechos de las mujeres en diferentes contextos, es otro enfoque valioso. Este tipo de planificación resalta la necesidad de integrar el análisis de género en todas las etapas de la política pública, no solo en el diseño de programas, sino también en la implementación y evaluación de los mismos.

En el marco de esta tesis, la propuesta de Hartmann (1998) resulta particularmente pertinente porque permite comprender cómo las políticas institucionales pueden actuar como herramientas para garantizar –o, por el contrario, obstaculizar– el acceso real y efectivo a derechos por parte de mujeres y disidencias, especialmente en contextos de discapacidad psicosocial. Al considerar la planificación de género como un proceso transversal e interseccional, este enfoque brinda criterios valiosos para analizar y diseñar intervenciones que no se limiten a lo asistencial o puntual, sino que cuestionen las estructuras institucionales que sostienen desigualdades. En este sentido, retomar el aporte de Hartmann (1998) permite orientar la intervención hacia una transformación más profunda del modo en que los

dispositivos institucionales piensan, organizan y gestionan sus prácticas cotidianas, promoviendo procesos que reconozcan activamente la agencia, la autonomía y los derechos de las personas residentes desde una mirada feminista y situada.

A través de estos enfoques, se garantiza que lo propuesto no solo sea relevante, sino también que responda a las necesidades reales de la población, fortaleciendo así la efectividad en su intervención.

En este caso, la integración de la perspectiva de género y la interseccionalidad es crucial debido a la diversidad de las poblaciones atendidas, que no solo están marcadas por su condición de discapacidad, sino también por múltiples ejes de desigualdad. Por lo tanto, la planificación estratégica basada en el Marco de Moser (1993), complementada por el enfoque de planificación de género propuesto por Hartmann (1998) y sostenida en una reflexión constante sobre las dinámicas de poder y exclusión, constituye una herramienta metodológica adecuada para orientar la intervención. Este enfoque permite no solo mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad, sino también abordar de manera transversal las desigualdades de género que atraviesan sus experiencias.

4. Metodología para el desarrollo de la intervención

La presente propuesta de intervención se enmarca en una metodología cualitativa, situada y participativa, con enfoque interseccional, feminista y de DDHH. Esta decisión metodológica responde a la necesidad de comprender las experiencias subjetivas y colectivas de las mujeres y diversidades en situación de discapacidad psicosocial que residen en dispositivos de Alojamiento con Apoyos, desde una perspectiva interseccional, que reconozca las múltiples dimensiones de opresión y exclusión que las atraviesan.

El abordaje metodológico contempla dos momentos interrelacionados: una primera etapa diagnóstica –a su vez dividida en tres etapas: indagatoria, de observación y de entrevistas–, que permite comprender el contexto, visibilizar desigualdades de género y barreras capacitistas en la vida cotidiana de estas personas, y una segunda fase donde se desarrolla la planificación de la intervención, orientada a co-construir estrategias de transformación institucional hacia la transversalidad de género, desde la perspectiva de la terapia ocupacional con enfoque interseccional.

Diagnóstico

Dentro del enfoque metodológico, la fase diagnóstica se desarrolló en tres momentos clave: indagatoria inicial, observación participante y entrevistas naturales. Estas actividades se llevaron a cabo entre septiembre de 2024 y enero de 2025. La indagatoria inicial tuvo como objetivo relevar información institucional, conocer el funcionamiento del programa, las características de la población atendida y la aplicación del enfoque de género, al tiempo que permitió un primer acercamiento que orientó la propuesta metodológica general. La observación participante buscó comprender el funcionamiento cotidiano de los dispositivos, sus rutinas, espacios y dinámicas, así como conocer directamente a la población, captando experiencias y percepciones en contexto. Por último, las entrevistas naturales permitieron aproximarse a las vivencias, sentidos y experiencias subjetivas de residentes y personal, mediante conversaciones espontáneas desarrolladas en el entorno cotidiano.

Para sistematizar esta etapa del trabajo de campo, en la siguiente tabla se presentan las tres etapas del diagnóstico, junto con la técnica utilizada en cada una, su modalidad de realización –presencial y/o virtual– y el período en que se desarrollaron. A continuación de la tabla, se ofrece una descripción detallada de cada momento.

Primeramente, vale aclarar que, con el objetivo de resguardar la confidencialidad y privacidad de las personas participantes –tanto en la indagación como en la observación participante y en las entrevistas realizadas–, y así como se han anonimizado también los nombres de los dispositivos, se ha procedido a anonimizar cuidadosamente toda la información recogida.

Se identificará con números correlativos cuando se haga referencia a la evidencia recabada en las entrevistas semiestructuradas –por ejemplo “entrevista semiestructurada 1”, “voz 1”, etc.–, así como se dejan en anonimato los registros provenientes de la observación participante y de los relatos de las entrevistas naturales. Sin mencionar nombres propios, cargos específicos ni ningún dato que permita identificar a las personas consultadas, evitando incluir referencias directas a identidades individuales. Esta medida responde a criterios éticos fundamentales en la investigación cualitativa y busca garantizar que las experiencias y voces compartidas puedan ser analizadas respetando la privacidad de quienes participaron.

Para el desarrollo de este diagnóstico, se realizó una recolección de datos, centrada en una indagatoria y diagnóstico de género, con el objetivo general de conocer el funcionamiento

institucional y comprender las situaciones diferenciales que atraviesan mujeres, varones y disidencias en el contexto específico de intervención. Para ello, priorizando una aproximación situada, se incorporaron fuentes primarias recolectadas en el trabajo de campo, mediante dos entrevistas indagatorias, cuatro instancias de observación participante y varias entrevistas naturales, recabando información mayormente cualitativa. Finalizando así la etapa de recopilación de información para la realización del diagnóstico de género.

En primer lugar, en etapa indagatoria y como fue mencionado, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas (Corbetta, 2007; Valles, 1999) con informantes clave, quienes forman parte de la implementación de Alojamiento con Apoyos. Vale mencionar que las personas informantes fueron seleccionadas por su conocimiento específico de cada dispositivo, su experiencia directa en la implementación y su participación en el acompañamiento cotidiano a las personas residentes. Se procuró incluir perfiles diversos en cuanto a funciones y trayectorias dentro de la institución y los equipos.

La primera entrevista tuvo lugar en setiembre de 2024, siendo una instancia individual con la dirección de la división –profesional de trabajo social–, con el objetivo de conocer sus intereses y la situación de la división, estableciendo un primer acercamiento para definir las líneas de acción de la propuesta. Esta entrevista fue virtual, a través de la plataforma Zoom, y se dejó un registro escrito del intercambio.

En una segunda instancia de esta etapa indagatoria, en noviembre de 2024, se llevó a cabo una entrevista grupal con dos supervisoras de los equipos psicosociales –profesionales en enfermería y psicología–, donde se indagaron cuestiones más específicas sobre el funcionamiento de cada dispositivo, sus fortalezas, debilidades y la población que reside en ellos. Esta entrevista fue presencial, en la oficina de Alojamiento con Apoyos, con grabación de audio –previo consentimiento de las participantes– y registro por escrito. Ambas entrevistas tuvieron como objetivo recabar información sobre los aspectos institucionales, el equipo de trabajo, el funcionamiento del programa, así como sobre las características de la población que reside en los centros, sus actividades diarias, ocupaciones, necesidades y dificultades, y cómo la transversalización de género es implementada –o no– a nivel institucional.

En cada una de las instancias de entrevista, en primera ocasión con la dirección y en segunda oportunidad con supervisión de Alojamiento con Apoyos, se lograron los objetivos esperados, recabando la información requerida. En ambos casos se realizaron intercambios y se efectuaron acuerdos sobre el interés en la propuesta y la modalidad de diagnóstico a futuro, planificando próximas visitas a los dispositivos. Como fue mencionado, han expresado desde

el primer momento y a lo largo del proceso, su interés y consideración sobre la relevancia de la propuesta; se ha recibido una respuesta positiva y colaborativa.

Desde el principio también, participantes institucionales han mantenido una disposición abierta para realizar intercambios, responder preguntas, y permitir las visitas necesarias en modalidad de observación participante. La comunicación ha sido muy fluida, brindando por su parte información detallada sobre los dispositivos y la población a la que se atiende. Además, han compartido una visión común en cuanto a la importancia de abordar el trabajo desde una perspectiva de DDHH y social de la discapacidad, lo cual refuerza el enfoque de la intervención y la confianza mutua en la viabilidad de la propuesta.

Pasando a la segunda etapa, de observación, entre noviembre de 2024 y enero de 2025 se llevaron a cabo visitas a cuatro de los establecimientos. Previo a dichas visitas, se elaboraron las pautas de observación correspondientes, las cuales se incluyen en el Anexo 1 al final de este documento. El objetivo de estas instancias fue conocer a la población, los espacios y el funcionamiento de cada dispositivo, a través de la técnica de observación participante (Corbetta, 2007; Valles, 1999). Tras cada visita, se realizó un registro escrito de la experiencia, incluyendo todo lo observado y las situaciones vividas.

Esta técnica de investigación cualitativa implica la inmersión de quien investiga en el contexto social que se estudia, participando activamente en las actividades del grupo mientras observa sus dinámicas, comportamientos y significados. Según Valles (1999), permite una comprensión profunda del mundo social desde la perspectiva de las propias personas integrantes. Por su parte, Corbetta (2007) destaca que la observación participante combina la implicación directa del investigador con una actitud sistemática de registro y análisis, lo que posibilita captar aspectos no accesibles mediante otras técnicas.

Asimismo, esta metodología tuvo como fin captar las percepciones y experiencias de las personas en su contexto, además de comprender las dinámicas de cada lugar. Las herramientas metodológicas participativas, permiten poner en diálogo los relatos individuales y colectivos con las estructuras institucionales y sociopolíticas que los atraviesan, promoviendo procesos de comprensión crítica y transformación (Freire, 1970; Gregorio, 2006; Jara, 2011). Siguiendo la definición de Corbetta (2007), la observación es “la técnica para la recopilación de datos sobre comportamiento (...) en un entorno natural” (p.304).

Algunos de los ejes que fueron pautados para el relevamiento de información en las visitas –ver en tablas 3, 4, 5 y 6– fueron: contemplar la infraestructura y los espacios, por ejemplo, el estado de la infraestructura, la accesibilidad, la higiene; las dinámicas y actividades de cada dispositivo, así como las interacciones entre los residentes y con el equipo técnico; en

cuanto a la perspectiva de género y discapacidad, visualizar las dinámicas de género, discapacidad y convivencia, así también las barreras y herramientas que presentan; finalmente, la presencia de algún tipo de opresión, desigualdad o estereotipos, posibles conflictos relacionados con la falta de conciencia o educación sobre género, entre otros aspectos¹⁷.

Como tercera y última etapa, las indagaciones se llevaron a cabo durante las observaciones, a través de técnicas de entrevistas naturales, es decir, conversaciones espontáneas que surgieron en el marco de las interacciones cotidianas con residentes y personal de cada institución. Esta modalidad fue elegida por su capacidad para generar un clima de confianza, reduciendo la formalidad típica de las entrevistas estructuradas y permitiendo acceder a relatos más auténticos y contextualmente situados. Las temáticas abordadas surgieron de manera orgánica, aunque guiadas por los ejes definidos previamente en el diseño metodológico. E igualmente, se elaboró un registro escrito detallado al finalizar cada jornada de visita, que se integró al corpus de análisis junto con las notas de observación.

Las entrevistas naturales, también denominadas conversaciones informales o no estructuradas, son una técnica cualitativa que se desarrolla en contextos cotidianos, sin un guión rígido, y que permite al investigador recoger discursos espontáneos durante la interacción social. Según Taylor y Bogdan (2000), este tipo de entrevistas se asemejan más a una conversación que a un interrogatorio, lo que favorece la emergencia de significados genuinos desde la perspectiva de las propias personas participantes.

La tabla 1 presenta de forma clara y estructurada las distintas etapas del proceso, especificando la técnica empleada, la modalidad adoptada y la fecha de ejecución correspondiente:

Tabla 1

Etapas del diagnóstico

Etapa	Técnica	Modalidad	Fecha
Indagatoria	Entrevistas semiestructuradas	Virtual y presencial	Setiembre y noviembre 2024
Observación	Observación	Presencial	Noviembre 2024 a

¹⁷ Ver Anexo 1 para lectura completa de la Guía de observación participante.

	participante		enero 2025
Entrevistas	Entrevistas naturales	Presencial	Noviembre 2024 a enero 2025

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los dispositivos visitados, el Centro A se caracteriza por ser un hogar 24 horas con modalidad de permanencia permanente, que atiende a una población mixta en cuanto al género, de personas adultas y adultas mayores, con situaciones de discapacidad psicosocial y principalmente, discapacidad física severas y parálisis cerebral, además de alta dependencia y necesidad de asistencia, con niveles reducidos de autonomía e independencia.

El Centro B también funciona como hogar 24 horas, pero con modalidad transitoria, y recibe a una población mixta de personas adultas, con un espectro más amplio de discapacidad, en general moderada y severa, con diversos niveles de dependencia. Al igual que el Centro A, la mayoría de la población necesita asistencia en actividades de la vida cotidiana. Si bien algunas personas jóvenes que participan en Centro C también residen en el hogar Centro B, representan una minoría –de jóvenes con autonomía e independencia y discapacidad leve– dentro de un hogar conformado mayormente por personas con dependencia y discapacidad moderada y severa¹⁸.

Por su parte, el Centro C opera como un centro de día, implementado como ‘anexo’ del hogar Centro B. Siendo también mixto, aquí participan en su mayoría adolescentes y jóvenes con discapacidad psicosocial leve, quienes presentan ciertos niveles de autonomía e independencia en su cotidiano, sin necesidad de asistencias mayores. Este establecimiento se diferencia de los demás por ser el único que no es un hogar 24 horas, sino un centro con actividades diarias, donde, como fue descrito anteriormente, se realizan talleres de producción con fines laborales, entre otras actividades. Es por esto que la población que aquí participa, en general, tiene vinculación con sus familias –con las que viven, en su mayoría–.

¹⁸ Las expresiones ‘discapacidad leve’, ‘moderada’ o ‘severa’ se utilizan aquí de forma referencial, para estimar el tipo o nivel de apoyos que cada persona puede requerir en distintos aspectos de la vida cotidiana. Desde el modelo social de la discapacidad, se entiende que estas clasificaciones no aluden a una condición individual estática, sino que describen, en parte, la magnitud de las barreras sociales, comunicacionales o contextuales que interfieren en la participación plena. En este sentido, el término ‘leve’ refiere a situaciones donde las personas requieren apoyos puntuales o esporádicos; ‘moderada’, cuando los apoyos son frecuentes y necesarios para desenvolverse con autonomía; y ‘severa’, cuando las barreras del entorno son tales que se requieren apoyos intensivos y sostenidos (OMS, 2001; Palacios, 2008; Schalock y Verdugo, 2007).

Este centro funciona en gran parte como taller protegido, entendiéndose por tal como un dispositivo socio-laboral destinado a personas con discapacidad, que enfrentan barreras significativas para la inserción en el mercado laboral competitivo (BID, 2017; OIT, 2019; Palacios y Romañach, 2008; Uruguay, 2018). En general, el objetivo principal de estos espacios es brindar formación, apoyo y condiciones adaptadas para la realización de actividades productivas, promoviendo la autonomía, la inclusión social y el desarrollo de habilidades laborales. Pueden ser de gestión pública, privada o mixta y suelen contar con apoyo de políticas estatales para garantizar condiciones adecuadas de trabajo, acompañamiento profesional y remuneración acorde a la normativa vigente. En algunos casos, funcionan como una transición hacia el empleo formal, mientras que en otros constituyen un ámbito permanente de trabajo adaptado (BID, 2017; OIT, 2019; Palacios y Romañach, 2008; Uruguay, 2018).

Los talleres con los que cuentan se dividen en talleres de cocina, uno en donde se elaboran pastas y otro donde cocinan comidas dulces, y varios talleres de arte, como pintura en cerámica y madera, pintura en textil, fabricación de velas aromáticas y elaboración de otros adornos decorativos. Tanto los productos elaborados en los talleres de arte, como los sorrentinos, son destinados a la venta. La institución cuenta con una rutina dinámica organizada, donde además de las instancias de talleres protegidos que realizan por las tardes, cuentan con actividades desde natación por las mañanas, almuerzo, computación, merienda y otras actividades lúdicas, recreativas y sociales.

Finalmente, el Centro D es un hogar 24 horas con modalidad transitoria, aunque las personas que residen allí tienden a permanecer en el establecimiento, que atiende a una población mixta –mujeres, varones y disidencias– con una franja etaria heterogénea, que va desde los 17 hasta los 72 años. Esta población presenta situaciones de discapacidad también variadas, predominando casos leves y moderados, aunque con algunos severos y diferentes niveles de dependencia e independencia. En este establecimiento entonces predomina la diversidad, tanto de género como de edades y características de discapacidad y dependencia. La población aquí en general presenta desvinculación con sus familias. El centro funcionó como establecimiento del Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU) hasta el mes de setiembre de 2024, y a partir de esa fecha ingresó a la órbita del MIDES dentro de la división de Alojamiento con Apoyos.

A continuación, se presenta la tabla 2 con la descripción de los dispositivos visitados. La misma, resume una serie de dimensiones relevantes para el análisis, tales como el tipo de dispositivo y la modalidad de permanencia, como parte del funcionamiento institucional, y luego el género, la franja etaria y las situaciones de discapacidad y dependencia observadas,

dentro de las características sociodemográficas de la población atendida. Esta sistematización permite visualizar la diversidad institucional y poblacional abordada en la investigación, así como contextualizar las observaciones y entrevistas realizadas en cada centro.

Tabla 2

Descripción de los dispositivos visitados

Dispositivos visitados	Dimensiones				
	Funcionamiento institucional		Características sociodemográficas		
	Tipo de dispositivo	Modalidad de permanencia	Género	Franja etaria	Situación de discapacidad y dependencia
Centro A	Hogar 24 horas	Modalidad permanente	Población mixta	Personas adultas y adultas mayores	Situación de discapacidad severa y alta dependencia
Centro B	Hogar 24 horas	Modalidad transitoria	Población mixta	Personas adultas	Situación de discapacidad leve, moderada, severa y dependencia en general
Centro C	Centro de día	Modalidad de taller protegido	Población mixta	Adolescentes y jóvenes	Situación de discapacidad leve, con autonomía e independencia
Centro D	Hogar 24 horas	Modalidad transitoria	Población mixta	Desde los 17 a los 72 años	Situación de discapacidad leve y moderada en lo general, con diferentes niveles de dependencia

Fuente: elaboración propia

Planificación de la intervención

Una vez finalizado el trabajo de campo, se definió en cuáles de los dispositivos visitados se desarrollaría la propuesta de intervención, a partir del análisis de las necesidades específicas de cada uno. Para esta selección, se consideraron distintos criterios surgidos del proceso de indagación, la observación participante y las entrevistas naturales realizadas en cada dispositivo.

Uno de los aspectos centrales fue identificar aquellos dispositivos en los que resulta particularmente necesario avanzar hacia un abordaje con perspectiva de género, teniendo en cuenta las características de su población, su diversidad y las situaciones que enfrentan cotidianamente.

Los criterios utilizados para esta selección se presentan en las tablas 3 a 6 a continuación e incluyen dimensiones como: el estado de la infraestructura y la accesibilidad física; las dinámicas cotidianas y actividades desarrolladas –interacciones, clima de convivencia, tipo de actividades–; las perspectivas interseccionales –de género y discapacidad–; y las necesidades de género identificadas, tanto prácticas como estratégicas, en base a la propuesta de Moser (1993); entre otros puntos que se detallan seguidamente.

Dichas tablas, exponen entonces las mencionadas consideraciones que estructuraron la observación participante de cada uno de los dispositivos visitados, y sirvieron posteriormente como base de información –mayormente cualitativa– para el análisis. Se muestran en ellas los principales ejes de observación aplicados en las visitas a los dispositivos. Cada tabla es acompañada por una descripción detallada que desarrolla sus categorías y subcategorías. Para una visión completa de la guía utilizada en campo, puede consultarse el Anexo 1 de este documento.

La tabla n° 3 presenta los ejes de observación para la dimensión de infraestructura, la cual hace referencia a las condiciones materiales del espacio en el que habitan las personas institucionalizadas, considerando aspectos relacionados tanto con el estado general del entorno como con las barreras arquitectónicas. Se organizaron tres categorías principales: estado de la infraestructura, disponibilidad de la infraestructura, y barreras físicas. En conjunto permitieron

observar de forma sistemática las condiciones materiales de los dispositivos visitados y cómo estas inciden en la vida cotidiana de las personas institucionalizadas.

En relación con la primera categoría, estado de la infraestructura, se analizaron distintos aspectos clave. En primer lugar, la higiene del centro, entendida como el grado de limpieza y mantenimiento de los distintos espacios físicos, tanto privados como comunes. Se prestó especial atención a las habitaciones, baños, cocina, comedor y áreas compartidas, considerando indicios visibles de limpieza, presencia de residuos, olores, y condiciones generales de mantenimiento.

Luego, se evaluó el orden de los espacios, considerando la organización y disposición de los ambientes de uso compartido, como salas de reunión, espacios de talleres, cocina, comedor, áreas de descanso y zonas al aire libre. Esta observación permitió identificar si el entorno favorecía o dificultaba la funcionalidad y el confort para quienes lo habitan.

Con respecto a la categoría de disponibilidad, el hacinamiento fue abordado a partir del tamaño y distribución de los espacios en relación con la cantidad de personas que los ocupan. Se registró el número de personas por habitación, la disponibilidad de camas y la privacidad relativa que ofrecía cada espacio, así como también la adecuación de los espacios comunes para el número de residentes.

Asimismo, se consideró la proporción de personas por baño utilizable. Este aspecto permitió medir cuántos residentes disponían efectivamente de un baño en condiciones de uso, aportando información relevante sobre el acceso a servicios básicos y su impacto en la higiene, privacidad y bienestar diario.

La tercera categoría, barreras físicas, se centró en las condiciones de accesibilidad dentro de los establecimientos. Se relevaron las características edilicias en áreas clave como dormitorios, baños, comedor, jardín y pasillos de circulación. En este sentido, se observó la presencia de barreras arquitectónicas, la existencia o ausencia de adaptaciones para personas con movilidad reducida –como rampas, pasamanos o espacios amplios–, y el diseño general del espacio en términos de inclusión.

Además, se consideraron las condiciones de accesibilidad para el desarrollo de actividades diarias y el uso de objetos personales. Esta observación incluyó la disponibilidad de herramientas o apoyos que facilitarían la independencia de las personas con discapacidad en tareas básicas como alimentarse, desplazarse, o participar en actividades del hogar.

Tabla 3**Ejes de observación para la dimensión infraestructura**

Dimensión	Categoría	Subcategoría
Infraestructura	Estado de la infraestructura	Higiene
		Orden
	Disponibilidad de la infraestructura	Hacinamiento
		Proporción de personas en el dispositivo por baño utilizable
	Barreras físicas	Accesibilidad edilicia – baños, dormitorios, comedor, jardín, traslados–

Fuente: elaboración propia

A continuación, la tabla nº4 muestra el eje de observación para la dimensión de dinámicas y actividades. Esta se plantea como una de las claves para el abordaje del trabajo de campo, orientada a observar y analizar los modos en que se desarrollan la convivencia cotidiana, las interacciones entre las distintas personas participantes y las propuestas de actividades dentro de los dispositivos. Esta dimensión se estructura a partir de dos categorías principales: la caracterización y tipo de interacciones según análisis interseccional, y el tipo de actividades que se realizan en el espacio institucional.

En la primera categoría –caracterización y tipo de interacciones– se propone observar cómo se construyen los vínculos entre residentes, entre estos y el personal técnico, y con sus familias, cuando estas están presentes. La observación se realizará desde una perspectiva interseccional, prestando especial atención a cómo variables como el género, la edad y la discapacidad inciden en los modos de relación y posicionamiento dentro del espacio institucional. Se buscará registrar si existen diferencias en la forma en que se vinculan entre sí las mujeres, los varones y las disidencias, así como también si hay distinciones en cómo cada quien percibe y ejerce su rol dentro del centro.

Se priorizará el registro de interacciones espontáneas, tanto en situaciones grupales como individuales, observando quiénes participan, qué temas se abordan y cómo se manifiestan las relaciones de cercanía, conflicto o cooperación. Particularmente, se observará si en esas conversaciones circulan referencias –explícitas o implícitas– a cuestiones de género, discapacidad o vínculos afectivos. Asimismo, se incluirá en la observación el tipo de relación que se establece con el personal técnico: si se habilitan o restringen espacios de participación, cómo es el estilo de trato, y en qué medida se promueve la autonomía e independencia de las personas residentes. Gracias a todo esto también, se prevé contemplar el clima de convivencia.

La segunda categoría –tipo de actividades– se orienta a relevar qué tipo de propuestas forman parte del día a día de los dispositivos. Se consideran aquí tanto actividades organizadas –por ejemplo, talleres o salidas– como aquellas vinculadas a la rutina y al sostenimiento del dispositivo. Las subcategorías que guiarán esta observación son: actividades de la vida diaria, actividades recreativas, deportivas, comunitarias y de trabajo y estudio. Esta clasificación permitirá diferenciar el carácter de cada actividad según su finalidad, su grado de formalización y su impacto en la vida cotidiana de las personas residentes.

Además del tipo de actividades, se pondrá especial atención en el nivel de participación de las personas residentes, en qué medida estas propuestas promueven la autonomía y la independencia, y si favorecen o no un clima de convivencia respetuoso e inclusivo. En este sentido, se retomarán las definiciones desarrolladas anteriormente, en las que se entiende por autonomía a la capacidad de una persona para tomar decisiones por sí misma, y por independencia a la posibilidad de desenvolverse sin requerir asistencia (Townsend y Polatajko, 2007). También se observará si las actividades tienen en cuenta las diversas capacidades físicas, cognitivas y subjetivas de los residentes, así como sus identidades de género, y si están pensadas para ser accesibles y significativas para todos los participantes.

Esta dimensión, por tanto, permitirá anticipar elementos clave sobre la cotidianeidad institucional, desde una mirada situada que vincula lo observable con las perspectivas teóricas de género, discapacidad e interseccionalidad, que guían este trabajo.

Tabla 4

Ejes de observación para la dimensión dinámicas y actividades

Dimensión	Categoría	Subcategoría
Dinámicas y actividades	Caracterización y tipo de interacciones según análisis interseccional	Interacciones entre residentes
		Interacción residentes - equipos técnicos
		Clima de convivencia
	Tipo de actividades	Actividades de la vida diaria
		Recreativas
		Deportivas
		Comunitarias
		Trabajo/estudio

Fuente: elaboración propia. Las subcategorías del tipo de actividades fueron desarrolladas con base en AOTA (2020).

El eje de observación para la dimensión sobre perspectivas interseccionales, se presenta seguidamente en la tabla n°5, se incluye como eje central para abordar las desigualdades estructurales que atraviesan la vida institucional en estos dispositivos. Esta dimensión permite problematizar las experiencias de las personas residentes en función de la articulación entre género y discapacidad, que influyen en la construcción de subjetividades y relaciones. Desde esta perspectiva, se orientará la observación hacia elementos que permitan identificar formas de exclusión, reconocimiento, discriminación o participación, considerando especialmente el modo en que estas se expresan en el cotidiano institucional.

La dimensión se organiza entonces en dos categorías principales: género/desigualdades de género y discapacidad. En la primera de ellas, se prevé una aproximación que combine el registro cuantitativo con el análisis cualitativo. Inicialmente, se contempla la descripción de la distribución por género dentro de cada dispositivo –cantidad de mujeres, varones y disidencias– como insumo relevante para el contexto y para establecer comparaciones. A partir de ello, la observación se orientará a identificar si existen diferencias visibles o sutiles en el trato hacia mujeres, varones o personas de identidades disidentes por parte del personal técnico, de otros

residentes, así como en la organización general de la vida institucional. Se buscará atender a formas de trato diferenciado, asignación de tareas, acceso a espacios comunes, participación en decisiones o distribución del cuidado, entre otras posibles expresiones de desigualdad.

Asimismo, se indagará si en los dispositivos existen propuestas –tales como actividades, talleres, o espacios de diálogo– específicamente destinadas a trabajar cuestiones de género o promover la igualdad en este plano. No se trata únicamente de registrar la existencia de actividades formales, sino de explorar si la temática se hace presente en la vida cotidiana, en los vínculos o en las dinámicas de cada centro, así como también si se generan condiciones para que las personas residentes puedan reflexionar o expresarse sobre estas cuestiones.

Una subcategoría relevante dentro de esta dimensión es el reconocimiento de la desigualdad, que apunta a captar si las personas residentes perciben o no situaciones de discriminación por razones de género. En este sentido, se priorizará el registro de expresiones espontáneas o comentarios que permitan inferir si se sienten reconocidas de forma igualitaria o si han vivido situaciones de desvalorización o exclusión, ya sea en el vínculo con otras residentes o con el equipo técnico. Estas percepciones resultan fundamentales para comprender el impacto subjetivo que las desigualdades de género pueden tener en quienes habitan estos espacios.

La segunda categoría –discapacidad– centra la atención en las barreras de percepción que puedan limitar la participación plena de las personas en situación de discapacidad. Esto se refiere a los obstáculos, muchas veces invisibles, que dificultan que las personas con discapacidad se reconozcan a sí mismas como sujetas activas, con capacidad de decisión y participación dentro de los dispositivos. Estas barreras pueden estar ancladas en aspectos actitudinales, comunicacionales, institucionales o relacionales, y suelen implicar una reproducción de estigmas o roles pasivizantes (Mañas y Martínez, 2015; Palacios, 2008).

Asimismo, se prestará atención a las barreras sociales, como aquellas que tienen origen cultural, económico o institucional y que generan exclusión o dificultan el acceso a la participación plena (Palacios, 2008). Desde esta mirada, el trabajo de campo buscará identificar no solo la presencia de estas barreras, sino también si existen estrategias institucionales para contrarrestarlas o si, por el contrario, se reproducen de manera naturalizada en la vida cotidiana de cada centro.

Además, se propone observar cómo se expresa la autopercepción de las personas residentes respecto de su identidad, de sus capacidades y de su valor como sujetos dentro del espacio institucional. Se espera captar indicios sobre la presencia de autoestima positiva o

negativa, particularmente en relación con su salud mental y con el modo en que son miradas por las demás personas. En este sentido, se considerará tanto la actitud hacia sí mismas como el reflejo de las representaciones sociales que reciben.

En conjunto, esta dimensión tiene como propósito aportar una lectura situada e interseccional del funcionamiento institucional, entendiendo que género y discapacidad no operan como variables aisladas, sino como sistemas que se entrelazan y condicionan mutuamente las experiencias de los sujetos en los dispositivos.

Tabla 5

Eje de observación para la dimensión de perspectivas interseccionales

Dimensión	Categoría	Subcategoría
Perspectivas interseccionales	Género / desigualdades de género	Mujeres, varones y disidencias
		Reconocimiento de la desigualdad
	Discapacidad	Barreras de percepción

Fuente: elaboración propia

Finalmente, en la tabla n°6 se visualiza el eje de observación para la dimensión de las necesidades prácticas y estratégicas de género, siguiendo el enfoque de Moser (1993). Esta clasificación permite identificar tanto las condiciones materiales que afectan la vida cotidiana de las personas residentes como las posibilidades de transformación de relaciones desiguales de poder al interior de cada dispositivo.

Las necesidades prácticas refieren a aspectos como el cuidado personal, la higiene, el acceso a recursos materiales y la disponibilidad de espacios seguros. Se buscará observar cómo estas necesidades son abordadas por la institución, especialmente en relación con mujeres y disidencias, prestando atención a posibles desigualdades o estigmatizaciones.

Por su parte, las necesidades estratégicas implican el acceso igualitario a la toma de decisiones, el reconocimiento de identidades de género, el empoderamiento y el cuestionamiento de roles tradicionales. Se observará si existen oportunidades reales para la

participación de las personas en la vida institucional, así como instancias que promuevan el respeto a la diversidad y el fortalecimiento de la autonomía e independencia.

Además, se tendrán en cuenta la existencia de barreras o facilitadores para transformar los roles de género, y el grado de participación de los residentes en la planificación o mejora de los espacios que habitan. Estos elementos complementarán la observación, permitiendo una lectura más integral sobre cómo se construyen –o limitan– prácticas equitativas de convivencia.

En conjunto, esta dimensión busca aportar una lectura situada sobre el modo en que las instituciones abordan –o reproducen– las desigualdades de género, y cómo estas inciden tanto en las condiciones materiales de vida como en los procesos de subjetivación y autonomía de las personas residentes.

Tabla 6

Eje de observación para la dimensión de las necesidades de género –en base a Moser (1993)–

Dimensión	Categoría	Subcategoría
Necesidades –de género–	Prácticas	Cuidado personal
		Higiene
		Acceso a recursos materiales
		Espacios seguros
	Estratégicas	Acceso igualitario a la toma de decisiones
		Reconocimiento de identidades de género
		Empoderamiento
		Cuestionamiento de roles tradicionales

Fuente: elaboración propia con base en Moser (1993)

Además de las dimensiones y categorías presentadas en las tablas anteriores –tablas 3 a 6–, vale la pena destacar que se planifica observar la interrelación con políticas institucionales y la garantía de derechos, siguiendo a Hartmann (1998). Se analizará cómo las prácticas de cada centro se vinculan con políticas que promueven la igualdad de género y la inclusión, así como el grado de apropiación institucional del enfoque de género en el trato, las actividades y los roles asignados. También se evaluará si las actividades refuerzan estereotipos o amplían las posibilidades para mujeres y disidencias.

Finalmente, se considerarán aspectos generales como la presencia de opresión, desigualdad o estereotipos, la convivencia interna y posibles conflictos relacionados con la falta de conciencia sobre la perspectiva de género. Se observarán dinámicas que aporten aprendizajes para abordar el género y la discapacidad en el ámbito institucional.

En base a la descripción de estas tablas, es decir, al desarrollo de las dimensiones a observar, en el apartado correspondiente a la propuesta de intervención en sí misma, más adelante, se presentan los hallazgos obtenidos durante las visitas, en base a eso, la selección de los dispositivos destinatarios de la propuesta, y en consecuencia, las temáticas seleccionadas para el abordaje de la misma.

La intervención se estructura en torno a talleres grupales, concebidos como espacios participativos que integran la perspectiva de género y se fundamentan en una metodología socioeducativa y de derechos. Su propósito es promover el intercambio horizontal, la construcción colectiva de saberes y la reflexión crítica en torno a las relaciones de género, los estereotipos y la afectividad.

Las actividades están diseñadas a partir de dinámicas lúdicas, creativas y expresivas, que incluyen instancias artísticas, ejercicios de reflexión individual y grupal, y estrategias que favorezcan la participación, el respeto por la diversidad de experiencias y el fortalecimiento de vínculos saludables.

La planificación de los contenidos y la didáctica de los talleres fue elaborada considerando las características generales de la población destinataria¹⁹, su contexto institucional y cotidiano, así como las particularidades observadas en cada dispositivo. Esta planificación busca promover el reconocimiento de derechos, la autonomía y el

¹⁹ Si bien la intervención involucra a los equipos técnicos, los talleres están dirigidos prioritariamente a las personas residentes, quienes constituyen los destinatarios principales de esta propuesta.

cuestionamiento de los estereotipos de género, adaptando las propuestas a las necesidades específicas identificadas en cada centro.

Dado que se reconoce a las personas residentes y usuarias de los centros como sujetas activas, han sido parte de instancias diagnósticas a través de metodologías participativas como la observación y el diálogo, y se contempla que mantengan un rol central en la evaluación del desarrollo de la estrategia. En tanto sujetas activas de la intervención, su participación en la evaluación continua de cada taller, y especialmente en la evaluación final, incluirá espacios de intercambio y toma de decisiones donde podrán proponer y elegir temas de interés para futuros encuentros. Estos aportes contribuirán tanto a la planificación de nuevas actividades como a la mejora continua de los procesos implementados.

La evaluación de la intervención se realizará desde un enfoque cualitativo, priorizando la perspectiva de las participantes como criterio central de análisis. Para ello, se emplearán herramientas de evaluación participativa, como instancias de devolución oral y escrita al finalizar cada taller, donde se invitará a las personas participantes a señalar aspectos positivos, elementos a mejorar, y temáticas que consideren útiles o no pertinentes. Se propondrán preguntas abiertas orientadas a relevar: qué elementos de las actividades les resultaron significativos, qué cambios –por mínimos que sean– perciben en su cotidianeidad o en sus vínculos, qué propuestas consideran necesarias para futuras instancias.

Además, se incluirá una evaluación cualitativa a realizar por parte del equipo técnico interviniente, a partir de registros de observación de cada taller, sentires, observación de la convivencia en los centros post-talleres y reunión de análisis al finalizar los ciclos de talleres, que permitirán identificar avances, obstáculos y ajustes necesarios. Si bien no se establecen indicadores cuantificables, se definen criterios de valoración cualitativa como: la pertinencia de los contenidos según las necesidades expresadas, el grado de participación, la apropiación de recursos trabajados, y la demanda de continuidad o transformación de los espacios propuestos.

Asimismo, para la planificación fue tenida en cuenta la base teórica sobre género, interseccionalidad y capacitismo, considerado crucial debido a la diversidad de las poblaciones atendidas, que no solo están marcadas por su condición de discapacidad, sino por múltiples ejes de desigualdad. Así también, fue tenida en cuenta la planificación estratégica con el Marco de Moser (1993), combinada con la planificación de género de Hartmann (1998), ya mencionadas, y una reflexión constante sobre las dinámicas de poder y exclusión. Por todo lo antedicho, se considera que esta planificación metodológica es adecuada para lograr los objetivos de la intervención.

5. Propuesta de intervención

Este apartado se divide en dos: en primer lugar, el diagnóstico, donde se exponen los resultados obtenidos, tanto de las instancias de entrevistas semiestructuradas con las responsables de la división, como de las instancias de visitas a los dispositivos, en modalidad de observación participante y las entrevistas naturales. En segundo lugar, la propuesta de intervención propiamente dicha, donde se plasma la planificación basada en los hallazgos – organizados en las dimensiones analíticas definidas en el marco conceptual– y en la justificación de la metodología empleada –argumentación expuesta anteriormente en el apartado metodológico–.

Diagnóstico

Aquí se presentarán los hallazgos del diagnóstico realizado, los cuales constituyen la base fundamental para la propuesta de intervención. El diagnóstico se lleva a cabo mediante una recopilación de datos e información relevante, utilizando herramientas y métodos específicos que permiten identificar las necesidades, fortalezas y debilidades de los dispositivos, instituciones y contextos en cuestión con respecto a la perspectiva de género, la discapacidad y la interseccionalidad.

En primer lugar, se organizan los resultados del diagnóstico en las dimensiones anteriormente pautadas, facilitando la comprensión y la posterior aplicación de las estrategias propuestas. Esta organización permitirá comprender de manera clara los puntos críticos que requieren intervención, así como las áreas que muestran un buen desempeño y que podrían ser aprovechadas en el proceso de intervención. Los hallazgos se presentarán de forma detallada – complementados con una representación gráfica en forma de tablas–, destacando los aspectos más relevantes y su impacto en el proceso global que se abordará en la propuesta de intervención. De igual manera, se incluirán análisis de las causas subyacentes de los problemas identificados, con el fin de facilitar una comprensión profunda de la situación.

Luego, la sección sobre género, capacitismo e interseccionalidad explica conceptos clave para entender las problemáticas y necesidades de la población en los centros, y subraya la importancia de considerarlos para crear intervenciones inclusivas, transformadoras y

adaptadas a cada persona y contexto. Seguidamente, se presentan las conclusiones del diagnóstico, donde se sistematizan los hallazgos del trabajo de campo, se analiza la pertinencia del enfoque de género en cada dispositivo, y se fundamenta la selección de los centros incluidos en la propuesta de intervención mediante un análisis comparativo y su justificación. Finalmente, se presentan los actores sociales involucrados en los centros seleccionados, caracterizándolos en función de sus roles y niveles de implicancia en cada dispositivo correspondiente, así como su diversidad y el modo en que contribuyen a la construcción colectiva de la propuesta de intervención aquí presente.

Con respecto a los resultados obtenidos en el trabajo de campo, se presentan continuación las tablas 7, 8, 9 y 10, en las que se retoman las dimensiones, categorías y subcategorías consideradas para el trabajo de campo –ya presentadas en las tablas 3, 4, 5 y 6–, que sirvieron como base para el análisis desarrollado en esta sección. Aquí se representa gráficamente cómo los aspectos identificados en cada dimensión, según el dispositivo observado, inciden en la evaluación de la relevancia y pertinencia del trabajo con enfoque de género en cada uno. Como se mencionó anteriormente, se visitaron²⁰ cuatro centros, los cuales fueron evaluados a partir de dichas dimensiones; tras el análisis correspondiente, se arribó a una serie de conclusiones que orientaron la selección de dos de estos dispositivos como destinatarios de la propuesta de intervención.

En estas tablas se sintetizan los resultados del diagnóstico realizado para cada subcategoría, utilizando un sistema de codificación por colores que facilita su interpretación. Este sistema no busca establecer juicios de valor sobre los centros, sino más bien identificar niveles de desarrollo en relación con dimensiones específicas que servirán para orientar la propuesta de intervención. Así, el color verde se asigna a subcategorías que se consideran consolidadas, es decir, que no requieren modificaciones sustanciales en el contexto actual. El amarillo indica una situación intermedia: aspectos que, si bien no representan áreas críticas, pueden requerir intervenciones en clave de género en el corto plazo para fortalecer su adecuación e impacto. Finalmente, el rojo señala subcategorías prioritarias a considerar para la propuesta de intervención.

Este sistema permite una lectura más ágil y comparativa, contribuyendo a la identificación de fortalezas y debilidades en cada caso, así como a la toma de decisiones

²⁰ Cabe aclarar que las apreciaciones obtenidas gracias a la observación participante, se basan en una única jornada de visita en cada dispositivo, y que, si bien fue contextualizada con el resto de la información recabada – indagaciones y entrevistas–, se trata de una mirada parcial.

fundamentadas en relación con la intervención propuesta. No obstante, cabe aclarar que cada uno de los aspectos será desarrollado y explicado en detalle previo a la visualización de cada tabla correspondiente, con evidencia del trabajo de campo e información tanto cualitativa como cuantitativa. El diagnóstico se presenta en breves subapartados según las dimensiones.

Infraestructura

En cuanto a los resultados sobre la dimensión de la infraestructura, específicamente en relación con las subcategorías de higiene y orden, se observó que en los cuatro dispositivos, las condiciones generales eran adecuadas. Los espacios se encontraban limpios y organizados.

Con respecto al hacinamiento, en el contexto uruguayo, el MIDES lo define como la situación en la que habitan más de dos personas por habitación destinada a dormir (MIDES, 2023). Aunque este criterio se aplica principalmente a viviendas particulares, puede servir como referencia para reflexionar sobre las condiciones habitacionales en dispositivos residenciales. La Ley N.º 18.65, que promueve la protección integral de los derechos de las personas con discapacidad, refuerza la importancia de garantizar entornos dignos, accesibles y adecuados para el desarrollo pleno de la vida cotidiana, lo que incluye condiciones habitacionales adecuadas (Uruguay, 2009).

En ese marco, es importante señalar que en los dispositivos visitados durante este trabajo, tanto en el Centro A, como en el B y en el D, la mayoría de las habitaciones están organizadas para alojar a dos personas, lo que se considera adecuado desde la perspectiva del confort, la intimidad y el respeto por los derechos de los residentes. En algunos casos los dormitorios son individuales y en otros casos se observaron habitaciones con tres camas, situación que igualmente, no necesariamente representa una condición de hacinamiento, y que en este caso por lo tanto, no es pertinente de analizar en profundidad.

En el caso del Centro C, vale aclarar que, como es un centro de día, no se cuenta con habitaciones con finalidad de dormitorios.

Asimismo, el tamaño de los espacios comunes también constituye un aspecto relevante del hacinamiento (Baker y Bentley, 2013). En este sentido, los cuatro dispositivos cuentan con espacios comunes amplios, tanto interiores como exteriores –jardines y patios–.

En relación con las condiciones sanitarias, se consideró la proporción de personas por baño utilizable dentro de los dispositivos. Si bien no existe una normativa específica que establezca una proporción exacta en Uruguay para centros destinados a personas con discapacidad, diversas referencias pueden orientarnos en cuanto a estándares adecuados. Por ejemplo, el Decreto N.º 320/999 –que regula los establecimientos privados para personas

adultas mayores– establece que debe haber al menos un baño cada diez residentes no dependientes y uno cada cinco residentes incontinentes (Uruguay, 1999). Asimismo, el portal del Sistema de Cuidados de Uruguay señala la importancia de que existan baños suficientes y adaptados, especialmente para personas con dificultades en la movilidad (Sistema de Cuidados, 2019).

Tomando estos lineamientos como referencia general, se considera que una proporción de un baño cada cuatro a seis personas resulta adecuada para garantizar condiciones de higiene, privacidad y accesibilidad, particularmente para personas en situación de discapacidad. En los dispositivos observados, la disponibilidad de baños en relación con la cantidad de personas residentes resultó adecuada, e incluso superior al mínimo considerado recomendable según los estándares establecidos.

En relación con la categoría de barreras físicas, se constató su inexistencia dentro de los predios de los dispositivos, ya que todos cuentan con accesibilidad edilicia adecuada. Los baños, dormitorios, espacios comunes –como comedores y jardines–, así como las áreas de tránsito, disponen de las condiciones necesarias para garantizar la accesibilidad.

En los Centros A y B, la mayoría de las personas residentes son usuarias de sillas de ruedas. Los accesos al hogar, así como a todas las habitaciones, son adecuados para facilitar la entrada y salida; las puertas y los espacios de tránsito son amplios, al igual que los baños, dormitorios, la cocina y otros espacios comunes. Los baños son completamente accesibles, disponiendo de agarraderas, duchas, inodoros y piletas diseñados para brindar seguridad y comodidad tanto a las personas usuarias de silla de ruedas como a quienes las asisten. En los dormitorios, cuentan con camas ortopédicas adecuadas, accesibles y seguras para toda la población. Asimismo, en los espacios comunes, como los livings, se encuentran sillones adaptados para personas con movilidad reducida.

En el Centro A no existen escalones para ingresar o salir tanto del hogar como de las habitaciones, lo que facilita la movilidad. En contraste, en el Centro B el ingreso principal al hogar cuenta con una puerta que tiene escalones; sin embargo, se ha habilitado una entrada alternativa equipada con un elevador para personas usuarias de sillas de ruedas, permitiendo el acceso mediante este dispositivo en lugar de utilizar las escaleras.

Los Centros A y B cuentan, respectivamente, con una piscina y un jacuzzi destinados a actividades de fisioterapia y rehabilitación. Ambos espacios son accesibles y están equipados con agarraderas para garantizar la seguridad de los usuarios; además, la piscina cuenta con diferentes niveles y se dispone de elevadores que facilitan el ingreso y salida de personas con movilidad reducida en los miembros inferiores.

En cuanto a los Centros C y D, aunque no cuentan con usuarios en silla de ruedas, sus baños también son accesibles y seguros, incorporando elementos como agarraderas y superficies antideslizantes.

Si bien todos los dispositivos presentan condiciones generales adecuadas en términos de infraestructura, se observan diferencias relevantes en cuanto al grado de adaptabilidad y la disponibilidad de equipamiento especializado. Los Centros A y B, por ejemplo, cuentan con recursos como piscina y jacuzzi destinados a actividades de fisioterapia y rehabilitación, lo que constituye un valor agregado para el bienestar y el abordaje terapéutico de las personas residentes. En contraste, el Centro D no dispone de este tipo de equipamiento, lo cual podría considerarse una oportunidad de mejora, teniendo en cuenta las necesidades específicas de su población, aunque esta difiera en nivel de dependencia funcional respecto a los otros centros.

Por su parte, el Centro C, al tratarse de un centro de día, tampoco cuenta con estos dispositivos en su infraestructura, pero sí realiza actividades de piscina en articulación con otro establecimiento, lo cual permite, en parte, suplir esa carencia. Esta comparación evidencia la importancia de considerar no solo la adecuación de la infraestructura existente, sino también las posibilidades de acceso a recursos complementarios que amplíen las oportunidades terapéuticas y recreativas de las personas usuarias, de forma acorde a sus perfiles y necesidades.

Los datos presentados en relación con la dimensión infraestructura fueron obtenidos mediante la observación directa en cada una de las visitas realizadas a los dispositivos. Dado que la totalidad de los aspectos evaluados resultaron positivos, esta información refleja condiciones favorables en términos de calidad del entorno y atención a la diversidad de necesidades de la población residente. Estos resultados son sintetizados en la tabla n°7 a continuación.

Tabla 7

Resultados sobre la dimensión de infraestructura

Código de colores:

Verde: Consolidado –sin necesidad de ajustes–

Amarillo: Intermedio –aspectos a mejorar–

Rojo: Prioritario –requiere intervención–

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Dispositivos			
			Centro A	Centro B	Centro C	Centro D
Infraestructura	Estado de la infraestructura	Higiene				
		Orden				
	Disponibilidad de la infraestructura	Hacinamiento				
		Proporción de personas en el dispositivo por baño utilizable				
	Barreras físicas	Accesibilidad edilicia –baños, dormitorios, comedor, jardín, traslados–				

Fuente: elaboración propia

Dinámicas y actividades

Sobre los resultados de la dimensión de dinámicas y actividades –presentados a continuación en la tabla nº8–, en primer lugar y en términos generales, se puede decir que las interacciones entre residentes –observadas durante el trabajo de campo– son adecuadas y pertinentes en los cuatro dispositivos. Sin embargo, al complementar esta evidencia con la información obtenida a través de entrevistas naturales –particularmente con integrantes de los equipos técnicos– emergen matices relevantes que permiten una comprensión más compleja sobre estas interacciones.

En el Centro A, tanto la observación participante como los relatos obtenidos en entrevistas naturales sugieren que las relaciones entre residentes se desarrollan en un marco de respeto y convivencia armónica. Esta percepción fue reforzada por una usuaria del dispositivo, quien compartió experiencias positivas en relación con sus pares.

El Centro B presenta un escenario similar: las entrevistas naturales con el equipo técnico permitieron confirmar que las relaciones entre residentes suelen ser adecuadas, sin conflictos significativos reportados.

En el caso del Centro C, las interacciones observadas también se desarrollaron sin mayores tensiones. No obstante, a partir de las entrevistas naturales, se identificaron algunos conflictos vinculados a vínculos afectivos o relaciones amorosas entre residentes, situaciones que, si bien no configuran episodios graves, por ejemplo, de violencia, sí implican desafíos cotidianos en ocasiones. Considerando que se trata mayoritariamente de adolescentes, estos conflictos pueden entenderse como propios del momento vital que transitan, en tanto no deriven en dinámicas violentas o excluyentes.

Estas situaciones también permiten visibilizar que, en el cotidiano, lo sexoafectivo y la afectividad constituyen dimensiones relevantes que atraviesan los vínculos entre residentes. A partir de los relatos –entrevistas naturales–, se reconoce que estas experiencias afectivas ponen en juego aprendizajes en torno al autocuidado, el consentimiento, el respeto a los tiempos y emociones de otras personas. En este sentido, se considera valioso prestar atención a cómo se construyen estos vínculos en el contexto institucional. Asimismo, lo referido al buen trato – como el respeto mutuo, la empatía y la comunicación asertiva– se vuelve un componente central a la hora de favorecer un clima de convivencia saludable, especialmente en una etapa vital en la que se configuran modos de vincularse y de interpretar las emociones propias y ajenas.

El Centro D, por su parte, presenta una situación más compleja. Aunque la observación participante no evidenció interacciones problemáticas, los aportes del equipo técnico dan cuenta de algunas situaciones que surgen de conflictos estructurales. Se trata de tensiones que, en ciertos momentos, pueden escalar y generar riesgos para la integridad de las personas involucradas, incluyendo situaciones vinculadas a VBG. Este contraste entre lo observado puntualmente y lo relatado en los intercambios informales subraya la importancia de la triangulación metodológica aquí empleada, que permite captar cuestiones más profundas y persistentes del entramado en los dispositivos.

En cuanto a la segunda subcategoría analizada, en los cuatro dispositivos se observó una relación adecuada entre residentes y equipos técnicos, caracterizada por un vínculo respetuoso y profesional. Esta percepción se vio reforzada por entrevistas naturales con integrantes de los equipos, así como con algunas personas residentes: en el Centro A, por ejemplo, a través del testimonio de una usuaria y en el Centro C, mediante conversaciones naturales con residentes.

En líneas generales, el clima de convivencia en los cuatro dispositivos fue valorado como positivo, evidenciado durante la observación participante, a través de un ambiente distendido, alegre y respetuoso. Esta percepción general también se vio respaldada por lo

expresado en la entrevista semiestructurada 2 y en entrevistas naturales en algunos de los dispositivos, donde se hizo referencia explícita al buen clima presente, asociado al bienestar de quienes los habitan. Este buen clima se sostiene, en gran parte, por la calidad de las interacciones tanto entre las personas residentes como entre éstas y los equipos técnicos. Sin embargo, en el Centro D se han registrado episodios puntuales que afectan temporalmente la convivencia –como ya fue señalado–.

Además, si bien no fue una subcategoría analizada de forma específica, es relevante destacar que los vínculos familiares también inciden, directa o indirectamente, en las dinámicas cotidianas. En el caso del Centro C, al tratarse de un dispositivo diurno, la mayoría de las personas participantes reside con sus familias –aunque algunas, en forma particular, viven en el Centro B–. En los dispositivos A, B y D, se evidenció que desde lo institucional se promueve el fortalecimiento o la reconstrucción de los lazos familiares, siempre que la persona así lo desee: “poder contactarnos con esa familia y generar un vínculo de acercamiento (...); pero siempre se respeta el deseo de la persona” (entrevista semiestructurada 2, voz 2).

Según los resultados correspondientes a la subcategoría de actividades de la vida diaria, en los Centros A y B, donde la mayoría de la población se encuentra en situación de discapacidad severa y con dependencia, se promueve que cada persona realice, en la medida de lo posible, los pasos de las tareas cotidianas que pueda asumir con autonomía e independencia. No obstante, muchas de las actividades requieren asistencia personalizada: “personas que necesitan otro tipo de apoyos y cuidados, más cuerpo a cuerpo, incluso en la higiene, alimentación, en los cuidados más básicos” (entrevista semiestructurada 2, voz 2).

En el Centro C, la población cuenta con mayores niveles de autonomía e independencia: dentro del dispositivo, se organizan para poner y levantar la mesa, lavar los platos y realizar tareas de limpieza básica –como barrer o limpiar la mesa luego de comer–, lo cual fue evidenciado tanto en la observación participante como en entrevistas naturales con educadores. Además, al tratarse de un centro diurno, muchas de las personas participantes llegan o se van cada día, trasladándose de forma autónoma e independiente, caminando o en transporte público (entrevista natural). En tanto, en el Centro D, estas actividades se realizan con el mayor nivel de independencia posible, considerando la gran heterogeneidad de la población residente.

En cuanto a las actividades recreativas, en todos los dispositivos se promueven espacios de expresión, disfrute y tiempo libre. En los Centros A y B, estas se vinculan principalmente con propuestas artísticas y manuales, como cerámica, pintura, música o creación de artesanías, algunas de las cuales forman parte de emprendimientos productivos con venta al público (entrevista semiestructurada 2; entrevista natural con una residente del Centro A); así como se

evidenció en la indagación: “tienen también una tienda de artesanías, que está hecha por ellos, y tienen días para la venta” (entrevista semiestructurada 2, voz 2).

El Centro C ofrece tanto talleres creativos como tiempos de ocio espontáneo, que destinan por ejemplo, para jugar a juegos de mesa entre pares, generando dinámicas recreativas autogestionadas, como se observó durante la participación en campo. Además, realizan campamentos anuales en verano, que combinan lo recreativo y comunitario (entrevistas naturales). En el Centro D, la recreación se da a través de espacios de expresión artística como la pintada colectiva de un mural y el mantenimiento de una huerta, actividades que fomentan el disfrute y la participación en el espacio común (observación participante; entrevistas naturales).

Respecto a las actividades deportivas, en los Centros A y B están enfocadas principalmente en la rehabilitación física, acompañadas por profesionales de fisioterapia (entrevista semiestructurada 2 y entrevistas naturales con personas residentes). En el Centro C, las actividades deportivas se vinculan a la participación en espacios comunitarios: por las mañanas, las personas participantes concurren a un club donde realizan natación (entrevista natural). No se recabó información específica sobre actividades deportivas en el Centro D.

En relación con las actividades comunitarias, en todos los dispositivos se realizan propuestas orientadas al vínculo con el entorno. En los Centros A y B, se realizan salidas al barrio, participación en ferias y venta de productos realizados en los talleres (entrevista natural con persona residente), así como concurrencia a otros espacios comunitarios, educativos o de rehabilitación; “tratan todos de hacer una vida... lo que quieran hacer, y que esté dentro de sus posibilidades” (entrevista semiestructurada 2, voz 2). En el Centro C, los campamentos de verano ya mencionados también tienen una dimensión comunitaria, al igual que las ventas de las producciones del taller protegido (entrevistas naturales). En el Centro D, las actividades comunitarias se concentran en caminatas organizadas por el barrio, en grupos reducidos junto al equipo técnico (entrevistas naturales).

Por último, en cuanto a actividades laborales y educativas, en todos los centros –con excepción del Centro D, donde no se recabó información– existen experiencias puntuales o sistemáticas. En el Centro C, la lógica del dispositivo como taller protegido implica que la actividad principal tiene un componente productivo y formativo: cocina –dulce y salada–, pintura sobre madera y textiles, y creación de objetos decorativos, lo cual fue observado directamente y referido por diversas personas integrantes (observación participante y entrevistas naturales).

En los Centros A y B, aunque la población presenta altos niveles de dependencia, hay

casos de personas que participan en programas como ACCESOS (Apoyo a la Consolidación de Capacidades para la Empleabilidad y la Sostenibilidad)²¹ del MIDES, donde realizan pasantías laborales en modalidad de empleo con apoyo²² (MIDES, 2025). Esta información fue recabada en la entrevista semiestructurada 2 y mediante una conversación natural con una de las residentes del Centro A. Así también, se refirieron a experiencias educativas, donde algunas de las personas residentes concurren al liceo o la UTU²³ (entrevista semiestructurada 2), y otras realizan cursos de inglés (entrevista natural con usuaria). En ambos centros, la venta de producciones también es una instancia que combina lo laboral y lo comunitario.

Tabla 8

Resultados sobre la dimensión de dinámicas y actividades

Código de colores:

Verde: Consolidado –sin necesidad de ajustes–

Amarillo: Intermedio –aspectos a mejorar–

Rojo: Prioritario –requiere intervención–

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Dispositivos			
			Centro A	Centro B	Centro C	Centro D
Dinámicas y actividades	Caracterización y tipo de interacciones según análisis interseccional	Interacciones entre residentes	Verde	Verde	Amarillo	Rojo
		Interacción residentes - equipos técnicos	Verde	Verde	Verde	Verde
		Clima de convivencia	Verde	Verde	Verde	Amarillo

²¹ Apoyo a la Consolidación de Capacidades para la Empleabilidad y la Sostenibilidad (ACCESOS) es un programa del MIDES, que funciona como empleo con apoyo, orientado al desarrollo de prácticas socioeducativas y laborales, en articulación con instituciones públicas y gobiernos departamentales. Su objetivo principal es fortalecer las habilidades necesarias para la inserción y el desempeño en el ámbito laboral.

²² Se le llama empleo con apoyo a la modalidad de inserción laboral que brinda acompañamiento personalizado a personas con discapacidad para facilitar su acceso y adaptación en empleos en el mercado abierto de trabajo (Falco, 2009).

²³ UTU: Universidad del Trabajo del Uruguay. Actualmente forma parte de la Dirección General de Educación Técnico-Profesional (DGETP) dentro de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).

	Tipo de actividades	Actividades de la vida diaria ²⁴				
		Recreativas				
		Deportivas				
		Comunitarias				
		Trabajo/estudio				

Fuente: elaboración propia. Las subcategorías del tipo de actividades fueron desarrolladas con base en AOTA (2020).

Perspectivas interseccionales

En cuanto a los resultados obtenidos sobre la dimensión de perspectivas interseccionales, en relación con la subcategoría sobre mujeres, varones y disidencias, la observación participante se orientó a identificar posibles diferencias en el trato según la identidad de género de las personas residentes, ya sea por parte de las mismas personas residentes, del equipo técnico, o de la organización institucional. En los Centros A, B y C no se evidenciaron diferencias en el trato por razones de género, al menos según lo observado y lo recabado en las entrevistas semiestructuradas 1 y 2, donde se hizo alusión a la importancia de la equidad de género. Un ejemplo de esto son las tareas que realizan las personas participantes del Centro C, donde no hay diferencias de género en la realización de las tareas productivas, ni de cocina, ni de limpieza.

En el caso del Centro D, si bien no se observaron situaciones problemáticas durante la visita, el equipo técnico refirió algunos episodios puntuales de violencia entre residentes (según entrevistas naturales), como ya fue mencionado. En estos casos, se registró que la violencia ejercida fue más grave cuando se dirigió hacia mujeres que hacia varones, lo que permite identificar expresiones de desigualdad de género –y VBG explícitamente–. No obstante, se destaca que tanto el equipo técnico en territorio, así como a nivel institucional, abordan este tipo de situaciones con compromiso, intentando preservar una perspectiva de género

²⁴ Dentro de las actividades de la vida diaria se distinguen las actividades básicas y las instrumentales. Las actividades básicas comprenden acciones como la higiene personal, la alimentación y el vestido, entre otras. Por su parte, las actividades instrumentales incluyen tareas como cocinar, limpiar y movilizarse en la vía pública (AOTA, 2020).

(entrevistas naturales; entrevista semiestructurada 1). Asimismo, se valora positivamente la apertura que se observó en el dispositivo –y aquí no solamente por parte del equipo profesional, sino también por parte de las personas residentes– hacia la diversidad de género, promoviendo un entorno inclusivo en este sentido (evidencia recabada en la observación participante y en entrevistas naturales).

En lo que respecta al reconocimiento de la desigualdad de género, puede afirmarse que todos los dispositivos contemplan esta perspectiva, especialmente desde los niveles de dirección y supervisión institucional (según se evidenció en las entrevistas semiestructuradas 1 y 2). Igualmente, al interior de cada centro se observan particularidades que merecen ser señaladas.

En el Centro A, una usuaria expresó no percibir desigualdades de género en su vida cotidiana dentro del dispositivo (entrevista natural). Aunque no se dispone de mayor información respecto a las percepciones del resto de las personas residentes, no se identificaron elementos que indiquen una percepción explícita de desigualdad.

En el Centro C, entre las personas usuarias no se evidenció un abordaje explícito de la temática. Si bien podrían existir formas de reconocimiento, no se observó una problematización activa ni una lectura desde una perspectiva de género, sino percepciones más tradicionales. Esta impresión se sostuvo tanto en la observación participante como en las entrevistas naturales con las personas usuarias, lo que podría reflejar cierto desconocimiento o distancia respecto a los enfoques de género en esta población de adolescentes y jóvenes.

En el Centro D se evidencia un fuerte compromiso con el respeto y la validación de las diversidades sexuales y de género, tanto por parte del equipo técnico como de las personas residentes. Este reconocimiento de las desigualdades se refleja en la forma en que fue acompañado el proceso de transición de identidad de género de una persona residente: el equipo técnico ha sostenido esta transición de manera profesional y continua, y sus pares lo vivencian con naturalidad y respeto. Esta experiencia pone de manifiesto un entorno institucional y convivencial favorable a la inclusión y al reconocimiento de las diversidades y desigualdades (evidencia en entrevistas naturales y observación participante).

En términos generales, dentro de los dispositivos, no se evidenciaron barreras de percepción significativas por parte de las personas residentes en relación con su discapacidad. Por el contrario, en las observaciones realizadas y a partir de entrevistas naturales, se percibe una autovaloración positiva, así como una sensación de posibilidad y agencia, en términos generales. Esta percepción se vincula también con un buen nivel de autoestima y

autopercepción (evidencia de entrevistas naturales y observación participante). Cabe aclarar, como fue mencionado en un principio, que estas apreciaciones se basan en una mirada parcial.

En contraste a lo que sucede en general dentro de los establecimientos, cuando se hace referencia al entorno por fuera de los dispositivos, sí aparecen con mayor claridad diferentes tipos de barreras. Estas son, en muchos casos, de carácter social o simbólico, como fue expresado por parte de responsables de los mismos en la indagación: “creo que las barreras, más que nada, son más del entorno y simbólicas” (entrevista semiestructurada 2, voz 1); “sí, de acuerdo con [voz 1], las barreras son más que nada lo social, en esto de la discriminación” (entrevista semiestructurada 2, voz 2).

Todos estos hallazgos sobre la dimensión de las perspectivas interseccionales, se pueden visualizar en la tabla n°9 aquí presentada:

Tabla 9

Resultados sobre la dimensión de perspectivas interseccionales

Código de colores:

Verde: Consolidado –sin necesidad de ajustes–

Amarillo: Intermedio –aspectos a mejorar–

Rojo: Prioritario –requiere intervención–

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Dispositivos			
			Centro A	Centro B	Centro C	Centro D
Perspectivas interseccionales	Género / desigualdad de género	Mujeres, varones y disidencias	Verde	Verde	Verde	Rojo
		Reconocimiento de la desigualdad	Verde	Verde	Amarillo	Verde
	Discapacidad	Barreras de percepción	Verde	Verde	Verde	Verde

Fuente: elaboración propia

Necesidades prácticas y estratégicas

La dimensión de las necesidades de género (Moser, 1993) se organizó en dos categorías principales: necesidades prácticas y necesidades estratégicas de género, considerando las definiciones planteadas por Moser (1993). A continuación se describen los principales hallazgos del trabajo de campo en torno a estas dimensiones, según las categorías y subcategorías trabajadas. Asimismo, se plasman los resultados en la siguiente tabla –nº10–.

En cuanto al cuidado personal, la higiene y el acceso a recursos materiales, se observa un abordaje adecuado en todos los dispositivos relevados. Se registraron prácticas que dan cuenta de un acceso digno y equitativo a estos aspectos, tanto a nivel institucional como cotidiano, lo cual fue posible constatar en las entrevistas semiestructuradas (1 y 2), entrevistas naturales y observación participante. Por ejemplo, en el Centro D, una persona residente atravesó un proceso de transición de identidad de género durante su estadía, y en el marco de este proceso actualmente accede a tratamientos como la depilación definitiva, lo que representa una acción concreta vinculada al cuidado, al acceso a recursos y al respeto por su identidad. Por otro lado, en el Centro A se observó que todas las personas usuarias de sillas de ruedas cuentan con dispositivos motorizados, lo que representa un acceso significativo a recursos materiales que favorecen su independencia.

Respecto a la disponibilidad de espacios seguros, se identificó un posicionamiento institucional que busca garantizar entornos protegidos y libres de violencia en los cuatro dispositivos. Esta perspectiva se expresa de forma clara en los discursos del nivel de coordinación, supervisión y en los equipos técnicos (entrevistas semiestructuradas 1 y 2; entrevistas naturales). Sin embargo, en el caso del Centro D, si bien el equipo técnico trabaja activamente para sostener estas condiciones, se presentaron situaciones conflictivas entre residentes que obligaron a realizar ajustes y a mantener una vigilancia constante sobre las dinámicas internas (entrevista natural). Estas situaciones evidencian la necesidad de seguir trabajando sobre las condiciones del entorno para asegurar que el espacio institucional sea efectivamente seguro para todas las personas, especialmente ante situaciones VBG.

En relación al acceso igualitario a la toma de decisiones, los discursos institucionales expresan una fuerte intención de fomentar la participación equitativa de todas las personas residentes. Esta perspectiva fue especialmente destacada por integrantes de la dirección, supervisión y equipos técnicos en territorio (entrevistas semiestructuradas 1 y 2; entrevistas naturales). Asimismo, en el Centro C se observó una distribución equitativa de las tareas cotidianas entre todas las personas residentes, lo cual podría reflejar prácticas participativas (observación participante). No obstante, debido a que las observaciones se realizaron en

jornadas puntuales y no fue posible presenciar situaciones directas de toma de decisiones, no se puede afirmar con certeza cómo se da esta participación en la práctica cotidiana.

En cuanto al reconocimiento de identidades de género, se observa un posicionamiento afirmativo desde los niveles institucionales, lo que se traduce en un respaldo explícito a la diversidad y al derecho a la identidad por parte de dirección y supervisión (entrevistas semiestructuradas 1 y 2). En el Centro D, este reconocimiento se ve también reflejado en la vida cotidiana del dispositivo, tanto por parte del equipo como de las personas residentes, tal como fue desarrollado en apartados anteriores.

En los centros A y B, no se registraron situaciones que evidencien rechazo o desconocimiento, aunque tampoco se pudo constatar de forma directa cómo se expresa este reconocimiento en el día a día. En el caso del Centro C, si bien no se identificaron situaciones explícitas de discriminación o rechazo, tampoco fue posible observar en profundidad cómo se manifiestan las dinámicas interpersonales en relación con la diversidad de género y sexualidad entre adolescentes y jóvenes. No obstante, se considera que este aspecto merece especial atención en este último dispositivo, dada la etapa vital de quienes lo habitan, caracterizada por la construcción de la identidad y la exploración de vínculos afectivos. Contar con espacios de reflexión y herramientas adecuadas podría fortalecer sus habilidades vinculares, acompañar sus procesos identitarios y prevenir prácticas discriminatorias o excluyentes, favoreciendo así una convivencia más equitativa e inclusiva.

Respecto al empoderamiento, se identificaron acciones dirigidas especialmente a las mujeres residentes, con el fin de fortalecer su autonomía y su rol activo en la construcción de sus proyectos de vida. En los Centros A y B, por ejemplo, algunas mujeres accedieron a experiencias laborales en el marco de programas de empleo con apoyo, como el programa ACCESOS, ya mencionado, lo que generó impactos positivos en su autoestima y sentido de capacidad. Además, desde los equipos institucionales se trabaja para reconocer las desigualdades estructurales que afectan a las mujeres y se promueve activamente su empoderamiento (entrevistas semiestructuradas 1 y 2; entrevistas naturales). En el Centro D, el trabajo se refleja, entre otras cosas, en la problematización de modelos relacionales dependientes; se evidenció que muchas mujeres residentes, idealizan su salida del centro –ya que este es de modalidad transitoria– en función de encontrar una pareja por fuera del dispositivo –un varón que las salve–, promoviendo una reflexión crítica.

Finalmente, en lo que respecta al cuestionamiento de roles tradicionales de género, se identificaron prácticas que tienden a desnaturalizar la asignación estereotipada de tareas o responsabilidades. En el Centro C, por ejemplo, se observó que todas las personas participantes,

independientemente de su género, realizan las mismas tareas domésticas y actividades de productividad (entrevistas naturales y observación), lo cual permite visibilizar un abordaje intencional hacia la equidad. Además, las experiencias de inserción laboral mencionadas anteriormente, al permitir el acceso de mujeres a espacios históricamente masculinizados, también contribuyen a disputar estos roles tradicionales (entrevista semiestructurada 2; entrevistas naturales en Centro A).

Por otro lado, cabe mencionar los estereotipos de género, directamente vinculados con los roles tradicionales asignados socialmente a mujeres, varones y disidencias. En este sentido, se evidenció que, en el Centro D, persisten estereotipos de género profundamente arraigados entre muchas de las personas residentes, los cuales inciden tanto en su autopercepción como en la forma en que se vinculan con otras personas (información recabada en entrevista natural con el equipo técnico).

De forma complementaria, también se identificaron expectativas condicionadas por estereotipos de género y modelos tradicionales de amor romántico. Algunas mujeres residentes manifestaron idealizar su salida del centro –mencionado anteriormente– en función de encontrar una pareja por fuera del hogar, lo cual reproduce esquemas de dependencia afectiva centrados en la figura del varón como salvador. Este tipo de representaciones sociales perpetúan roles de género desiguales y consolidan visiones de las relaciones románticas atravesadas por dinámicas negativas –de desigualdad, dependencia y control–.

En síntesis, los resultados permiten identificar buenas prácticas en relación con el abordaje de las necesidades de género en los dispositivos analizados, tanto en términos de condiciones materiales como simbólicas. No obstante, se evidencian desafíos pendientes, especialmente en lo que respecta a la necesidad de profundizar el trabajo cotidiano con perspectiva de género en las dinámicas relacionales entre las personas residentes. Asimismo, pueden reconocerse ciertos facilitadores clave para este proceso, como la perspectiva institucional y el compromiso de los equipos en territorio, que actúan como motores para la transformación de los roles de género y la mejora de la calidad de vida de las personas que habitan estos espacios.

Tabla 10

Resultados sobre la dimensión de necesidades de género –en base a Moser (1993)–

Código de colores:

Verde: Consolidado –sin necesidad de ajustes–

Amarillo: Intermedio –aspectos a mejorar–

Rojo: Prioritario –requiere intervención–

Dimensión	Categoría	Subcategoría	Dispositivos			
			Centro A	Centro B	Centro C	Centro D
Necesidades –de género–	Prácticas	Cuidado personal	Verde	Verde	Verde	Verde
		Higiene	Verde	Verde	Verde	Verde
		Acceso a recursos materiales	Verde	Verde	Verde	Verde
		Espacios seguros	Verde	Verde	Verde	Amarillo
	Estratégicas	Acceso igualitario a la toma de decisiones	Verde	Verde	Verde	Verde
		Reconocimiento de identidades de género	Verde	Verde	Amarillo	Verde
		Empoderamiento	Verde	Verde	Verde	Amarillo
		Cuestionamiento de roles tradicionales	Verde	Verde	Verde	Amarillo

Fuente: elaboración propia con base en Moser (1993)

Además de las dimensiones sistematizadas en las tablas presentadas, durante el trabajo de campo se buscó identificar cómo las prácticas cotidianas de los centros se vinculan con políticas institucionales orientadas a la igualdad de género y la inclusión, así como el grado de apropiación de estas orientaciones por parte de los equipos técnicos y de las personas residentes. En este sentido, se observa que en todos los dispositivos existe una perspectiva institucional que reconoce la importancia del enfoque de género, presente tanto en las directrices generales como en los equipos en territorio. Esto se evidencia en la incorporación de prácticas respetuosas de la diversidad, en la promoción de actividades inclusivas y en la intención manifiesta de no reproducir estereotipos de género.

Sin embargo, el grado de apropiación de estas políticas en la práctica cotidiana varía según el dispositivo y depende, en gran medida, de las dinámicas internas, los procesos de formación de los equipos, y las características de la población residente. Si bien no se observaron prácticas que refuercen explícitamente estereotipos de género, en algunos contextos aún existen desafíos en cuanto a la transversalización plena del enfoque de género en las relaciones cotidianas.

Asimismo, se identificaron algunas tensiones vinculadas a desigualdades de género dentro de la convivencia, que si bien son puntuales, alertan sobre la necesidad de continuar fortaleciendo espacios de sensibilización, formación y reflexión con personas residentes. En paralelo, se destaca la existencia de acciones institucionales valiosas –particularmente en situaciones donde se acompañaron procesos identitarios, se desnaturalizan los mandatos tradicionales de género a través de las prácticas cotidianas o se promovieron formas de empoderamiento real– que pueden contribuir a seguir construyendo una convivencia más justa e inclusiva en el cruce entre género y discapacidad.

Género, capacitismo e interseccionalidad

Desde la dimensión de género, el diagnóstico revela cómo los estereotipos y roles tradicionales siguen operando como marcos de referencia centrales, condicionando tanto las formas de vinculación como las posibilidades de agencia subjetiva, como fue descrito en el caso del Centro D (entrevistas naturales). En este sentido, el enfoque de necesidades prácticas e intereses estratégicos de género, propuesto por Moser (1993), resulta clave para interpretar estas situaciones: mientras que algunas demandas –como la mejora en la convivencia– pueden leerse como necesidades prácticas, otras –como el deseo de establecer vínculos libres de violencia– se vinculan con transformaciones más profundas en las relaciones de poder, como es el caso de las relaciones de pareja, sobre todo aquellas que implican desigualdad y dependencia –pensando como ejemplo en la situación en la que algunas mujeres tienen el anhelo de formar un vínculo de pareja que facilite su salida del hogar (entrevista natural)–. Reconocer esta distinción es esencial para orientar una intervención que favorezca la resolución de las demandas inmediatas, habilitando procesos de transformación que puedan prolongarse en el tiempo.

En relación con la dimensión de capacitismo (Toboso, 2017), hay que tener en cuenta, como fue explicado, que en la sociedad se evidencian barreras –tanto físicas como simbólicas– que dificultan el ejercicio pleno de derechos por parte de las personas con discapacidad psicosocial, que no solo pueden restringir la movilidad o la participación en las actividades

cotidianas, sino que también reproducen representaciones estigmatizantes (Basaglia, 1972). A partir de los aportes de Hartmann (1998), resulta posible entender cómo ciertas políticas institucionales, aún con buenas intenciones, pueden reforzar dinámicas excluyentes si no incorporan una mirada crítica y transversal de género y discapacidad (CIDH, 2017). Considerando esto y a partir del trabajo de campo, es posible afirmar que la institución sostiene una perspectiva anticapacitista, claramente visible durante la observación participante, lo cual representa un aporte significativo y altamente valorado –ver tabla 7 con los resultados del trabajo de campo sobre la infraestructura–.

Por otro lado, la dimensión interseccional (Collins, et al., 2021; Crenshaw, 2002) permite complejizar aún más el análisis, considerando que las desigualdades no se presentan de manera aislada, sino entrecruzadas: la experiencia de una mujer con discapacidad psicosocial joven no es la misma que la de una mujer mayor, o la de una persona disidente que ha atravesado situaciones de institucionalización prolongada. Este enfoque invita a pensar intervenciones más sensibles al contexto, a la trayectoria de vida y a los múltiples factores de vulnerabilidad presentes.

Conclusiones del diagnóstico

A continuación se sistematizan y analizan los principales hallazgos obtenidos a partir del trabajo de campo realizado. A través de entrevistas y observación participante, se recolectó información relevante que permitió identificar aspectos vinculados a las dinámicas de género, discapacidad y convivencia, así como también la forma en que estos dispositivos abordan –o no– la transversalización de la perspectiva de género en sus prácticas cotidianas.

Estas conclusiones no solo resumen el diagnóstico, sino que además sirven como fundamento para la selección de los dispositivos donde se considera pertinente implementar una propuesta de intervención con enfoque de género. La reflexión se orienta a establecer criterios de pertinencia, necesidad y viabilidad para dicha intervención, reconociendo que, si bien el enfoque de género es transversal y enriquecedor en cualquier contexto, su aplicación debe adecuarse a las condiciones y características específicas de cada espacio.

En términos generales, los dispositivos observados presentan un adecuado funcionamiento institucional y una estructura organizativa que permite el acompañamiento cotidiano de personas en situación de discapacidad. Se identifican buenas prácticas en lo vinculado a la promoción de la autonomía, la independencia, el cuidado y el desarrollo de actividades significativas. No obstante, el análisis detallado de cada dispositivo permitió observar que, más allá de un funcionamiento globalmente positivo, existen cuestiones

específicas que evidencian la necesidad –y en algunos casos, la importancia prioritaria– de trabajar de forma más explícita y situada la perspectiva de género.

En todos los dispositivos, la inclusión de un enfoque de género sería potencialmente enriquecedora; sin embargo, no en todos los casos se considera pertinente para una intervención concreta como la que aquí se propone. La transversalización de género requiere ciertas condiciones mínimas, tales como el nivel de autonomía, que permitan participar internalizando y reflexionando colectivamente sobre las desigualdades de género, sus efectos y posibles transformaciones.

A partir de la comparación entre los dispositivos y de acuerdo con los criterios de análisis establecidos, se definió el nivel de pertinencia y prioridad del enfoque de género para cada uno, destacando aquellos espacios donde dicha intervención puede generar un impacto significativo en términos de convivencia, vínculos, derechos y calidad de vida.

Con respecto a los criterios utilizados para analizar la pertinencia del enfoque de género en cada uno de los dispositivos observados, se tomaron en cuenta diversos aspectos que surgieron tanto del marco teórico como de la experiencia en el trabajo de campo. El objetivo no fue aplicar un modelo uniforme, sino identificar en qué contextos este enfoque podía resultar más relevante, viable y transformador, en función de las características específicas de cada espacio.

Además de considerar cierta autonomía por parte de las personas participantes, se prestó atención al rango etario, dado que ciertas edades, particularmente la adolescencia y la juventud, suelen estar marcadas por procesos de construcción de identidad, afectividad y vínculos que hacen especialmente relevante la incorporación de contenidos relacionados con la ESI, por ejemplo, las relaciones saludables y los derechos.

Otro criterio central fue el análisis de las dinámicas de convivencia y relacionamiento. En algunos dispositivos se observaron tensiones o conflictos recurrentes vinculados a relaciones afectivas, malos tratos o dificultades para establecer vínculos respetuosos. Además, se consideraron los episodios previamente mencionados de VBG, lo que refuerza la necesidad prioritaria de implementar un abordaje desde la perspectiva de género para favorecer climas de convivencia más saludables, seguros y equitativos.

También se consideró fundamental la necesidad de promover procesos de empoderamiento de las mujeres residentes, así como de cuestionar y problematizar los roles de género tradicionales y los estereotipos de género que suelen naturalizarse en estos espacios. Este trabajo resulta clave para fomentar relaciones más igualitarias y contribuir a la transformación cultural dentro de los dispositivos.

En conjunto, estos criterios permitieron establecer diferencias significativas entre los distintos dispositivos, y sirvieron como base para fundamentar la selección de aquellos en los que una propuesta de intervención con enfoque de género aparece no solo como deseable, sino como necesaria y con alto potencial transformador.

El análisis comparativo entre los distintos dispositivos visitados permitió establecer criterios claros para determinar la pertinencia de una intervención con enfoque de género. A partir de los hallazgos del trabajo de campo, se concluyó que el Centro D representa el contexto donde resulta más relevante incorporar esta perspectiva. Aquí existe una diversidad en la población residente en términos etarios, de género y discapacidad. Se han generado dinámicas complejas de convivencia, en las que se han identificado tensiones significativas y episodios de VBG. Estas situaciones evidencian la necesidad de generar espacios seguros, donde se fomente el respeto mutuo, los buenos tratos y una conciencia crítica respecto a las relaciones de poder.

Asimismo, se destaca la importancia de promover el empoderamiento de las mujeres residentes, así como el cuestionamiento de los roles tradicionales y los estereotipos de género que se reproducen cotidianamente. La intervención en este dispositivo se considera altamente prioritaria, ya que puede impactar de manera directa y positiva en las relaciones interpersonales, en la calidad de vida de las personas y en la dinámica institucional general.

En el caso del Centro C, si bien no se identifica una necesidad tan apremiante, se considera que la propuesta sería altamente pertinente y enriquecedora. La población está compuesta principalmente por adolescentes y jóvenes que atraviesan procesos vitales caracterizados por la exploración afectiva, el establecimiento de vínculos y la construcción de identidad. Se han observado conflictos afectivos y situaciones vinculadas a relaciones de pareja que ponen en evidencia la necesidad de trabajar contenidos relacionados con la ESI, especialmente en función del momento vital que atraviesan las personas residentes.

Además, el centro se enfoca en actividades orientadas a la promoción de la autonomía, lo cual habilita un marco propicio para el desarrollo de instancias reflexivas y participativas en torno al género. Un enfoque desde la mirada de la terapia ocupacional también será enriquecedora para el dispositivo, ya que se implementa aquí un abordaje de taller protegido, centrado en la independencia y el fortalecimiento de habilidades laborales, sociales y personales, se complementa de manera natural con el enfoque de género, potenciando su alcance e impacto. Por todo esto, se valora la intervención como muy oportuna.

En contraste, los Centros A y B no fueron seleccionados para esta propuesta de intervención. Aunque se reconoce que el enfoque de género siempre resulta valioso y

enriquecedor, en estos casos no se identificaron elementos que justificaran una necesidad específica para un abordaje grupal o una urgencia en relación con las temáticas abordadas. Esta decisión no implica una exclusión de la perspectiva de género, sino una selección estratégica basada en la adecuación del enfoque propuesto a las condiciones reales de cada dispositivo, priorizando aquellos contextos donde el trabajo pueda generar un impacto más significativo, sostenible y pertinente.

La información recabada, el diagnóstico desarrollado y sus conclusiones, en esta sección, constituyen la base contextual y argumentativa sobre la cual se sustenta la planificación de la propuesta de intervención, detallada en la sección más adelante.

Actores intervinientes

En relación con las personas involucradas en este proceso, resulta fundamental identificarlas de manera precisa, ya sea como destinatarias directas de la intervención, agentes clave en la implementación, u ocupando otros roles relevantes. Esta identificación no se limita a su posición institucional o técnica, sino que también considera su implicancia subjetiva, política y situada en la vida cotidiana de los dispositivos.

En primer lugar, el grupo de participantes conformado por las personas usuarias y residentes, es de aproximadamente 25 personas en Centro C –siendo un poco más de la mitad mujeres que varones–, en edades entre los 20 y 30 años en su mayoría; y aproximadamente 30 personas en el caso de Centro D –siendo alrededor de 25 mujeres, incluyendo una mujer trans, y 5 varones–, entre los 17 y 72 años, lo que demuestra una gran heterogeneidad etaria. En ambos dispositivos, todas las personas se encuentran en situación de discapacidad psicosocial²⁵ y son quienes constituyen el núcleo de sentido de la intervención. Desde un enfoque de derechos (CIDH, 2017) y una metodología participativa, su rol no se limita al de receptoras de acciones, sino que se conciben como sujetas activas, productoras de saberes y propuestas. Han participado en actividades diagnósticas mediante observación participativa y espacios de diálogo, y se prevé que continúen siendo protagonistas en la planificación y evaluación de la estrategia.

²⁵ En el diseño de la propuesta se tuvo en cuenta las características específicas de la población participante en cada uno de los dispositivos, la cual incluye personas con discapacidad psicosocial, discapacidad intelectual, síndrome de down, autismo y, en algunos casos, condiciones múltiples (entrevistas semiestructuradas 1 y 2). Si bien el eje principal de la propuesta se enmarca en la discapacidad psicosocial, se reconoce que en la práctica cotidiana de estos espacios conviven diversas formas de discapacidad, y que dicha diversidad incide directamente en las dinámicas grupales, las necesidades de accesibilidad y las posibilidades de participación.

En segundo lugar, el grupo de participantes conformado por los equipos técnicos de los dispositivos. Ambos establecimientos involucrados en esta propuesta –Centro C y Centro D– cuentan con configuraciones institucionales diferenciadas, tanto en cantidad como en perfiles profesionales. En el caso de Centro C, el dispositivo se orienta al acompañamiento de personas jóvenes en situación de discapacidad psicosocial, priorizando dinámicas comunitarias y de participación horizontal. Se trata de un equipo técnico de perfil socioeducativo, con fuerte énfasis en el vínculo cotidiano, la producción de espacios colectivos y el acompañamiento en clave comunitaria. Está conformado por tres personas en el rol de educadoras, con funciones de acompañamiento cotidiano, organización, facilitación de espacios grupales y contención en situaciones emergentes, su intervención tiene un fuerte componente vincular; y cuatro talleristas, personas encargadas del diseño y la implementación de actividades de arte y cocina, quienes cumplen un rol relevante en la producción de espacios colectivos en modalidad de taller protegido que identifica a este dispositivo.

En el caso de Centro D, la institución se organiza con un enfoque más clínico-terapéutico y cuenta con una estructura técnica de profesionales en las áreas bio-psico-sociales. El equipo está integrado por profesionales de psicología, trabajo social, terapia ocupacional, nutrición y enfermería. Respecto a psicología, trabajo social y terapia ocupacional, se trata de los profesionales que integran el equipo técnico, responsables del seguimiento personalizado de las personas residentes del hogar. A cada residente se le asignan dos referentes, pertenecientes a este grupo de profesionales, quienes se encargan específicamente de su acompañamiento y son responsables de su seguimiento integral y de todas las cuestiones que puedan surgir. Este equipo se reúne semanalmente para poner en común e intercambiar sobre los casos que cada dupla de referentes acompaña, pensar estrategias en conjunto y buscar soluciones colectivas.

Aunque todas estas personas cumplen un rol en común de acompañamiento en el día a día, resolución de problemas, seguimiento, etc., desde cada disciplina también cuentan con su enfoque más específico. Concretamente, el equipo cuenta con tres profesionales de psicología, una persona responsable de la coordinación del equipo técnico y dos –incluyendo una de ellas con formación en género– responsables del acompañamiento subjetivo de las personas residentes, intervenciones en crisis y participación en espacios grupales. En cuanto a profesionales de trabajo social, cuentan con dos profesionales, encargadas de la gestión de recursos, articulación institucional y acompañamiento en situaciones sociales complejas. En lo que respecta a terapia ocupacional, hay una profesional con un rol central en la construcción

de rutinas, promoción de independencia y autonomía y creación de actividades significativas orientadas a la vida cotidiana.

En el caso de nutrición y enfermería, no forman parte del equipo que atiende el seguimiento técnico de las personas residentes, como sí lo hacen el resto de los profesionales mencionados. La especialista en nutrición, está encargada de acompañar y guiar el proceso de alimentación, trabajando en comunicación con el personal de cocina. En el caso de enfermería, hay funcionarias con turnos rotativos en el día y la noche, conviviendo en el establecimiento, con funciones clave en el monitoreo de la salud física y mental y administración de medicación, siendo su rol un pilar para la institución.

En total, se identifican aproximadamente siete personas en Centro C y seis –sin contar al personal de enfermería– en Centro D, conformando los equipos técnicos, con distintas trayectorias, tiempos de inserción y grados de formación en enfoques de género y discapacidad. Sus prácticas y posicionamientos son determinantes para la sostenibilidad del proceso de intervención. La diferencia entre cada dispositivo así como la diversidad de miradas dentro de cada equipo, responde a las necesidades específicas de cada dispositivo. A su vez, la complementariedad entre los equipos y su implicancia en la propuesta son aspectos clave a considerar para garantizar la sostenibilidad del proceso y su adecuación a los principios de horizontalidad, participación y transformación institucional.

En tercer lugar, el grupo de personas que integran las figuras de dirección y supervisión de la división Alojamiento con Apoyos dentro del MIDES, quienes cumplen un papel relevante en tanto sus roles son clave para el acceso, validación y contextualización de la información. Su involucramiento fue fundamental desde el comienzo de esta propuesta, así como en la etapa de diseño metodológico, particularmente en la definición de criterios de selección de unidades de análisis y en la delimitación de los marcos operativos que estructuran el funcionamiento del programa. Además, su conocimiento estratégico permitió afinar los instrumentos de recolección de datos, asegurando su pertinencia y adecuación al contexto institucional.

Desde una perspectiva metodológica, el MIDES, como estructura institucional, cumple un rol habilitante y de resguardo para el desarrollo de esta tesis. No es menor el hecho de haber podido elaborar esta propuesta dentro de un marco de referencia reconocido a nivel nacional. En este sentido, el MIDES constituye la base del contexto estructural de la intervención aquí planteada: su apertura, disposición y habilitación institucional fueron condiciones necesarias para garantizar la viabilidad, coherencia y anclaje del enfoque propuesto.

Propuesta de intervención

La presente propuesta de intervención se inscribe en el marco del trabajo en dispositivos de Alojamiento con Apoyos, y parte de la necesidad de promover espacios de reflexión colectiva que aborden la construcción de los vínculos, las desigualdades de género y los estereotipos que atraviesan la vida cotidiana en contextos institucionales. El diseño de esta intervención responde tanto a fundamentos teóricos como a las demandas surgidas en el trabajo de campo, y propone una serie de talleres participativos dirigidos a personas residentes, con el acompañamiento de los equipos técnicos de cada dispositivo seleccionado para esta intervención –piloto–: C y D.

Esta sección se divide y organiza en: bloques temáticos y abordajes, actores intervinientes, intervención, y requerimientos de implementación, cronograma y cierre. Se desarrollan aquí los fundamentos conceptuales y metodológicos que sustentan la propuesta, se presentan los bloques temáticos y abordajes a implementar, así como la descripción detallada de cada una de las instancias de taller. Además, se establecen los requerimientos para la intervención, contemplando aspectos humanos, materiales e institucionales indispensables para su viabilidad y sostenibilidad en el tiempo. Asimismo, se presenta un cronograma tentativo que organiza el proceso en cinco fases –inicio, preparación de materiales, implementación, evaluación y sistematización–, permitiendo una planificación clara y ordenada.

La propuesta de intervención que se plantea adquiere relevancia por múltiples razones, tanto en términos sociales como institucionales. En primer lugar, responde a una necesidad concreta identificada en el trabajo de campo: la falta de abordajes sistemáticos y específicos en torno a las cuestiones de género en dispositivos de atención a personas con discapacidad psicosocial. Esta ausencia no solo limita el pleno ejercicio de derechos de quienes habitan estos espacios, sino que también puede reproducir y perpetuar desigualdades estructurales, estereotipos y vínculos marcados por relaciones de poder desiguales.

Incorporar la perspectiva de género en contextos de salud mental y discapacidad implica avanzar hacia un modelo más integral, respetuoso y equitativo de atención, que reconozca a las personas como sujetos de derechos, con capacidad para reflexionar críticamente sobre su realidad, construir autonomía y participar activamente en sus comunidades. Al mismo tiempo, permite visibilizar situaciones de violencia, discriminación o exclusión que muchas veces permanecen naturalizadas en los vínculos cotidianos. En este sentido, la terapia ocupacional ofrece un marco especialmente adecuado para este tipo de intervención, ya que

favorece la construcción de prácticas significativas que articulan lo individual, lo grupal y lo institucional, así como la perspectiva interseccional, el género y la discapacidad.

En el marco de las temáticas y talleres aquí propuestos, la ESI orienta la selección de contenidos, actividades y dinámicas grupales, como juegos sobre vínculos saludables, la elaboración colectiva de manuales del buen trato o la exploración del consentimiento a través de la expresión, juegos simbólicos y narrativos. Estas herramientas no sólo fomentan el respeto y la empatía, sino que habilitan el reconocimiento del deseo, los límites, la autonomía corporal y la afectividad como derechos.

La presente propuesta busca abordar de manera articulada las múltiples formas de discriminación que enfrentan las mujeres y disidencias con discapacidad psicosocial, reconociendo que estas no operan de forma aislada, sino que se entrecruzan y profundizan mutuamente. Por ello, se propone una intervención que contemple tanto los impactos del capacitismo como los de las desigualdades de género, incorporando espacios de reflexión colectiva, producción simbólica y fortalecimiento del rol social, en clave interseccional.

En este sentido, cada uno de los talleres está específicamente dirigido a personas con discapacidad psicosocial, y propone trabajar sobre diversas temáticas vinculadas al género. De esta forma, la propuesta se posiciona deliberadamente en la intersección entre género y discapacidad, entendiendo que ambas dimensiones conforman la experiencia concreta de quienes participan, y que es necesario abordarlas de forma conjunta para favorecer procesos de empoderamiento, reconocimiento y transformación

La intervención propuesta busca abrir espacios de reflexión colectiva, promover el empoderamiento, cuestionar los roles y mandatos tradicionales de género, y fortalecer vínculos basados en el respeto, el cuidado y la reciprocidad. La relevancia de esta propuesta también radica en su carácter situado, es decir, construida a partir de un diagnóstico específico y adaptada a las características y posibilidades reales de los centros seleccionados.

Más allá de una intervención puntual, la propuesta busca abrir procesos más amplios de transformación institucional, que habiliten nuevas formas de habitar los vínculos, de pensar(se) colectivamente y de construir comunidades más igualitarias y sensibles. Se trata de una apuesta por una intervención situada, que combine teoría crítica con escucha afectiva, y que se proyecte como una experiencia replicable y adaptable a otros contextos desde una lógica de cuidado, inclusión y perspectiva de género.

En este sentido, la articulación entre la indagación de las entrevistas semiestructuradas, el trabajo de campo en modalidad de observación participante y las entrevistas naturales, permitió construir una comprensión situada y crítica de los escenarios institucionales,

reconociendo a la vez las limitaciones y los potenciales existentes en cada contexto. La planificación de la intervención –descrita a continuación– se sustenta entonces no solo en una lectura técnica de las necesidades, sino en una interpretación política y ética de los hallazgos, orientada a fomentar procesos de transformación desde una lógica participativa, feminista y de DDHH.

Se considera que este tipo de intervención puede tener un efecto multiplicador, en tanto aporte herramientas y experiencias que luego puedan ser replicadas o adaptadas a otros dispositivos similares, contribuyendo así al fortalecimiento de una política institucional que integre la transversalización del enfoque de género como parte de su quehacer cotidiano.

Por último, vale la pena aclarar, como ya se mencionó, que la estancia de la población en ambos dispositivos, en general, se extiende de forma indefinida. A pesar de que uno de ellos responde a una modalidad transitoria y el otro funciona como un centro con actividades diurnas, las personas tienden a permanecer en ellos por períodos prolongados. Esta información resulta relevante ya que puede incidir en los enfoques y abordajes. Asimismo, es importante señalar que, para el diseño de cada propuesta, se consideraron las particularidades de cada contexto, incluyendo aspectos como las diferencias generacionales. Las edades de la población que habita en cada uno de los dispositivos, constituyen un factor clave que incide directamente en la selección de las temáticas abordadas, por lo que fueron especialmente tenidas en cuenta al momento de planificar las intervenciones.

Bloques temáticos y abordajes

Dado que el Centro C y el Centro D presentan características institucionales y poblacionales significativamente diferentes, resulta necesario diseñar propuestas de intervención diferenciadas y adaptadas a cada contexto. Mientras el Centro C funciona como un espacio diurno orientado a jóvenes con discapacidad psicosocial leve y un foco en la independencia y actividades laborales, el Centro D opera como un hogar 24 horas que alberga a una población heterogénea en términos de edad, género y nivel de discapacidad, con dinámicas de convivencia más complejas.

Estas diferencias hacen que las necesidades y prioridades en cada dispositivo sean particulares, incluyendo aquellas necesidades vinculadas al género. Los resultados del análisis sobre las interacciones, la convivencia, las desigualdades, el reconocimiento de estas, la VBG y los cuestionamientos respecto a roles y estereotipos de género, evidencian que cada centro

requiere un abordaje específico. Por ello, la intervención debe responder con estrategias y contenidos adaptados que garanticen pertinencia y efectividad en cada caso.

A partir del análisis presentado, diferenciado de cada centro, atendiendo a sus características institucionales, dinámicas internas y particularidades poblacionales, se proponen temáticas específicas a abordar en cada dispositivo, en función de las necesidades detectadas y en coherencia con los enfoques teóricos que orientan la intervención. Se identifican a continuación algunas características de cada establecimiento en particular, y se definen los temas a abordar para la intervención en cada uno de los dispositivos:

En el Centro D, gracias al trabajo de campo, en particular, a las entrevistas naturales y la observación participante, se evidenció una carencia de información sobre género, desigualdad, opresión, roles y estereotipos arraigados, lo que ha generado complicaciones en la convivencia entre los residentes y dificultades individuales para construir una identidad de género sólida y reflexiva.

Algunos de los hallazgos subrayan la necesidad de trabajar de manera más intencionada en la identificación y reflexión sobre estereotipos de género, dado que inciden tanto en la autopercepción como en las formas de relacionamiento con otras personas. Otros, evidencian la necesidad prioritaria de trabajar sobre VBG, prevención y recursos, además del respeto, la igualdad y la comunicación.

Todo esto, fue detallado anteriormente en los resultados de las dimensiones de dinámicas y actividades, perspectivas interseccionales, y necesidades de género –en la descripción de las tablas 8, 9 y 10–; más específicamente en los hallazgos de evidencia de VBG, del clima de convivencia y espacios seguros, de las interacciones entre residentes, de cuestionamientos de roles tradicionales de género y de empoderamiento. Así, se refuerzan dinámicas de género problemáticas, por lo cual, estas temáticas se consideran aspectos claves a abordar, fomentando procesos de transversalización de la perspectiva de género dentro del hogar. En respuesta a este diagnóstico, se propone para este dispositivo, abordar diferentes temas, ilustrados en la tabla 11:

Tabla 11

Bloques conceptuales y líneas temáticas a abordar en Centro D

Bloque temático	Línea temática	Abordaje
-----------------	----------------	----------

Estereotipos de género	Estereotipos de género	Trabajar en la identificación y cuestionamiento de los estereotipos presentes en la población, promoviendo la reflexión sobre cómo estos afectan la autopercepción y la percepción de otras personas.
	Fantasías basadas en proyecciones de un futuro ideal gracias a un varón ‘que venga a salvarlas’	Trabajar en la autonomía personal y la importancia de relaciones interpersonales basadas en la igualdad y el respeto mutuo, desmitificando la idea de la ‘salvación’ a través de una pareja masculina.
Afectividad	Vínculos y relaciones sanas	Explorar las características de relaciones interpersonales basadas en el respeto, la igualdad y la comunicación efectiva, contrastando con modelos violentos.
	Ideales de relaciones ‘románticas’	Analizar las representaciones sociales de las relaciones románticas, identificando elementos machistas y tóxicos, y promover una visión más saludable y equitativa del amor y la pareja.
Estereotipos de género y afectividad	Abusos y violencias	Brindar información sobre los diferentes tipos de VBG, estrategias de prevención y recursos de apoyo disponibles.

Fuente: Elaboración propia en base a ESI (Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2008; Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2014), Centro de Referencia (2021) y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020).

Por otro lado, en Centro C, la población presenta mayor autonomía e independencia. Como fue mencionado, se ha evidenciado también –gracias a las entrevistas naturales–, que muchos jóvenes mantienen relaciones de pareja dentro del centro, lo que resalta la importancia de abordar cuestiones vinculadas a la afectividad y la sexualidad desde una perspectiva de género.

Asimismo, durante las visitas, se advirtió que en algunos casos –y para algunas personas–, ciertos límites entre lo afectivo, la amistad, la sexualidad y la convivencia aparecen desdibujados, con líneas finas difíciles de delimitar. Esto solo refleja características propias del momento vital en el que se encuentran, donde los vínculos se exploran, se ensayan y se reformulan constantemente; pero también, las particularidades en lo situacional concreto,

donde a veces, resulta útil y necesario un marco que ayude a visualizar mejor ciertas cuestiones abstractas –como la afectividad y la sexualidad–. Esta complejidad pone de relieve la necesidad de generar espacios de diálogo y reflexión que acompañen estos procesos de construcción subjetiva y vincular.

Estos hallazgos que fueron obtenidos a partir del trabajo de campo, han sido mencionados en los resultados de las dimensiones de dinámicas y actividades, perspectivas interseccionales y necesidades de género –en la descripción de tablas 8, 9 y 10–; específicamente, a partir de los resultados de las interacciones entre residentes, reconocimiento de la desigualdad de género y reconocimiento de identidades de género, así también de información a partir de entrevistas naturales.

Como conclusión de este diagnóstico, se plantea que los talleres deben estar orientados a fortalecer la comprensión de estos temas, promoviendo el buen trato y el desarrollo de relaciones saludables. Los temas propuestos a abordar se incluyen en la tabla 12:

Tabla 12

Bloques conceptuales y líneas temáticas a abordar en Centro C

Bloque temático	Línea temática	Abordaje
Estereotipos de género	Encuadre de la institución	Reflexionar sobre las normas y valores institucionales, promoviendo un ambiente inclusivo y respetuoso de la diversidad de género y sexualidad.
	Sentires de cada identidad de género con respecto a las desigualdades de género	Facilitar un espacio de diálogo donde se compartan experiencias y percepciones sobre las desigualdades de género, buscando estrategias colectivas para su superación.
Afectividad	Lo sexoafectivo y la afectividad	Explorar las distintas formas de afectividad y sexualidad, fomentando el autocuidado y el respeto hacia cada individuo.
	El disfrute y la convivencia	Promover una convivencia armoniosa y respetuosa, donde cada persona pueda disfrutar de su espacio y relaciones interpersonales de manera saludable.

	El buen trato	Enfatizar la importancia del respeto mutuo, la empatía y la comunicación asertiva en todas las interacciones dentro de la institución.
--	---------------	--

Fuente: Elaboración propia en base a ESI (Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2008; Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2014), Centro de Referencia (2021) y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020).

Estas propuestas son el resultado del análisis realizado en función de las dimensiones conceptuales previamente definidas y sus resultados arrojados; particularmente desde las perspectivas de género, capacitismo e interseccionalidad, lo cual permitió identificar no solo situaciones concretas observadas, sino también patrones estructurales que configuran las experiencias cotidianas de las personas residentes.

Para el diseño y desarrollo de los talleres, se propone utilizar recursos y enfoques provenientes de la ESI, que ofrecen herramientas pedagógicas adaptables a diversos contextos. Por ejemplo, los Cuadernillos de ESI del Ministerio de Educación de la Nación Argentina (2008) y del Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2014) proporcionan actividades y contenidos que abordan estereotipos de género, relaciones saludables y derechos sexuales y reproductivos. Estas herramientas permiten adaptar los contenidos a las realidades institucionales, promoviendo procesos de aprendizaje críticos, participativos y culturalmente pertinentes.

Además, se propone la incorporación de estrategias de intervención basadas en la guía “Género y Salud Mental: Prevención, Atención e Intervención con Mujeres con Enfermedad Mental Víctimas de Violencia de Género” (Centro de Referencia para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia, 2021) de España, que enfatiza la importancia de la sensibilización sobre la dimensión y gravedad de la violencia machista hacia las mujeres con discapacidad psicosocial, y en el documento “Prevención de las VBG en las adolescencias: Herramientas para el trabajo en territorio” (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2020), que aporta herramientas prácticas y un enfoque de derechos para prevenir la VBG, promoviendo vínculos saludables, diversidad y espacios seguros, y funciona como guía de intervención territorial articulada con políticas públicas y redes de apoyo.

Antes de presentar en detalle las actividades propuestas para cada establecimiento, es relevante señalar, como ya fue mencionado, que el diseño de esta intervención se basó en una lógica de planificación estratégica con perspectiva de género, sustentada en el marco conceptual de Moser (1993) –ver Guía de observación participante en Anexo 1–. Este enfoque permite distinguir entre las necesidades prácticas, vinculadas a las condiciones materiales inmediatas de las personas, y las necesidades estratégicas de género, que buscan transformar las relaciones de poder desiguales. La elección de este marco metodológico ofrece un sustento sólido para una planificación crítica y situada.

Además, se integró la planificación de género expuesta por Hartmann (1998) –ver Guía de observación participante en Anexo 1–, que considera la interrelación de las políticas públicas con los intereses y derechos de las mujeres en diferentes contextos. Gracias a ello, también se garantiza que la propuesta no solo sea relevante, sino que además, responda a las necesidades reales de la población.

Desde una perspectiva situada, la presente propuesta de intervención se sustenta en el paradigma de la capacitación como proceso colectivo, reflexivo y transformador. En este sentido, se retoman los aportes de Edith Litwin (1997), quien plantea que toda propuesta formativa debe considerar no sólo la transmisión de contenidos, sino también la construcción activa de saberes en contexto, promoviendo la reflexión sobre la práctica. Los talleres, en tanto dispositivos didácticos privilegiados, habilitan un espacio horizontal y dialógico que permite a los y las participantes recuperar sus experiencias previas, interpelarlas críticamente y proyectar alternativas superadoras.

A su vez, la propuesta se articula con los principios de la didáctica crítica, entendida como aquella que no se limita a replicar contenidos, sino que pone en el centro la problematización de los saberes y la autonomía del sujeto que aprende (Camilloni, 2007). En esta línea, los dispositivos de taller se estructuran con actividades que propician la reflexión grupal, la indagación situada y la producción colectiva de conocimiento, con la convicción de que toda intervención significativa en contextos institucionales debe promover el empoderamiento de sus protagonistas.

La propuesta se apoya en los fundamentos del aprendizaje colaborativo, entendido como una modalidad en la que el conocimiento se construye de manera conjunta a través de la interacción entre pares que intercambian, negocian significados y reflexionan colectivamente. Según Coll et al. (2008), este enfoque promueve procesos de enseñanza y aprendizaje en los que las y los participantes no solo reciben información, sino que se constituyen en protagonistas activos de la producción de sentido.

Además, las actividades propuestas fueron diseñadas en base a los enfoques pedagógicos y conceptuales de la ESI (Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2008; Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2014), la guía Género y Salud Mental (Centro de Referencia, 2021) y el documento Prevención de las VBG en las adolescencias (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2020).

En esta línea, los talleres están concebidos como espacios de co-construcción donde se articulan teoría y práctica, reconociendo los saberes previos de quienes integran los dispositivos, promoviendo el intercambio y favoreciendo la construcción de estrategias comunes para el abordaje de problemáticas compartidas. Así, el grupo funciona como motor del aprendizaje y no solo como contenedor, fortaleciendo las capacidades institucionales en clave emancipadora. Este enfoque resulta especialmente pertinente en contextos institucionales donde históricamente se ha invisibilizado la voz y la experiencia de las personas en situación de discapacidad.

Poniendo en práctica el complemento de ambas herramientas, no solo se abordaron situaciones puntuales identificadas durante el diagnóstico –expuestas en la sección anterior–, sino que también se espera generar transformaciones que vayan más allá de la implementación concreta de la propuesta, en la manera en que el género es comprendido y abordado en los dispositivos.

A partir de estos encuadres, así como sustentado por los diferentes conceptos abordados dentro del marco teórico, los antecedentes recabados, y gracias al diagnóstico realizado, se han definido una serie de talleres grupales adaptados a cada establecimiento. La propuesta de intervención que aquí se presenta tiene como propósito principal mejorar las condiciones de vida y la convivencia en los dispositivos Centro D y Centro C, a través de la incorporación de una perspectiva de género y de derechos en las prácticas institucionales cotidianas. Se trata de una intervención situada, construida en base al diagnóstico previo –según el análisis de los resultados del trabajo de campo, en cuanto a las dimensiones de las dinámicas de cada centro, de las perspectivas interseccionales y de las necesidades de género–, y orientada a generar procesos de transformación subjetiva y relacional, y por ende, institucional, en cuestión de transversalización de género.

Vale aclarar que se entiende por ‘intervención situada’ aquella que reconoce que no existen soluciones universales ni neutrales, sino que toda acción profesional debe construirse en diálogo con el contexto específico en el que se inserta. Implica atender a las particularidades

territoriales, institucionales, subjetivas y políticas de cada experiencia. Desde el enfoque feminista, Haraway (1995) plantea que todo conocimiento es parcial y situado, y por tanto, también lo son nuestras formas de intervenir. En esta línea, Cullen (2011) enfatiza la importancia de anclar las intervenciones en la realidad concreta, reconociendo saberes locales y trayectorias de vida como parte central del proceso.

La propuesta toma la forma de un plan de acción participativo, con énfasis en la realización de talleres grupales dirigidos hacia la población de cada dispositivo. A partir de las necesidades y tensiones identificadas, se diseñaron líneas de acción diferenciadas para cada dispositivo, que integran contenidos y metodologías adaptadas al perfil de estas personas, desde los paradigmas Social y de Derechos Humanos de la discapacidad (Palacios, 2008). Resulta necesaria la implementación de talleres que promuevan la deconstrucción de estos estereotipos y fomenten la construcción de identidades diversas y auténticas.

Como objetivo general de la propuesta, se pretende entonces promover prácticas institucionales con enfoque de género, a través del trabajo grupal y participativo con residentes de los dispositivos Centro D y Centro C. Como objetivos específicos, se busca fomentar en las personas residentes la reflexión crítica sobre los estereotipos de género, los vínculos sexoafectivos, el amor romántico y las violencias; y desarrollar espacios institucionales de encuentro, diálogo y construcción colectiva que habiliten nuevas formas de relación y participación.

Actores intervinientes

En relación con las personas involucradas en este proceso, ya identificados anteriormente, tanto por su posición dentro de los dispositivos como por su implicancia subjetiva, política y situada en la vida cotidiana. El primer grupo de participantes está conformado por las personas usuarias y residentes, caracterizadas anteriormente, quienes han sido el foco en el proceso de diagnóstico, así como son protagonistas con respecto al diseño e implementación de las estrategias. Su participación será promovida a través de dinámicas de diálogo y actividades colectivas donde puedan problematizar, imaginar y construir nuevas formas de habitar los espacios institucionales. El respeto a sus trayectorias de vida, tiempos, capacidades y deseos es una condición ética y política de toda la propuesta.

El segundo grupo de personas integrantes está compuesto por los equipos técnicos que trabajan en ambos dispositivos, conformados por educadores, talleristas, profesionales de enfermería, trabajo social, psicología, nutrición y, en el caso de Centro D, también terapia ocupacional. Estos equipos cumplen un rol esencial en la estructura y el acompañamiento del

cotidiano, y son responsables de muchas de las prácticas que configuran la experiencia institucional. En este sentido, su participación resulta clave tanto para el diagnóstico compartido como para la planificación y sostenibilidad de la propuesta.

Un tercer nivel de participantes lo componen las figuras de dirección y supervisión de Alojamiento con Apoyos dentro del MIDES. Su rol es estratégico, no solo porque habilitan institucionalmente la intervención, sino porque son quienes definen lineamientos, orientan equipos y articulan con otros niveles. Su compromiso desde el inicio del proceso ha sido clave para la viabilidad de la propuesta. En esta etapa, se prevé su participación en el seguimiento de las acciones, la definición de prioridades y la promoción de cambios sostenidos a nivel organizacional.

La definición y el compromiso de estas personas participantes es central para garantizar que la intervención no sea solo una propuesta técnica y puntual, sino un proceso político y colectivo, orientado a transformar prácticas, relaciones y sentidos en los espacios cotidianos de vida. La implicación de cada una asumirá formas diversas pero complementarias, en consonancia con los principios de participación, horizontalidad y construcción situada que sustentan el enfoque de esta intervención.

Intervención

En cuanto al desarrollo propiamente dicho, la propuesta de intervención se estructura en torno a un dispositivo de talleres grupales semanales, diferenciados para los dispositivos Centro D y Centro C, según las características específicas de cada población. Ambos procesos se inscriben en una metodología participativa, feminista e interseccional, basada en el respeto por la experiencia, el deseo, el cuerpo y los saberes situados. Siendo el objetivo central mencionado, favorecer procesos de reflexión crítica, desnaturalización de estereotipos, fortalecimiento del buen trato y resignificación de los vínculos y la afectividad.

Con respecto al encuadre metodológico general, cada ciclo será facilitado por una profesional externa con formación en género y salud mental, acompañada por una o dos personas integrantes de los equipos técnicos de cada dispositivo, quienes presenciarán los talleres como referentes institucionales, sin intervenir a menos que sea necesario.

Para garantizar el resguardo de la intimidad y promover la autonomía durante los talleres, el equipo técnico presente adoptará un rol respetuoso y cuidadoso. Su presencia se limitará a acompañar sin intervenir, procurando generar un ambiente de confianza donde las participantes se sientan libres para expresarse sin presiones. Además, se establecen acuerdos

previos para asegurar la confidencialidad y proteger los espacios personales dentro de la dinámica grupal.

Las sesiones se realizarán semanalmente, durante ocho semanas consecutivas, con una duración aproximada de 45 minutos cada una, en dos momentos de 20 minutos, con un descanso de 5 minutos en el medio. En cada período de 20 minutos se llevará a cabo una actividad –se puede ver más adelante la propuesta de actividades detalladas–. Se dispondrá de un espacio físico seguro y cuidado en cada dispositivo, propicio para la recepción y la expresión emocional y corporal.

El descanso de 5 minutos entre los dos bloques de actividades está pensado para favorecer la concentración y el bienestar de las personas participantes, permitiendo un espacio de pausa que facilite la gestión emocional y corporal. Este tiempo ayuda a evitar la fatiga, potencia la receptividad hacia los contenidos y genera un ambiente más distendido y propicio para el intercambio, contribuyendo así a una mejor calidad en la participación y el aprendizaje durante cada sesión.

Se conformarán grupos de hasta diez participantes por dispositivo, que permanecerán para cada jornada de taller semanal durante las ocho semanas. En el primer encuentro se trabajará el encuadre grupal, construyendo colectivamente acuerdos de cuidado, turnos de palabra, confidencialidad, respeto a los tiempos personales y derecho a la no participación. A lo largo del proceso, estos acuerdos podrán ser revisados y redefinidos. En todos los encuentros se incluirá un espacio de evaluación participativa, breve pero sostenida: desde una palabra que sintetice la experiencia del día hasta herramientas simbólicas –dibujos, tarjetas, emojis, íconos de colores–. Al cierre del ciclo, se invitará a realizar una evaluación cualitativa más amplia, a través de producciones individuales o grupales que expresen aprendizajes, sentires o deseos a futuro.

Desde que comienza la fase de co-ajuste de detalles de los talleres en conjunto con el equipo técnico, preparación de los materiales, realización de los talleres propiamente dichos, evaluaciones finales y sistematización de la experiencia y devolución institucional, se estima un total de cuatro meses de intervención activa –ver figura 15 donde se ilustra el cronograma tentativo–.

Intervención en Centro D:

Talleres para cuestionar estereotipos y habilitar otras formas de vínculo

El diagnóstico situacional en Centro D, evidenció una fuerte presencia de mandatos de género tradicionales, idealización del amor romántico y vínculos de dependencia emocional – conceptualizaciones desarrolladas en el apartado de marco conceptual–, como ya fue expuesto en los resultados de las dimensiones de dinámicas y actividades, perspectivas interseccionales, y necesidades de género –en descripción de las tablas 8, 9 y 10–; específicamente en los hallazgos de indicios de VBG, del clima de convivencia y de los espacios seguros, de las interacciones entre residentes, de los cuestionamientos de los roles tradicionales de género y de empoderamiento. A partir de esto, se propone un ciclo de talleres, orientados a promover la deconstrucción simbólica de estos imaginarios, mediante la creatividad, la expresión corporal y el pensamiento colectivo.

Como fue mencionado, en el primer encuentro se trabajará el encuadre grupal. A continuación se desarrollará el primer taller, dividido en dos actividades, una por cada período de 20 minutos. En la primera parte, el tema a abordar será: estereotipos de género y mandatos femeninos; y el nombre de la actividad: “Bingo de los mandatos”. El objetivo es identificar los estereotipos y mandatos de género que operan en la vida cotidiana, reflexionando sobre su impacto en la identidad y en las relaciones personales. Los contenidos serán los roles de género tradicionales, los mandatos culturales asociados a lo femenino y los estereotipos y su reproducción simbólica. Esta propuesta se inspira en recursos y contenidos desarrollados en el Cuadernillo de ESI para jóvenes y adultos (Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2014), que permiten abordar los mandatos de género desde una pedagogía participativa y crítica. Los recursos que se utilizarán serán tarjetas de cartulina con frases estereotipadas, marcadores, hojas, recortes de revistas y afiches.

El desarrollo de la actividad comenzará con una actividad lúdica –“Bingo de los mandatos”–. A cada participante se le entrega una tarjeta que contiene frases como “las mujeres deben ser maternales”, “el varón no llora”, “si estás sola es porque algo hiciste”. A medida que se van leyendo en voz alta, las participantes marcan las que alguna vez escucharon en su vida. Una vez completada la dinámica, se abre un espacio de intercambio donde se propone debatir: ¿qué frases nos incomodan?, ¿cuáles seguimos repitiendo sin darnos cuenta?, ¿de dónde vienen estas ideas?

Como complemento, se propone una dinámica creativa llamada “Armá tu propia persona superheroica”. En la que cada participante dibuja una figura humana con la que se identifique –femenina, masculina o no binaria– y le asigna cualidades no convencionales, que no respondan a los estereotipos tradicionales. El cierre del encuentro incluye una puesta en

común voluntaria, donde pueden compartir sus dibujos y reflexionar sobre otras formas posibles de ser.

Luego del descanso de 5 minutos entre cada segmento, comenzará la segunda actividad del día. El tema a abordar será: El mito del amor romántico; y la actividad se denomina “Análisis de canciones”. El objetivo aquí es cuestionar los discursos sobre el amor romántico y sus implicancias en las relaciones afectivas y la autonomía emocional. Los contenidos de esta actividad son la idealización del amor, el sufrimiento como sinónimo de entrega y la dependencia emocional. El cuestionamiento al modelo de amor romántico recupera ejes trabajados en materiales del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020), que señalan cómo ciertos ideales afectivos pueden habilitar dinámicas de dependencia y control emocional. Los recursos materiales a utilizar serán un reproductor de música o celular, hojas, biromes y los ejemplos de canciones.

Para el desarrollo, se dará inicio con la audición y análisis de canciones populares como *Sin ti no soy nada*, de Amaral y *Amor completo*, de Mon Laferte –las letras completas se encuentran en el Anexo 2–. Se invita a las participantes a escuchar con atención y luego se abren preguntas para el debate: ¿cómo se representa el amor en esta canción?, ¿qué se espera del otro?, ¿cuánto hay de entrega o sufrimiento?, ¿nos sentimos identificadas? Luego se propone una actividad de escritura creativa: cada participante redacta un “contracuento de princesas”, una historia breve donde la protagonista no espera ser rescatada ni encontrar la felicidad en otra persona, sino que construye su propio deseo y bienestar. No se espera una producción extensa ni literaria: puede un párrafo, una oración, una imagen o una idea, lo que puedan y surja. Se cierra con una lectura voluntaria de los textos y una breve devolución colectiva, finalizando con la primera jornada de taller.

La segunda semana, se llevará a cabo el segundo taller. En el primer momento, la temática a abordar será: Vínculos y relaciones sanas; y la actividad se llama “Semáforo”. El objetivo es reconocer las características de los vínculos saludables, diferenciándolos de los basados en el control, el miedo o la dependencia. Los contenidos son el consentimiento y la comunicación, el buen trato y la reciprocidad, y la violencia simbólica. Los recursos materiales necesarios serán tarjetas con frases, afiches, marcadores y cinta adhesiva.

El desarrollo de la propuesta comenzará presentando el juego “Semáforo”. A cada participante se le entregan tarjetas de colores –verde, amarillo y rojo– y se van leyendo frases como: “me cela porque me ama”, “me pregunta si quiero abrazos”, “me dice que nadie más me va a querer”. Quienes lo deseen levantan la tarjeta que consideran adecuada según la frase: verde –vínculo saludable–, amarillo –zona de duda o tensión–, rojo –alerta o violencia–. A

continuación, el grupo trabaja en la creación de un cartel colectivo del buen trato –o de ‘reglas’ del buen trato–. Se construyen entre todas frases que representen cómo desean vincularse, desde el respeto, la escucha, el cuidado mutuo y la libertad. El cartel puede quedar en un espacio visible si el grupo lo decide.

En la segunda parte de esta segunda jornada, se abordará la temática: Violencias naturalizadas; la actividad propuesta se denomina “Línea de vida”. El objetivo consiste en reconocer las formas sutiles o simbólicas de violencia que se reproducen en la vida cotidiana y afectan el bienestar emocional. Los contenidos abordados serán la violencia simbólica, la invisibilización y control, y las estrategias de cuidado. Esta actividad retoma enfoques propuestos por el Centro de Referencia para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (2021), que señalan la importancia de visibilizar las formas simbólicas y cotidianas de violencia en mujeres con trayectorias de vulnerabilidad psicosocial. Los recursos materiales que se utilizarán son afiches, lápices y fibras de colores; se requerirá permanecer en un espacio tranquilo.

Con respecto al desarrollo de esta actividad, la propuesta principal es la construcción de una “línea de vida afectiva”. Cada participante toma un afiche donde dibuja una línea de tiempo, marcando momentos significativos de su historia afectiva: instancias donde se sintió cuidada, controlada, invisibilizada o valorada. Esta actividad es totalmente opcional en su exposición: quien lo desee puede compartirla. El cierre se realiza en ronda. Se propone que cada una diga –si quiere– una palabra que represente cómo desea sentirse en sus vínculos. Esta palabra puede escribirse también en un papel o representarse con un color. De esta manera se finaliza la segunda jornada de taller.

Para la tercera semana, en el primer segmento se abordará la temática: La figura del “varón salvador”; y se llevará a cabo la actividad denominada “Carta a una misma”. Tiene por objetivo cuestionar los modelos afectivos centrados en la dependencia de una figura masculina salvadora y fortalecer la autonomía emocional. Los contenidos abordados serán los imaginarios del amor ideal, la autonomía en los vínculos y las relaciones equitativas. Se utilizarán hojas, lápices, marcadores, afiches y elementos decorativos, como recursos materiales.

En cuanto al desarrollo, se propone una actividad de escritura personal: “Carta a una misma desde el futuro”. Cada participante escribe una carta dirigida a sí misma desde un futuro donde ya no espera ser rescatada ni definida por una relación, respondiendo: ¿qué te dirías si no necesitás que nadie venga a rescatarte? Se invita a imaginarse libre, valiente, autónoma, construyendo su vida desde sus propios deseos. A partir de esas cartas, se realiza una producción visual colectiva: afiches ilustrados que representen “relaciones que sí queremos”,

con palabras, dibujos, símbolos o frases. El foco está en el tipo de vínculos que nos hacen bien, más allá del género o formato.

Luego del descanso, en el segundo momento se tratará el tema: Autonomía, deseo y cuerpo propio; la actividad será de expresión corporal. Su objetivo es reforzar la conexión con el propio cuerpo como espacio de deseo, cuidado y decisión. Los contenidos aquí presentes serán la autovaloración corporal, el límite y deseo, y la corporalidad y libertad. Como recursos, se utilizarán música suave, colchonetas o alfombrillas de goma, espacio amplio y luces tenues –si es posible–.

El desarrollo de la actividad comienza con una dinámica guiada de expresión corporal consciente. Con música de fondo, se proponen frases para mover el cuerpo desde la conexión personal: “caminá como si tu cuerpo fuera solo tuyo”, “parate desde lo que te gusta de vos”, “bailá como si nadie te viera”. Se habilita el silencio, el juego, la risa o el reposo. Luego se abre un espacio de ronda donde se comparten –solo si se desea– sensaciones, emociones o recuerdos que surgieron, sentires o sensaciones del cuerpo. La facilitadora acompaña desde la validación y sin interpretar ni dirigir los discursos. De esta manera se finaliza la tercera jornada.

El último día de taller comenzará con la temática de producción colectiva; la actividad que se llevará a cabo se denomina “mural-manifiesto”. El objetivo aquí es recuperar lo trabajado a lo largo del proceso grupal y expresarlo de manera colectiva, simbólica y creativa. Los contenidos serán la construcción de sentido grupal, la memoria del proceso y la visualización de aprendizajes. Los recursos materiales requeridos serán afiches grandes, pinturas, lápices, marcadores, recortes y pegamento.

Para el desarrollo, se propone la creación de un mural, donde se expresen de forma libre los aprendizajes, frases, emociones y deseos que surgieron a lo largo de los encuentros. Puede contener frases, palabras, dibujos, imágenes, colores o símbolos. El mural es elaborado entre todas, respetando los tiempos, los estilos y las decisiones grupales. Si el grupo lo considera oportuno, puede colocarse en un espacio visible del dispositivo como gesto de apropiación del proceso.

En la segunda parte de este último día, se trabajará sobre el cierre y la evaluación participativa. El objetivo es brindar un cierre afectivo, reflexivo y simbólico al proceso grupal, habilitando la evaluación participativa. Los contenidos a abordar serán la evaluación emocional, la afectividad, el reconocimiento y el cierre simbólico. Como recursos se utilizarán tarjetas con íconos, frases o colores, música suave, sobres, cartulinas.

El desarrollo comenzará con una actividad de evaluación lúdica: se disponen tarjetas con emojis, colores, frases –“me sentí escuchada”, “aprendí algo nuevo”, “me dio ganas de

seguir pensando”– y cada participante elige aquellas que representen cómo vivió el proceso. También se pueden usar palabras sueltas para escribir o dibujar lo que quieran dejar como mensaje. Luego se realiza una ronda libre de cierre, donde cada persona que lo desee puede compartir algo que se lleva. Como cierre final, se entregan “certificados simbólicos” con frases personalizadas –por ejemplo: “por tu valentía”, “por tu ternura”, “por tu risa contagiosa”–, reconociendo cualidades y aspectos positivos de cada participante.

A continuación se presenta la tabla 13, donde se esquematizan las actividades y dinámicas a implementar, dentro de cada temática:

Tabla 13

Talleres Centro D

Semana	Bloque temático	Tema	Actividad
Semana 1	Estereotipos de género	Estereotipos de género y mandatos femeninos	Bingo de los mandatos
			Persona superheroica
	Afectividad	El mito del amor romántico	Análisis de canciones
			Producción: escribir una breve historia
Semana 2	Afectividad	Vínculos y relaciones sanas	Juego: tarjetas semáforo
			Creación colectiva
	Estereotipos de género y afectividad	Violencias naturalizadas	Línea de vida afectiva
			Vínculos
Semana 3	Estereotipos de género	La figura del “varón salvador”	Carta a una misma del futuro
			Producción: creación de afiches

	Estereotipos de género y afectividad	Autonomía, deseo y cuerpo propio	Expresión corporal
			Sentires y sensaciones
Semana 4	Producción colectiva		Mural-manifiesto
	Cierre y evaluación		Evaluación
			Cierre y devolución

Fuente: Elaboración propia en base a ESI (Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2008; Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2014), Centro de Referencia (2021) y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020).

Intervención en Centro C:

Talleres para fortalecer vínculos, consentimiento y buen trato

En el Centro C, como fue expuesto en el diagnóstico, la población presenta mayor independencia y autonomía, donde es fundamental fomentar una convivencia más amena a través del conocimiento y la reflexión. Se observó además la presencia de vínculos sexoafectivos entre las personas participantes, para lo cual sería bueno un mayor reconocimiento de los límites y la empatía, promoviendo el respeto mutuo. A partir de las conceptualizaciones ya desarrolladas en el marco conceptual de este documento, la propuesta apunta a fortalecer la convivencia desde una lógica de respeto, comunicación y diversidad.

Estas evidencias fueron recabadas a partir del trabajo de campo, detalladas anteriormente en los resultados de las dimensiones de dinámicas y actividades, perspectivas interseccionales y necesidades de género –en descripción de tablas 8, 9 y 10–; más específicamente, en los resultados de las subcategorías de interacciones entre residentes, reconocimiento de la desigualdad de género y reconocimiento de identidades de género.

Como fue mencionado, en el primer encuentro se trabajará el encuadre grupal. Seguidamente, se desarrollará el primer taller, dividido en dos actividades, una por segmento. En la primera parte, el tema a abordar será la revisión del encuadre institucional. El objetivo es reflexionar colectivamente sobre las formas de convivencia en el dispositivo, reconociendo saberes compartidos, tensiones y posibilidades de construcción colectiva de acuerdos. Los

contenidos serán las normas y reglas institucionales, la convivencia cotidiana y la participación en la organización del espacio común. Los recursos materiales necesarios serán papeles de colores, marcadores, cinta adhesiva, afiches y tarjetas.

En cuanto al desarrollo, se propone iniciar con la actividad “Palabras que organizan la convivencia”. Se invita al grupo a realizar una lluvia de frases que circulan cotidianamente en la institución, relacionadas con normas, modos de hacer, formas de hablar o conductas observadas. Estas pueden incluir expresiones como: “cada persona tiene su espacio”, “si hay desacuerdo, se habla con calma”, “es mejor cuando respetamos los horarios”, “a veces no sé si algo está permitido o no”, “hay cosas que no siempre se hablan, pero están”. Cada participante escribe su frase en un papel y este se coloca en un mural común. Luego, se abre una conversación colectiva guiada por preguntas como: ¿Estas frases nos ayudan a convivir mejor? ¿Sentimos que todas las personas del centro las conocen y entienden igual? ¿Cuáles quisiéramos transformar o volver a conversar? La idea no es criticar la normativa institucional, sino habilitar un espacio donde la convivencia pueda pensarse desde la experiencia propia y el deseo de habitar mejor el espacio común.

En el segundo segmento de este primer día, se trabajará bajo la temática de ¿qué es una relación sana? El objetivo aquí es explorar colectivamente los componentes de una relación respetuosa, afectiva y libre, contrastando modelos impuestos con alternativas deseables. Los contenidos son los vínculos saludables, el buen trato, respeto y consentimiento, y las representaciones en los medios. Esta actividad se inspira en los lineamientos de la ESI (Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2008; Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2014), que proponen abordar los vínculos desde una perspectiva de derechos, promoviendo relaciones basadas en el respeto, la afectividad y el consentimiento informado. Los recursos que se utilizarán son un proyector o celular con altavoz, afiches, hojas y marcadores.

Para el desarrollo de esta actividad, se inicia con la visualización de escenas seleccionadas de series como *Sex Education* o *Merlí*, que muestran interacciones afectivas entre jóvenes. Las escenas se detienen en momentos clave para debatir: ¿dónde hay respeto?, ¿quién decide?, ¿qué se podría hacer diferente? Luego, el grupo se organiza para crear un “manual colectivo del buen trato”. A través de frases en primera persona como “cuando me hablan suave, me siento cuidada” o “me gusta que me pidan permiso para abrazarme”, se construyen pautas de relación deseables, propias del grupo. El resultado podrá quedar visible en un cartel o guardarse como memoria del taller. Bajo este cierre, se finaliza la primera jornada de taller en el Centro C.

La segunda semana, comenzará el primer momento de taller con la temática de sexoafectividad y deseo. El objetivo es abrir un espacio de juego y reflexión sobre los deseos, límites y modos de expresar afecto, desde la libertad, el consentimiento y la diversidad. Los contenidos a trabajar serán el deseo y la expresión afectiva, el consentimiento y la autonomía en los vínculos. Los recursos requeridos serán tarjetas con opciones, caja decorada, papelitos y música suave y agradable.

Con respecto al desarrollo de la actividad, se propone el juego “Sí, no, tal vez”. Cada participante recibe tres tarjetas con esas palabras. La facilitadora lee frases como “me gusta que me abracen sin preguntar” o “puedo decir que no sin sentir culpa”, y cada quien responde levantando una de sus tarjetas. Luego, se abre el diálogo: ¿por qué dijimos que sí, no o tal vez? ¿Cómo cambia eso según la situación o la persona? A continuación, se introduce la “caja del deseo”, donde cada participante puede dejar de forma anónima preguntas, curiosidades o temas que le gustaría trabajar en otro taller. Esta caja queda a disposición del grupo durante todo el ciclo²⁶.

Luego del descanso de 5 minutos, la segunda parte del taller comenzará con la temática de consentimiento y límites. Aquí el objetivo se centra en explorar el consentimiento desde la experiencia corporal y cotidiana, y reflexionar sobre el derecho a decir que no sin culpa ni temor. Además, se busca destacar lo fundamental que es no hacer algo que la otra persona no quiere, y no insistir cuando dice que no. Los contenidos a trabajar serán el consentimiento, el límite corporal y emocional y la asertividad. Esta actividad retoma enfoques propuestos por el Centro de Referencia para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (2021), que señalan la importancia de visibilizar las formas simbólicas y cotidianas de violencia, promoviendo el reconocimiento del consentimiento como práctica relacional activa y continua. Los recursos necesarios serán sillas, un espacio amplio y tarjetas de emociones.

Se desarrolla la dinámica representando una escena simple actuada por talleristas, donde una persona se sienta demasiado cerca de otra sin pedir permiso. El grupo observa y, en un momento, se detiene la acción para intervenir y proponer alternativas: ¿qué se podría haber hecho distinto?, ¿cómo se podría haber pedido permiso?, ¿cómo decir que no sin miedo? Luego, cada participante elige una tarjeta con una emoción o una palabra que represente cómo se siente al marcar un límite. Se comparten –opcionalmente– en ronda, y se reconocen distintas

²⁶ Lo que se deposite allí quedará como material pendiente, que podrá retomarse si hay tiempo al final de alguna actividad, trabajarse posteriormente junto con el equipo técnico o incluso considerarse como base para una nueva propuesta futura.

formas válidas de ejercer el consentimiento. De esta manera, se da cierre a la segunda jornada de taller.

En la tercera semana, se abordará en primer lugar el tema de disfrute y afectividad cotidiana. El objetivo será identificar y valorar prácticas cotidianas que generan bienestar, placer y afecto, en la convivencia consigo y con otras personas. Los contenidos serán el placer cotidiano, el bienestar emocional, el autocuidado y la expresión. Los recursos materiales necesarios serán tarjetas con actividades, hojas, lápices y afiches.

Para comenzar el desarrollo de la actividad, se presenta el juego “tarjetas del disfrute”, con imágenes o frases como: cantar, bailar, abrazar, estar sola, cocinar, dibujar, escuchar música. Cada persona selecciona aquellas con las que se identifica o en base a la pregunta: ¿qué me hace bien? Luego se construye colectivamente un “mapa del placer cotidiano”, pegando las tarjetas o escribiendo nuevas, organizadas en categorías: disfrute individual, compartido, creativo, corporal, etc. La actividad finaliza con un breve intercambio donde se habilita el reconocimiento de prácticas personales que cuidan y nutren, y se visibiliza la diversidad de formas de sentir bienestar.

Con respecto al segundo segmento de esta jornada, se abordará la temática cuidado colectivo y convivencia, con el objetivo de valorar las formas en que se cuida y se recibe cuidado en la vida cotidiana del dispositivo, y generar conciencia sobre la importancia del cuidado mutuo. Los contenidos a trabajar serán el cuidado y la reciprocidad, la convivencia respetuosa y el reconocimiento afectivo. Esta propuesta se enmarca en las políticas de abordaje integral de las violencias de género (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2020), que promueven la construcción de vínculos basados en el cuidado, el respeto y la reciprocidad, especialmente en contextos de convivencia institucional. Se utilizarán post-its, marcadores, y un afiche o pizarrón, como recursos materiales.

Para llevar a cabo el desarrollo de la propuesta, cada persona escribe en dos post-its: en uno, una acción con la que cuida a alguien en el establecimiento; en el otro, una forma en la que se ha sentido cuidada. Se comparten voluntariamente y se pegan en un afiche bajo dos columnas: “yo cuido” y “yo soy cuidada/o”. Luego, se abre un espacio de reflexión: ¿qué cosas podríamos hacer más seguido? ¿Cuáles queremos cambiar? ¿Qué nos hace bien? ¿Cómo nos gustaría que nos cuiden más o mejor? El cierre puede incluir frases grupales que resuman acuerdos o deseos sobre el cuidado colectivo.

En la última instancia de taller se trabajará en base a la producción grupal. Aquí el objetivo será recuperar frases, conceptos y emociones del proceso para producir un cartel colectivo que refleje el recorrido y los sentidos construidos. Los contenidos a abordar serán la

memoria del proceso grupal, la producción simbólica y la visualización colectiva. Para ello, los recursos materiales necesarios serán una cartulina o afiche grande, marcadores, revistas, tijeras, pegamento y elementos decorativos.

Con respecto al desarrollo, se propone la creación de un cartel-póster del grupo, con frases, colores, imágenes o símbolos que hayan surgido en el ciclo de talleres. Puede incluir pensamientos, ideas sueltas, frases emotivas o palabras sobre respeto, deseo y convivencia. La producción se realiza entre todas las personas participantes, con tiempo suficiente para proponer, discutir y decorar. El póster puede exponerse en el centro si el grupo así lo desea, o guardarse como parte de la memoria institucional del taller.

En el segundo momento de esta última jornada, se hará el cierre y la jornada festiva. El objetivo es cerrar el ciclo desde el afecto, el juego y la expresión libre, habilitando la celebración del proceso compartido y los logros alcanzados. Los contenidos aquí serán la evaluación afectiva, la celebración, el reconocimiento y la memoria grupal. Los recursos que se utilizarán son música, materiales de arte, papeles, sobres, cartas preimpresas y objetos decorativos.

Se organiza una jornada festiva y expresiva, con música, espacios de pintura colectiva libre, escritura creativa y cartas personales. Se ofrece a cada participante una postal del proceso, que puede contener frases del grupo o palabras elegidas colectivamente. En un momento especial del cierre, se habilita una ronda para compartir palabras finales –solo si se desea–, que se tendrán en cuenta como evaluación de los talleres, y se reconoce a cada participante entregándole su postal o carta, como forma de agradecimiento y celebración del recorrido. De esta forma, se finaliza el ciclo de talleres en el Centro C.

A continuación se presenta la tabla 14, donde se esquematizan las actividades y dinámicas a implementar, divididas por temática:

Tabla 14

Talleres Centro C

Semana	Bloque temático	Tema	Actividad
---------------	------------------------	-------------	------------------

Semana 1	Estereotipos de género	Revisión del encuadre institucional	Palabras que organizan la convivencia
	Afectividad	¿Qué es una relación sana?	Audiovisuales
			Manual colectivo del buen trato
Semana 2	Afectividad	Sexoafectividad y deseo	Juego: “Sí, no, tal vez”
			Preguntas anónimas: caja del deseo
	Consentimiento y límites	Actuación y reflexión	
Semana 3	Afectividad	Disfrute y afectividad cotidiana	Tarjetas de disfrute y mapa del placer cotidiano
		Cuidado colectivo y convivencia	Yo cuido, yo soy cuidada/o
			Reflexión
Semana 4	Producción grupal		Creación de un cartel-póster
	Cierre y evaluación		Actividad artística y devolución

Fuente: Elaboración propia en base a ESI (Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2008; Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2014), Centro de Referencia (2021) y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020).

Requerimientos de implementación, cronograma y cierre

Ahora bien, finalizada la presentación detallada de cada instancia de taller, con respecto a los requerimientos para la implementación, para llevar adelante la propuesta de intervención en ambos dispositivos, se contemplan una serie de requisitos y formalidades que permiten garantizar su viabilidad, pertinencia y sostenibilidad en el tiempo. Estos requerimientos

incluyen aspectos vinculados a los recursos humanos, materiales y a las condiciones institucionales necesarias para una adecuada implementación.

En cuanto a los recursos humanos, será necesaria la presencia de un/a profesional responsable de la coordinación general del proceso, con formación específica en género y salud mental. Esta figura tendrá a su cargo la planificación de los encuentros, la facilitación de los talleres y la sistematización de la experiencia. A su vez, se prevé el acompañamiento por parte de una o dos personas del equipo técnico de cada dispositivo, quienes podrán cumplir un rol de sostén institucional, sin intervenir directamente en la conducción de las actividades.

Respecto a los recursos materiales, será necesario contar con un espacio físico adecuado para el desarrollo de los talleres, preferentemente un aula, salón o ambiente con privacidad, buena iluminación y mobiliario móvil, que permita trabajar en ronda o en pequeños grupos. Se requerirán materiales didácticos básicos como afiches, cartulinas, hojas, marcadores, adhesivos y recortes de revistas, así como material audiovisual de apoyo, que podrá incluir fragmentos de series, canciones o campañas educativas. En caso de ser posible, el acceso a un proyector o a dispositivos de reproducción audiovisual contribuirá a una mayor riqueza pedagógica.

Finalmente, se consideran fundamentales ciertas condiciones institucionales para la implementación, como la disponibilidad horaria de los equipos técnicos para acompañar los procesos y participar en espacios de articulación; cierta flexibilidad para reorganizar las actividades del dispositivo en los días de taller, de modo de no superponer tiempos ni funciones; y, sobre todo, el reconocimiento de la propuesta como parte integrante del funcionamiento institucional, y no como una actividad aislada. La apropiación colectiva del proceso por parte del equipo y de las personas residentes será clave para su efectividad, legitimidad y proyección.

El cronograma tentativo para la implementación de la propuesta se divide en cinco fases claramente definidas, cada una con actividades específicas y una duración estimada que permite una organización efectiva del proceso. La primera fase, denominada 'inicio', tiene una duración de dos semanas. Durante este período, se llevarán a cabo reuniones con los equipos técnicos con el objetivo de realizar un co-ajuste de la propuesta. En estas reuniones se definirán aspectos logísticos fundamentales, tales como el día y horario en que se desarrollarán los talleres, el espacio físico donde se llevarán a cabo²⁷, así como la identificación de las dos personas del equipo técnico que acompañarán cada taller. Además, se establecerá la

²⁷ Sugerencias: utilizar en Centro D el espacio de galpón comedor y en Centro C el salón comedor. Ambos son amplios para poder realizar las dinámicas.

conformación de los grupos de participantes, procurando que cada grupo esté compuesto por diez personas para facilitar la dinámica y el seguimiento.

La segunda fase corresponde a la preparación de materiales, que también se extenderá por dos semanas. En esta etapa se realizará la adquisición y adaptación de los materiales necesarios para la implementación de los talleres, asegurando que estén adecuados al contexto específico de los participantes. Paralelamente, se procederá a comunicar a los participantes información más precisa respecto a los talleres, incluyendo detalles como el día y la hora en que se llevarán a cabo, así como las dinámicas generales que se implementarán, con el fin de facilitar su preparación y compromiso.

La tercera fase es la implementación propiamente dicha de los talleres –anteriormente definidos en este documento–, la más extensa, con una duración de dos meses –ocho semanas–. Durante este tiempo, se desarrollarán los talleres con los residentes y los equipos técnicos, siguiendo un plan detallado elaborado previamente. La programación contempla la realización de un taller semanal por cada dispositivo, lo que permite un desarrollo ordenado y la posibilidad de realizar un seguimiento cercano a los participantes y al equipo técnico.

La fase cuatro corresponde a la evaluación y los ajustes finales, con una duración estimada de dos semanas. En este período se realizará una valoración de los resultados preliminares obtenidos durante la implementación de los talleres. Se recogerá retroalimentación tanto de los participantes como de los equipos técnicos para identificar la efectividad de la propuesta, así como los cambios y repercusiones que ésta ha generado en el contexto de intervención. Se prevé una evaluación cualitativa por parte del equipo técnico a través de registros de observación, centrada en el desarrollo de los talleres, la dinámica de convivencia posterior y los cambios percibidos. Esta valoración considerará aspectos como la participación, la adecuación de los contenidos, la apropiación de recursos y la demanda de continuidad. Con base en este análisis, se efectuarán los ajustes necesarios para fortalecer la propuesta y asegurar que responda adecuadamente a las necesidades detectadas.

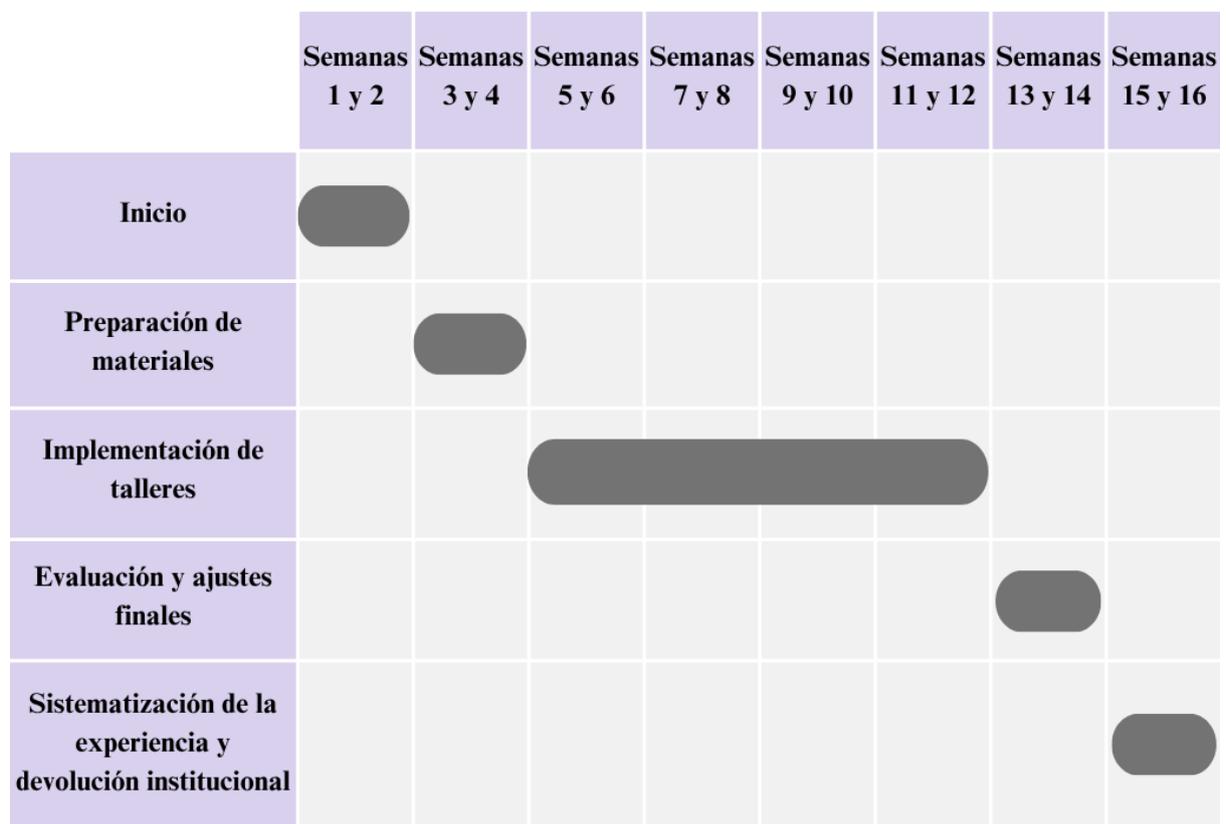
Finalmente, la quinta fase, denominada ‘sistematización de la experiencia y devolución institucional’, también tiene una duración de dos semanas. En este cierre se pretende sistematizar las experiencias y aprendizajes adquiridos a lo largo del proceso de implementación. Se propone aquí elaborar un informe detallado a partir de ello, que será presentado en las instituciones correspondientes, con el propósito de formalizar la devolución, compartir resultados y promover la continuidad o escalamiento de la propuesta en el futuro.

Este cronograma permite una distribución clara y ordenada de las actividades a lo largo del tiempo, facilitando el seguimiento y la gestión del proceso, asegurando la calidad y

efectividad en la implementación de la propuesta. A continuación, se presenta de manera gráfica el cronograma tentativo de implementación, donde se visualizan las fases, las actividades y la duración estimada de cada una, facilitando así la comprensión y el seguimiento del proceso planteado. Se utiliza el cronograma de Gantt para la planificación de actividades, herramienta que permite visualizar la distribución temporal de las acciones y su secuencia lógica (Valles, 1999).

Figura 15

Cronograma tentativo de implementación (diagrama de Gantt)



Fuente: elaboración propia

A modo de cierre y proyección, esta intervención no pretende ‘resolver’ los conflictos o desigualdades estructurales que atraviesan la vida en contextos institucionales, sino habilitar un proceso colectivo de reflexión y transformación que fortalezca la autonomía, la convivencia y el reconocimiento mutuo. La sostenibilidad del proceso dependerá de su apropiación

institucional, de la voluntad de sostener espacios de diálogo, y del trabajo continuo por desnaturalizar las formas de desigualdad que se inscriben en los cuerpos y vínculos. Así como también del interés y la repercusión personal y grupal que tenga en la población de participantes.

Lejos de entenderse como una intervención cerrada o prescriptiva hacia el futuro, esta propuesta busca crear condiciones para que las preguntas emerjan, los sentidos se amplíen y las prácticas cotidianas puedan ser revisadas sin culpa, sin temor y sin rigidez, desde una lógica de cuidado, escucha y sensibilidad. La intervención está pensada como un punto de partida para procesos más amplios, que inviten a habitar los dispositivos con mayor conciencia del poder que circula en los vínculos, en los discursos y en los silencios.

Al centrarse en los vínculos, los estereotipos, las afectividades y las formas en que las personas residentes construyen sus trayectorias dentro de cada institución, se apuesta a una transformación que no se basa en incorporar “más normas” o en ajustar la conducta individual, sino en generar espacios donde las personas puedan pensar(se) colectivamente, imaginar otras formas de ser, de vincularse y de proyectarse en el mundo.

Asimismo, el proceso no tiene sentido si no se inscribe en un diálogo permanente con los equipos técnicos, que son actores clave para sostener el clima institucional, acompañar las tensiones que surjan y apropiarse de los aprendizajes para integrarlos a su práctica profesional cotidiana. En este sentido, la intervención propuesta no sólo está dirigida a las personas residentes, sino que interpela también a las instituciones, a sus formas de cuidar, de contener y de construir comunidad.

Como horizonte, se espera que esta experiencia pueda ser recuperada y adaptada en otros dispositivos de Alojamiento con Apoyos, considerando siempre las particularidades de cada territorio y población. No como un modelo replicable, sino como un ejemplo de intervención situada (Cullen, 2011; Haraway, 1995), sensible y respetuosa, que combina marcos conceptuales con trabajo de campo, análisis estructural con escucha afectiva, y teoría con deseo de transformación hacia la transversalidad de género.

6. Reflexiones finales y recomendaciones para la implementación de la propuesta

La propuesta de intervención aquí presentada surge de un proceso construido de manera situada, que fue validado y acompañado por las responsables institucionales de los dispositivos implicados. Desde las primeras instancias de trabajo, tanto la dirección y supervisión de la división como el personal de coordinación de Centro D y Centro C y su equipo de profesionales y técnicos, manifestaron interés genuino en la iniciativa. A lo largo del proceso de intercambio, mostraron apertura, disposición y reconocimiento de la pertinencia de la propuesta en función del trabajo que realizan con la población, problematizando las cuestiones en relación al género que suceden en el cotidiano de cada espacio. Esta recepción positiva por parte de quienes gestionan y acompañan en el día a día la vida en los dispositivos, constituye una base sólida que favorece la factibilidad de su implementación.

Desde el comienzo del proceso de trabajo, fue posible observar una disposición institucional abierta y participativa para repensar las prácticas existentes, y esto constituye uno de los factores clave que hacen viable la implementación de la intervención. La colaboración fluida con los equipos técnicos permitió diseñar una propuesta situada, que toma en cuenta tanto los recursos disponibles como las dinámicas propias de cada dispositivo. Lejos de pensar esta intervención como una imposición externa, se trata de una construcción conjunta que fue tomando forma a partir del diálogo y el reconocimiento mutuo entre las partes involucradas.

En este marco, como se abordó a lo largo del trabajo, una de las principales reflexiones que se consolida es la necesidad de sostener este tipo de propuestas en el tiempo, superando la lógica de acciones puntuales o intervenciones aisladas. La construcción de espacios colectivos de diálogo, afectividad y transformación requiere continuidad, acompañamiento y articulación institucional. No se trata únicamente de implementar talleres, sino de instalar prácticas que amplíen los márgenes de participación, de expresión y de autonomía de las personas residentes. En este sentido, es fundamental que la propuesta no sea concebida como un “extra” dentro de las rutinas del dispositivo, sino que sea apropiada como parte integral de su funcionamiento.

Otra reflexión relevante es que, para que estas transformaciones sean sostenibles, resulta imprescindible el reconocimiento simbólico y formal de la intervención como parte del quehacer institucional, evitando su fragmentación o desvinculación de los objetivos generales del dispositivo. Será necesario contar con condiciones institucionales adecuadas para el desarrollo de esta propuesta. Esto implica asegurar tiempos específicos dentro de la rutina de

cada establecimiento para la realización de los talleres, contar con el equipo técnico requerido, y garantizar espacios físicos adecuados y accesibles para el desarrollo de las actividades.

En relación con esto, para la implementación de la propuesta, se consideran fundamentales algunas recomendaciones que permitirán fortalecer su viabilidad, pertinencia y sostenibilidad en el tiempo. En primer lugar, es clave asegurar la participación del equipo técnico de cada dispositivo desde el inicio del proceso. Su implicación no debe limitarse a un acompañamiento logístico, sino que debe pensarse como una participación sustantiva en la planificación, el desarrollo y la evaluación de los talleres. Involucrar al equipo desde el comienzo favorecerá una apropiación más profunda de la propuesta y fortalecerá los lazos de confianza con las personas residentes, aportando continuidad y coherencia al proceso.

Asimismo, se recomienda la designación de una profesional coordinadora de los talleres, con formación específica en género y salud mental, quien pueda asumir la responsabilidad de guiar el proceso en su conjunto con las personas técnicas de cada institución. Esta figura será central para facilitar los encuentros, articular con los equipos técnicos, realizar ajustes metodológicos necesarios y garantizar el cuidado de los espacios grupales. La coherencia entre el enfoque de la propuesta y el perfil de la persona facilitadora resulta determinante para el logro de los objetivos planteados.

También se considera importante realizar las instancias de evaluación participativa previstas en cada encuentro, tanto durante el desarrollo del ciclo como al finalizarlo. Estas evaluaciones, sensibles a los modos expresivos de las personas participantes, habilitarán espacios orales, escritos o simbólicos para recoger percepciones, resonancias, aprendizajes y deseos. Este tipo de evaluación no solo permite ajustar la propuesta, sino que también refuerza la autonomía y la agencia de quienes participan en ella. Del mismo modo, sería relevante prever breves instancias de evaluación por parte del equipo técnico que acompañe cada taller, para tener una devolución desde su mirada, que también aportará ajustar la propuesta semana a semana, así como prevenir posibles situaciones, utilizando herramientas específicas.

Otro aspecto central tiene que ver con el fortalecimiento de redes. Articular la intervención con otros programas del MIDES, así como con organizaciones territoriales que trabajen temáticas afines, puede potenciar su impacto, garantizar una mayor continuidad en el abordaje de ciertas problemáticas y facilitar el acceso a recursos o espacios de acompañamiento externo.

En cuanto a los requerimientos materiales, es necesario contar con insumos básicos como afiches, marcadores, hojas, materiales audiovisuales o elementos para la expresión creativa. En este sentido, puede ser útil explorar alternativas creativas con materiales reciclados

o disponibles en el entorno institucional, adecuando la propuesta a las posibilidades reales de cada establecimiento sin perder riqueza metodológica.

Además, y como está previsto en la planificación, se considera altamente recomendable realizar una reunión preparatoria con el equipo técnico de cada institución antes de iniciar el ciclo. Esta instancia permitirá acordar criterios de acompañamiento, establecer canales de comunicación fluidos, anticipar situaciones sensibles y construir un marco ético compartido que brinde soporte a todo el proceso. Una planificación cuidadosa, sostenida en el trabajo colaborativo, es fundamental para que la intervención no solo sea posible, sino también significativa.

En cuanto a la factibilidad general, se considera que la propuesta es completamente viable en el contexto actual. La intervención ha sido diseñada tomando en cuenta los tiempos institucionales, la posibilidad de disponibilidad del personal, y la especificidad de las dinámicas de cada dispositivo. Además, el apoyo explícito por parte de las autoridades y técnicas responsables fortalece su legitimidad y su potencial de implementación.

Finalmente, se entiende que esta experiencia puede ofrecer insumos relevantes para pensar otras formas de intervenir en contextos de salud mental y discapacidad desde una mirada feminista e interseccional. Si bien esta propuesta ha sido pensada para una población específica y en un contexto determinado, los principios y enfoques que la sostienen son aplicables y adaptables a otras realidades, pudiendo nutrir políticas públicas, prácticas institucionales y estrategias comunitarias más inclusivas, justas y emancipadoras.

Este proceso permitió constatar la potencia de una intervención situada (Cullen, 2011; Haraway, 1995) con enfoque de derechos (CIDH, 2017), género (Feldman, 1995) e interseccionalidad (Crenshaw, 2002), así como con herramientas de la terapia ocupacional desde una perspectiva crítica. Las actividades desarrolladas habilitan el reconocimiento de experiencias subjetivas que muchas veces han sido silenciadas, e invitan a construir colectivamente otros sentidos posibles en torno al género, los vínculos, el deseo y la convivencia. A su vez, se promueve la desnaturalización de mandatos y prácticas que han sido históricamente normalizadas, sin apuntar al juicio o a la corrección, sino abriendo posibilidades de reflexión y transformación hacia una mejor calidad de vida, gracias a la transversalización de la perspectiva de género (Scott, 1986).

También es importante señalar que, si bien se incorporaron los aportes de Moser (1993) y Hartmann (1998) en torno a la planificación con enfoque de género, hubiera sido aún más enriquecedor poder profundizar e integrar el modelo de planificación participativa propuesto por Feldman (1995). Este modelo promueve el involucramiento activo de mujeres y disidencias

en el proceso de planificación, asegurando que las voces de la población objetivo sean escuchadas y consideradas en las distintas fases del proyecto, es decir, no sólo como personas destinatarias, sino como sujetas constructoras de las propuestas. La inclusión sistemática de este enfoque hubiera aportado herramientas valiosas para profundizar aún más la dimensión participativa y democratizadora de la intervención, y para garantizar que las protagonistas a quienes se dirige la propuesta, intervengan desde un lugar donde porten mayor voz y poder: que puedan involucrarse activamente en el armado, diseño y planificación desde su mirada específica, protagonista y valiosa. Dar ese paso “más allá” sigue siendo una tarea pendiente.

Asimismo, sería valioso incorporar alguna actividad que promueva la vinculación con lo barrial y los entornos comunitarios. En particular, resulta importante abordar las diferencias percibidas entre las barreras que enfrentan dentro de los centros y aquellas que encuentran ‘en el afuera’. Esta aproximación permitiría no solo visibilizar estas realidades, sino también amplificar las voces de las participantes y favorecer su protagonismo y acción comunitaria.

A modo de cierre, esta tesis no ha sido solamente un ejercicio académico o una propuesta metodológica. Ha sido, ante todo, un proceso de escucha, de implicación ética y política, y de construcción colectiva de sentidos en torno a lo que significa habitar, acompañar y transformar espacios institucionales desde una mirada situada, crítica y afectiva.

La intervención propuesta se inscribe en un campo donde las desigualdades de género, los discursos capacitistas y las lógicas de exclusión se entrecruzan cotidianamente con los vínculos, los cuerpos y los modos de vivir el deseo. Frente a eso, se apuesta por una práctica profesional que no se limite a “resolver” problemáticas, sino que abra preguntas, habilite la palabra, y legitime las experiencias de las personas que muchas veces han sido silenciadas e invisibilizadas.

A lo largo de la elaboración de la tesis, se procuró articular un marco teórico sólido con un enfoque metodológico participativo y creativo, que diera lugar a la construcción de una intervención sensible a lo singular y comprometida con lo colectivo. La perspectiva de género, los aportes del enfoque interseccional, y las herramientas de la terapia ocupacional con mirada comunitaria y despatologizante permitieron diseñar un dispositivo que no pretende imponer cambios desde afuera, sino acompañar procesos de transformación que ya están en marcha en la vida cotidiana de los dispositivos.

Este camino deja como saldo una convicción renovada: intervenir no es solo planificar, sino también escuchar, sostener, dudar, revisar, y estar disponible para aprender de los otros mundos posibles que se gestan, muchas veces, en los márgenes. Que estas propuestas puedan echar raíces en los territorios, replicarse con cuidado en otros espacios, y seguir abriendo la

puerta a vínculos más justos, más libres y más amorosos, dependerá del compromiso colectivo, pero también de nuestra capacidad de seguir tejiendo intervenciones que parten de la pregunta y no de la certeza.

Esta tesis, entonces, no se cierra. Queda abierta como proceso en movimiento, como invitación al diálogo, como gesto de apuesta por otras formas de habitar lo común.

Referencias bibliográficas

- Abramovich, V., Curtis, C. (2006). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Trotta.
<https://www.trotta.es/libros/los-derechos-sociales-como-derechos-exigibles/9788481645071/>
- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) (2018). *Guía para la inclusión de la discapacidad en cooperación para el desarrollo*.
https://www.aecid.ht/sites/default/files/documents/cooperacion_al_desarrollo_y_discapacidad_1.pdf
- Amarante, P. (2009). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. <https://doceru.com/doc/n00c55ss>
- Amoedo, A. (2016). *Proyecto de investigación: el papel de las ocupaciones para la promoción de la inclusión social en el proceso de recuperación de las mujeres supervivientes del ciclo de violencia de género*. Universidad de la Coruña, España. [Amoedo.2016](#)
- Anderson, J. (2014). *Public Policymaking* (8ª ed.). Cengage Learning.
- Anthias, F. (2020). *Translocational Belongings: Intersectional Dilemmas and Social Inequalities*. Reino Unido y Estados Unidos: Routledge. University of Roehampton. ISBN: 9780203730256. DOI: [10.4324/9780203730256](https://doi.org/10.4324/9780203730256)
- Arnau, M. S. (2005). Otras voces de mujer: el feminismo de la diversidad funcional. *Asparkía: investigació feminista*, (16), 15–26. [Arnau.2005](#)
- Arnau, M. S. (2018). ¿Sexualidad en la diversidad o diversidad en la sexualidad? Nuevos retos para una nueva cultura sexual. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (7), 27–36. <https://doi.org/10.15366/jfgws2018.7.003>
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) (2020). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. Cuarta Edición.

- Aussière, M., Monzón, A., Spampinato, S., Testa, D. (2022). *De amuletos y artificios: Reflexiones situadas en clave feminista desde Terapia Ocupacional*. Fundación La Hendija. ISBN 9789878472638. [AussièreMonzónSpampinatoTesta.2022](#)
- Ávila, V., Suárez, P. (Coords.). (2015). *Los estudios de género hoy: debates y perspectivas*. Universidad Nacional Autónoma de México. https://ru.atheneadigital.filos.unam.mx/jspui/handle/FFYL_UNAM/4052
- Ayllón, B. (2018). *Protocolo de intervención: Terapia Ocupacional en Violencia de Género en recursos de acogida en Castilla La Mancha*. Universidad Miguel Hernandez de Elche. <https://core.ac.uk/outputs/524639944/>
- Baker, E., Bentley, R. (2013). Housing affordability and mental health: Does the size and quality of living space matter? *Social Science & Medicine*, 87, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.017>
- Balaña, S., Finielli, A., Giuliano, C., Paz, A., Ramírez, C. (2019). *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Buenos Aires: Tinta Limón. Fundación Soberanía Sanitaria CDD 613.0424. ISBN 978-987-3687-58-7. [BalañaFinielliGiulianoPazRamírez.2019](#)
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2017). *Discapacidad y empleo en América Latina y el Caribe: Estrategias para la inclusión laboral*. BID.
- Bango, J., Piñeiro, V. (2022). *Políticas de cuidados en América Latina y el Caribe. Avances y desafíos en su implementación*. Herramientas EUROsociAL. N° 107. Aprendizajes en Cohesión Social. Programa para la Cohesión Social. [BangoPiñeiro.2022](#)
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores. <https://antipsiquiatriaudg.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/10/franco-basaglia-1968-la-institucic3b3n-negada-informe-de-un-hospital-psiquic3a1trico.pdf>

Bizitegi (2022) *Perspectiva de género e interseccionalidad en la intervención social: Impacto de la socialización de género en los procesos de exclusión social grave*. Bizitegi. https://cendocps.carm.es/documentacion/2023_Perspectiva_genero.pdf

Bosch, E., Ferrer, V. (2002). *La voz de las invisibles: las víctimas de un mal amor que mata*. Ediciones Cátedra. Universidad de Valencia. Instituto de la mujer. https://books.google.com.mx/books?id=FXsCADC_OTgC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false

Bosch Fiol, E. (2002). *La construcción de la identidad femenina y la violencia contra las mujeres*. En E. Bosch Fiol y V. Ferrer Pérez (Eds.), *Psicología y género: Una aproximación desde la psicología social* (pp. 129–152). Edicions UIB. <https://www.copclm.com/wp-content/uploads/2021/04/Psicologia-y-genero.pdf>

Bravo, O., Olivier, M. (2010). *Instituciones, discursos y violencia: la asociación entre locura y peligrosidad*. Revista CS, ISSN-e 2011-0324, N°. 5, 2010, p. 241-259. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4968469>

Briglia, J., García, V., Guerrero, C., Pelagagge, F., Popritkin, C., Portela, A., Rosemblat, F. (2023). *Dispositivos de formación en géneros y diversidades desde Villa Cildañez (CABA) a Bella Vista (Misiones): Experiencias sobre la capacitación de promotoras de géneros y salud desde una perspectiva de derechos*. Agrupación Terapistas Ocupacionales Libres (ATL). Buenos Aires. [BrigliaGarcíaGuerreroPelagaggePopritkinPortelaRosemblat.2023](#)

Butler, J. (1990). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Editorial Paidós.

Cabanas, A., Goncalves, S., Rothberg, M. (2018). *Perspectiva de género durante el proceso de intervención de Terapia Ocupacional en los dispositivos de atención públicos de CABA en el año 2017*. Universidad Nacional de San Martín, Argentina. [CabGoncRoth.2018](#)

Camilloni, A. (2007). *Los temas de la didáctica: lo enseñado y lo aprendido*. Paidós.

- Campbell, F. (2009). *Contours of ableism: The production of disability and abledness*. Palgrave Macmillan. [Campbell.2009](#)
- Cantero, P., Emeric, D. (2018). *Incorporar la perspectiva de género en los procesos de rehabilitación*. Ocupando los márgenes. Madrid. [CanteroEmeric.2018](#)
- Carosio, A. (2012). *Feminismo y cambio social en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires. CLACSO. ISBN 978-987-1891-07-8. [Carosio.2012](#)
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós. [Castel.1997](#)
- Centro de Referencia para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (2021). *Género y salud mental: Prevención, atención e intervención con mujeres con enfermedad mental víctimas de violencia de género*. Buenas Prácticas en Salud Mental. <https://buenaspracticasonsaludmental.org/genero-y-salud-mental-prevencion-atencion-e-intervencion-con-mujeres-con-enfermedad-mental-victimas-de-violencia-de-genero>
- Cerletti, L., Lucero, S. (2021). *Educación Sexual Integral y salud mental: estrategias de intervención en contextos de encierro y discapacidad*. Editorial Teseo. <https://www.teseopress.com/educacionsexualintegral/>
- Christian Blind Mission CBM (2012). *INCLUSION MADE EASY: A quick program guide to disability in development*. [CBM.2012](#)
- Cobb, R., Elder, C. (1986) *Participación en política americana: la dinámica de la estructuración de la agenda*. México DF: Noema Editores. https://polpublicas.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/01/elder_y_cobb-formacion-de-la-agenda.pdf
- Cobo, R. (2014). *Hacia una nueva política sexual*. Catarata.

- Coll, C., Onrubia, J., & Mauri, T. (2008). El aprendizaje colaborativo en entornos virtuales. En C. Coll & C. Monereo (Eds.), *Psicología de la educación virtual* (pp. 157–181). Madrid: Morata. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/652184.pdf>
- Collins, P., da Silva, E., Ergun, E., Furseth, I., D Bond, K., Martínez-Palacios, J. (2021). Intersectionality as Critical Social Theory. *Contemp Polit Theory*. Duke University Press, 2019. 17;20(3): 690–725. <https://doi.org/10.1057/s41296-021-00490-0>
- Colorado, M., Arango, L., Fernández, S. (1998). *Mujer y feminidad*. Antioquia. ISBN 9589172431. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/181>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2015). *Sistema Nacional Integrado de Cuidados SNIC - Uruguay*. [CEPAL.2015](https://repositorio.cepal.org/publicaciones/1/S1500173.es)
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2017). *Derechos humanos de las personas con discapacidad mental*.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2010). *Marco Jurídico Interamericano sobre Derechos Humanos y Políticas Públicas*.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2018). *Políticas públicas con enfoque de derechos humanos*. [CIDH.2018](https://repositorio.cepal.org/publicaciones/1/S1800173.es)
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2013). *Salud mental y derechos humanos en las Américas*. OEA.
- Connell, R. (2005). *Masculinities*. Polity Press.
- Consejo Nacional de Género (CNG) (s/f). *Estrategia Nacional para la Igualdad de Género 2030*. Instituto Nacional de las Mujeres, Ministerio de Desarrollo Social. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/2019-08/estrategia-nacional-para-la-igualdad-de-genero_web.pdf

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Asamblea General de las Naciones Unidas. [CDPD.2006](#)
- Corbetta, P. (2007). *La investigación cualitativa en ciencias sociales: Teoría, método y práctica*. McGraw-Hill.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) (2023). *Manual para la transversalización del enfoque de derechos humanos con equidad. La protección de los derechos de las personas con discapacidad en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*. <https://corteidh.or.cr/tablas/28829.pdf>
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum.
- Crenshaw, K. (2002). *Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero*. En Revista Estudos Feministas. Núm. 10. pp. 171-188. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
- Cullen, A. (2011). *Intervenciones sociales situadas: reflexiones desde la práctica*. Cuadernos de Trabajo Social, 24(1), 51–65.
- Daguerre, I. (2018). *La percepción social de la locura y las barreras sociales en la calidad de vida de las personas con trastornos mentales*. Universidad de la República. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8588/1/Daguerre%2C%20Isabel.pdf>
- Davis, L. (2006). *The Disability Studies Reader*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315680668>
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (s/f). *Mujer, discapacidad y violencia de género*. [DGVG-sf](#)

- de León, N. (2013). *Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. https://psico.edu.uy/sites/default/files/2013-12_salud_mental_en_debate.pdf
- Durango, R. (2020). *Reinserción sociolaboral de mujeres pacientes de violencia de género*. Universidad de Zaragoza, España. [Durango.2020](#)
- Dye, T. (2017). *Understanding Public Policy* (15ª ed.). Pearson.
- Estébanez, I. (2022). *Prevención de la violencia de género en jóvenes: El amor y sus trampas*. Editorial Comares.
- EUROsociAL (s/f). *Plan Nacional de Cuidados para la Primera Infancia. Mejorando la calidad de los servicios de cuidado a primera infancia en Uruguay*. Programa para la cohesión social en América Latina. Sistemas integrales de protección social. http://sia.eurosoci-al.eu/files/docs/1460390206-experiencia_destacada_cuidadosuruguay.pdf
- Facio, A. (2003). Los derechos humanos desde una perspectiva de género y las políticas públicas. *Otras Miradas*, 3(1), 15-26. <https://www.redalyc.org/pdf/183/18330102.pdf>
- Falco, M. (2009). *Empleo con apoyo: Una modalidad de inclusión laboral para personas con discapacidad*. Fundación Par. [Falco2009](#)
- Farías, M., Córdoba, J., Barbosa, E., Gelpi, G., Caillet-Bois, C., López, A., Bagnato, M. (2021). Abordaje metodológico en salud sexual y reproductiva en situaciones de discapacidad con equipos de salud en Uruguay. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 9(1), 261–271. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.14>
- FCSUdelar (26 de agosto de 2021). *16 años del Grupo de Estudios sobre Discapacidad (Gedis) de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS)*. [Archivo de Vídeo]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=oo0IVMj8t5U&ab_channel=fcsudelar

- Feldman, M. (1995). *Participatory Planning: Gender, Development and the Politics of Change*. Women's Studies International Forum, 18(2), 105-115.
- Ferrajoli, L. (1999). *Derechos y garantías: La ley del más débil*. Trotta.
- Fine, M., Asch, A. (eds.). (1988). *Women with disabilities: Essays on psychology, culture, and politics*. Temple University Press.
https://www.academia.edu/48468724/Women_with_disabilities
- Flores, V. (2014). *Interrupciones: Ensayos de poética activista*. Biblioteca Fragmentada.
<https://www.bibliotecafragmentada.org/wp-content/uploads/2014/11/interrupciones-libro-valeria-flores.pdf>
- Font, I. (2016). *Intervención de la Terapia Ocupacional En Violencia De Género*. Universidad Miguel Hernandez, España. <https://bit.ly/3CUGnGh>
- Foro de Vida Independiente y Diversidad (FVID) (s/f). <http://forovidaindependiente.org/>
- Fraser, N. (2003). *El Feminismo en el Umbral del Siglo XXI*. Editorial Akal.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Fundación CERMI Mujeres (2023). *Informe sobre violencia contra las mujeres con discapacidad*. [FundCERMIMujeres.2023](https://www.cermi.es/contenidos/2023/07/Informe-sobre-violencia-contra-las-mujeres-con-discapacidad)
- Fundación de Prevención de la Violencia (FPV) (2024). *La violencia económica y su rol en el ciclo de la violencia de género*. Fundación de Prevención de la Violencia. León, España. [PEG.2024](https://www.fpv.es/contenidos/2024/07/La-violencia-economica-y-su-rol-en-el-ciclo-de-la-violencia-de-genero)
- García, A. (14 de diciembre de 2024). En Delgado, E. (2024). *Discapacidad, sexualidad y política*. La Diaria. [GarcíaDelgado.2024](https://www.ladiaria.es/contenidos/2024/12/14/Discapacidad-sexualidad-y-politica)
- García, D. (2017). *Reflexiones sobre patriarcalismo y discapacidad: una mirada desde el*

ámbito educativo. Revista Infancias Imágenes. 16(2), 305-312. DOI: 10.14483/16579089.11460.

García Prince, I. (2006). *Género y políticas públicas: Los alcances de la transversalidad*. Editorial XYZ.

Gesser, M., Block, P., Guedes de Mello, A. (2022). Estudios Sobre Discapacidad: interseccionalidad, anticapacitismo y emancipación social. *Andamios*, vol. 19, núm. 49, pp. 217-254. doi.org/10.29092/uacm.v19i49.924

Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Editorial Amorrortu. <https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffman-estigma.pdf>

Gomes, T. (2024). *Las metodologías feministas como aporte para la sistematización de prácticas en Terapia Ocupacional*. Uruguay. XIV Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional, II Congreso Peruano, XI Encuentro de Carreras y docentes Latinoamericanos y IV Encuentro de la Red de Estudiantes de América Latina de Terapia Ocupacional, Lima, Perú.

Goodley, D. (2014). *Dis/ability studies: Theorising disablism and ableism*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203366974/dis-ability-studies-dan-goodley>

Gregorio, C. (2006). *Metodología feminista y antropología: La experiencia de las mujeres como punto de partida*. *Gazeta de Antropología*, 22(1), 1–15. <https://www.gazeta-antropologia.es/?p=1752>

Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS) (s/f). *GEDIS*. Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República (Udelar). [GEDIS-sf](#)

Guajardo, A. (2012). *Enfoque y Praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional Crítica*. *Revista TOG*, 18-29. <https://www.revistatog.com/mono/num5/prologo.pdf>

- Haraway, D. (1995). *Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial*. En *Ciencia, cyborgs y mujeres: La invención de la naturaleza* (pp. 313–346). Cátedra. [Haraway.1995](#)
- Hartmann, M. (1998). *Gender and the Politics of Development: Essays in Feminist Theory and Practice*. University of Pennsylvania Press.
- Heredia, A. (11 de marzo de 2024). En Maina, L. (2024). «Dislocadas», las voces de las mujeres con discapacidad y usuarias de salud mental. La Tinta. <https://latinta.com.ar/2024/03/11/dislocadas-mujeres-discapacidad-salud-mental/>
- Herrera, C. (2019). *Mujeres que ya no sufren por amor*. Editorial Catarata.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2019). *Visita de la delegación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) de Uruguay (Programa EUROsociAL+)*. https://imserso.es/detalle-agenda/-/asset_publisher/Uk3SC97fUGrJ/content/visita-de-la-delegacion-del-sistema-nacional-integrado-de-cuidados-snic-de-uruguay-programa-eurosoci-al-/20123
- Instituto Nacional de Estadística (INE), Consejo Nacional Consultivo (CNC) y Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2019). *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia basada en Género y Generaciones (ENPVBBG)*. Montevideo: INE, CNC y MIDES. [INE CNC MIDES.2019](#)
- Instituto Nacional de las Mujeres (2007). *Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos. Políticas públicas hacia las mujeres. 2007 - 2011 Uruguay*. <https://archivo.mides.gub.uy/innovaportal/file/18930/1/piodna.pdf>
- Intendencia de Montevideo (2011). *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad. Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo*. https://inclusionydiscapacidad.uy/wp-content/uploads/2019/06/Estudio-derechos-SSR-de-mujeres-con-discapacidad_2011.pdf

- Jara Holliday, O. (2011). *Para sistematizar experiencias: Una propuesta teórico-metodológica*. CEP Alforja.
- Junta Nacional de Cuidados (JNC) (2015). *Plan Nacional de Cuidados 2016 - 2020*. Sistema de Cuidados. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-01/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020_0.pdf
- Kemp, V. (2007). *Gender, mental health and social work*. *Journal of Social Work Practice*, 21(2), 173-186.
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. Editorial Médica Panamericana.
- La Tinta (2020). *La lucha por una Latinoamérica sin manicomios*. En Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos, 2024. [LaTinta.2020](https://www.latinta.net)
- Lima, E. (2021). *Terapia Ocupacional: Uma profissao feminina ou feminista?* *Saúde debate*, 45(N. especial 1), Article N. especial 1. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E112>
- Litwin, E. (1997). *La formación docente: entre la teoría y las prácticas*. Paidós.
- Mañas, C., Martínez, A. (2015). *Barreras arquitectónicas, mentales y de comunicación: mujeres con diversidad funcional*. Alicante, España. <https://core.ac.uk/download/pdf/43565741.pdf>
- Marchant, J. (2020). *Terapia Ocupacional en la inclusión laboral de personas trans. Un ensayo reflexivo*. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional* Vol. 7, No. 2, p.11-25. ISSN: 0719-8264 <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/97/89>
- Mascarell, P. (2024). *Como anillo al cuello: La opresión matrimonial en la literatura femenina*. Editorial Planeta.

Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), EUROsociAL (2022). *Violencia de género contra las niñas y mujeres con discapacidad*. MESECVICIMEUROsociAL.2022

Meekosha, H., Shuttleworth, R. (2009). *Disability and the global south*. Springer.

Mérola, G. (1985). *Feminismo: Un movimiento social*. Nueva Sociedad n° 78, pp. 112-117. https://static.nuso.org/media/articles/downloads/1297_1.pdf

Míguez, M. (2019). *Mecanismos de valoración de la situación de discapacidad/dependencia. El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad*. https://inclusionydiscapacidad.uy/wp-content/uploads/2020/04/2-Version-completa-Mecanismos-de-valoraci%C3%B3n-de-la-situaci%C3%B3n-de-discapacidad-y-dependencia_finalweb2020.pdf

Mingus, M. (2017, abril 12). *Access intimacy, interdependence and disability justice. Leaving Evidence*. Mingus.2017

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2023). *Porcentaje de personas en situación de hacinamiento según tramo de edad. Total país*. MIDES.2023

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2024). *Alojamientos con apoyos*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/9764>

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2024). *Apoyo Parcial*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/9767>

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2024). *Protocolo de diseño Alojamientos con apoyos. Ficha protocolo de diseño del programa Alojamientos con apoyos, 2022-2024*. Dirección de Cuidados. Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/protocolo-diseno-alojamientos-apoyos>

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2024). *Protocolo de diseño Apoyo Parcial. Ficha protocolo de diseño del programa Apoyo Parcial, 2022-2024*. Dirección de Cuidados. Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/9767>

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2025). *ACCESOS: Programa socioeducativo y laboral*. Gobierno de Uruguay. [MIDES.2025](#)

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) (2019). *Género y Discapacidad: Una vida sin violencia para todas las mujeres. Lineamientos y recomendaciones*. <https://inclusionydiscapacidad.uy/wp-content/uploads/2019/06/genero-y-discapacidad.pdf>

Ministerio de Educación de la Nación Argentina. (2008). *Lineamientos curriculares para la Educación Sexual Integral*. [MENA.2008](#)

Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2014). *Cuadernillo de Educación Sexual Integral*. [MENA.2014](#)

Ministerio de Igualdad de España (s/f). *Estudio de la violencia económica contra las mujeres en sus relaciones de pareja*. (Revista RE No. 2). Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. [MIE-sf](#)

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Argentina (2022). *Guía de información: Personas con discapacidad. Conocé y ejercé tus derechos*. (2^a ed.). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/12/guiapersonascondiscapacidad_mayo2022.pdf

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020). *Prevención de las VBG en las adolescencias: Herramientas para el trabajo en territorio*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/09/dgdi-2021-promocionderechos-prevencion-violencia-genero.pdf>

- Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP) (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Gobierno de Uruguay. MSP.2020
- Moser, C. (1993). *Gender Planning and Development: Theory, Practice and Training*. Routledge. Moser.1993
- Moser, C. (2005). *Gender Mainstreaming: A Critical Review*. *Gender & Development*, 13(2), 11-22.
- Mundoteca (2023). *Impacto de la discapacidad en la estructura familiar y las relaciones interpersonales*. Mundoteca.2023
- Nabergoi, M. (2022). *Memoria de una profesión feminizada. Terapia Ocupacional y salud mental en Argentina 1957-1976*. Colección salud mental comunitaria. Editorial Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Nabergoi.2022
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
- Nussbaum, M. (2012). *Creando capacidades: Propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.
- Observatório das desigualdades UFRN (22 de junio de 2021). *Verbete "Política Pública"*. [Archivo de Vídeo]. Youtube. ObsDesigUFRN.2021
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. Londres: Macmillan. <https://es.scribd.com/document/740879802/The-Politics-of-Disablement>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Naciones Unidas. ONU.2006

Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) (2022). *Guía de implementación para la Ley Modelo Interamericana de Cuidados*. Programa para la Cohesión Social. EUROsociAL. [OEACIM.2022](#)

Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) (2022). *Ley Modelo Interamericana de Cuidados*. Programa para la Cohesión Social. EUROsociAL. [OEACIM.2022](#)

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2019). *Empleo y discapacidad: Hacia una inclusión laboral efectiva*. OIT.

Organización Internacional Ítalo-latinoamericana (IILA) (2020). *EUROsociAL: Intercambio Uruguay-Francia sobre medición de la dependencia*. <https://iila.org/es/eurosocial-intercambio-uruguay-francia-sobre-medicion-de-la-dependencia-3-5-de-febrero-de-2020/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS), Banco Mundial (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra. [OMSBancoMundial.2011](#)

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CERMI. Ed. Circa. [Palacios.2008](#)

Palacios, A., Romañach, J. (2008). *El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Ediciones Diversitas.

Palacios, A., Stolkiner, A., Díaz, Á., Techera, A., Fernández, B., Silva, C., Gribov, D., Morales, F., Iglesias, G., Natella, G., de Pena, L., Pereyra, M., de León, N., de la Cuesta, P.,

- Pérez, R., Ramírez, R., Lema, S. (2017). *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. <https://www.cien.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/07/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf>
- Pardo, M., Espinosa, G, Soriano, C., Paredes, P., Moncada, V., Mondaca, C., Bobadilla, I., Aracena, P., Poblete, J. (2015). *Terapeutas ocupacionales feministas. Desde el encuentro a la transformación*. Chile. [ParEspSorParMonMonBobAraPob.2015](#)
- Parsons, W. (2009). *Políticas públicas*. Buenos Aires: FLACSO; México: Miño y Dávila Editores. [Parsons.2009](#)
- Pérez Bueno, L. (2016). *Violencias silenciadas: Mujeres y niñas con discapacidad víctimas de la violencia de género*. CERMI.
- Pérez, L. (2010). *Discapacidad, derecho y políticas de inclusión*. Cinca, Madrid. <http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3911/Discapacidad,%20derecho%20y%20pol%EDticas%20de%20includi%F3n.pdf?sequence=1>
- Pflaum, A. (2008). *La transversalidad de género: una estrategia de transformación*. Editorial Universidad de Chile.
- Priestley, M. (2003). *Disability: A Life Course Approach*. Polity Press.
- Rey-Robert, V. (2020). *Une culture du viol à la française: du trousseage de domestique à la liberté d'importuner*. Editorial Libertalia. [Rey-Robert.2020](#)
- Ríos, C. (2015). *Discapacidad, derechos humanos y salud mental en América Latina*. Revista Latinoamericana de Psicología, 47(3), 271-283.
- Rosato, A., Angelino, M. (coords.) (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Colección [dis]capacidad. Ed. Noveduc. Buenos Aires. [RosatoAngelino.2009](#)

- Rosato, A., Angelino, A., Almeida, M., Angelino, C., Kippen, E., Sánchez, C., Spadillero, A., Vallejos, I., Zuttió, B., Priolo, M. (2009). *El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad*. Ciencia, Docencia y Tecnología. N° 39 (87-105). <https://www.redalyc.org/pdf/145/14512426004.pdf>
- Rosato, R., Lemos, A., Soler, R. (2009). *Discapacidad y género: Prácticas y perspectivas sociales en América Latina*. Revista de Estudios Sociales, 29(1), 45-61.
- Rosemblat, F. (2013). *Terapia Ocupacional para Todas y Todos: construyendo la cotidianidad de la perspectiva de género en nuestra profesión*. Actualización bibliográfica, Residencia de Terapia Ocupacional Salud Mental Adultos, Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://drive.google.com/file/d/1NAED6m1B6FdcnygfA3OMtI9umVbJXf9C/view>
- Rossi, J., Moro, J. (2014). *Ganar Derechos. Lineamientos para la formulación de políticas públicas basadas en derechos humanos*. Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR, Argentina. [RossiMoro.2014](#)
- Rotelli, F. (2015). *Vivir sin manicomios: La experiencia de Trieste*. Editorial Topía. <https://es.everand.com/book/461607359/Vivir-sin-manicomios-La-experiencia-de-Trieste>
- Ruiz-Repullo, C. (2016). *Los peldaños perversos del amor: El proceso de la violencia de género en la adolescencia*.
- Sabatier, P. (2007). *Theories of the Policy Process* (2ª ed.). Westview Press.
- Schalock, R., Verdugo, M. (2013). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales* (2ª ed.). Alianza Editorial. https://www.researchgate.net/publication/283211086_Calidad_de_Vida
- Scott, J. W. (1986). *Gender: A Useful Category of Historical Analysis*. The American Historical Review, 91(5), 1053-1075. <https://doi.org/10.2307/1864376>

- Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños. https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map45_segato_web.pdf
- Sen, A. (1999). *Desarrollo y Libertad*. Editorial Taurus.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability Rights and Wrongs*. Routledge
- Shildrick, M. (2005). *The Disabled Body, Genealogy and Undecidability*. *Cultural Studies* 19(6):755-770. DOI:10.1080/09502380500365754. [Shildrick.2005](#)
- Sistema de Cuidados (2018). *Construcción de Baremos para valoración de Dependencia*. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/construccion-baremos-para-valoracion-dependencia>
- Sistema de Cuidados. (2019). *Elegir un Centro de Larga Estadía*. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/elegir-centro-larga-estadia>
- Stoller, R. (1968). *Sexo y género: sobre el desarrollo de la masculinidad y la feminidad*. Londres: Hogarth Press.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., Varonne, F. (2012). *Análisis y Gestión de políticas públicas*. 2a edición. Barcelona: Editorial Planeta. http://orga.blog.unq.edu.ar/wp-content/uploads/sites/28/2024/03/Subirats_y-otros-2008-Cap-2-y-3.pdf
- Taylor, S., Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (3.^a ed.). Barcelona: Paidós. [TaylorBogdan.2000](#)
- Techera, A., Apud, I., Borges, C. (2010). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Ed: Andrés Cribari. CSIC. ISBN: 978-9974-0-0645-4. DOI: [10.13140/2.1.1347.4242](https://doi.org/10.13140/2.1.1347.4242)
- Testa, D., Spampinato, S., (2010). *Género, salud mental y terapia ocupacional: algunas reflexiones sobre la influencia de la historia de las mujeres y la perspectiva de género*

en nuestras prácticas. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 174-181.
<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14101/15919>

Thomas, C. (2007). *Sociology of Disability and Illness: A Critical Introduction*. Palgrave Macmillan.

Tobías, E. (2007). *Estereotipos de género: reflexiones sobre el impacto en la construcción de identidades y relaciones*. Editorial XYZ.

Toboso, M (2017). Capacitismo. En: R. Lucas Platero, María Rosón y Esther Ortega (eds.): *Barbarismos queer y otras esdrújulas*. Barcelona. Ed. Bellaterra. 2017. P. 73- 81. ISBN: 978-84-7290-829-1. [Toboso.2017](#)

Torres, F., García, G. (Dirección) (2024). *Es con nosotras* [Película]. Pez Globa Audiovisual Producciones. [TorresGarcía.2024](#)

Torres, M. (2011). *Imaginarios sociales de la locura, policontextualidad y biotecnologías*. Sociología y Tecnociencia. Revista digital de sociología del sistema tecnocientífico, N° 1, Vol. 1, pp. 1- 20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3367692>

Townsend, E., Brintnell, S., Staisey, N. (1990). Developing Guidelines for Client-Centred Occupational Therapy Practice. En *Canadian Journal of Occupational Therapy*. DOI: 10.1177/000841749005700205

Townsend, E., Polatajko, H. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice*. CAOT Publications ACE.

Trujillo, A., Sanabria, L., Carrizosa, L., Parra, E., Rubio, S., Uribe, J., Rojas, C., Pérez, L., Méndez, J. (2011). *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de la Ocupación Humana. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/9033>

UN Women. (2014). *Transversalización de la perspectiva de género en las políticas públicas*.

ONU Mujeres.

Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS). (1976). *Fundamental principles of disability*. Londres: UPIAS. <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf>

Uruguay. (1999). *Decreto N.º 320/999 - Reglamentación de establecimientos para personas adultas mayores*. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/320-1999>

Uruguay. (2007). Ley N.º 18.104. *Promoción de igualdad de oportunidades y derechos entre mujeres y varones*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18104-2007>

Uruguay. (2008). Ley N.º 18.418. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/18418-2008>

Uruguay. (2009). Ley N.º 18.651. *Normas sobre protección integral de personas con discapacidad*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/18651-2009>

Uruguay. (2015). Ley de Cuidados N.º 19.353. *Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

Uruguay. (2017). Ley N.º 19.529. *Ley de Salud Mental*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Uruguay. (2017). Ley N.º 19.580. *Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género*. Modificación a disposiciones del Código Civil y Código Penal. Derogación de los Arts. 24 a 29 de la Ley 17.514. <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Uruguay. (2018). Ley N.º 19.691. *Aprobación de normas sobre la promoción del trabajo para personas con discapacidad*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19691-2018>

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Morata. studylib.es

Vázquez, D., Delaplace, D. (2011). Políticas públicas con perspectiva de derechos humanos: Un campo en construcción. *SUR - Revista Internacional de Derechos Humanos*, 8(14), 13-31. <https://atlasdegenero-semujeres.edomex.gob.mx/sites/atlasdegenero-semujeres.edomex.gob.mx/files/files/2%20politicas-publicas-con-perspectiva-de-derechos-humanos-un-campo-en-construccion.pdf>

Velarde, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista Empresa Y Humanismo*, 15(1), 115-136. <https://doi.org/10.15581/015.15.4179>

Willard, Spakman (2016). *Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana.

Anexo 1

Guía de observación participante

Objetivo general: conocer la infraestructura, dinámicas y vivencias de los residentes en los diferentes establecimientos, con un enfoque específico en las interacciones de género, la discapacidad, y la convivencia. Observar la infraestructura del dispositivo, las dinámicas diarias, las ocupaciones de los residentes, el desempeño de las mujeres residentes, y las interacciones entre los diferentes grupos –mujeres, varones, disidencias–. Analizar las barreras y herramientas, y cómo se puede mejorar cada contexto con respecto a esto.

Esta guía ha sido diseñada teniendo en cuenta una perspectiva de DDHH e interseccional, una mirada desde la terapia ocupacional, el enfoque de planificación estratégica con perspectiva de género (Moser, 1993) y el modelo de planificación de género propuesto por Hartmann (1998). A través de esta lente, se busca no solo identificar situaciones problemáticas, sino también reconocer oportunidades de transformación estructural en las dinámicas de género y convivencia dentro de los dispositivos.

Nota: asistir al espacio de observación con una actitud receptiva y todos los sentidos disponibles, sin buscar intencionadamente estímulos específicos, pero permaneciendo atenta a aquellos elementos que puedan resultar relevantes para los objetivos de esta recolección de información. Si surgen aspectos significativos no contemplados previamente en la pauta, tenerlos en cuenta de igual modo, considerando que pueden enriquecer el análisis y aportar datos valiosos al proceso de investigación. Es probable que, en el transcurso de la observación participante, me encuentre con elementos que sorprendan o interpelen, que me inviten a ampliar el alcance y el horizonte de sentido con el que llegué, desbordando –aportando y enriqueciendo– las ideas previamente pensadas.

Pauta de observación

1. Dimensiones de la infraestructura y espacios

- **Estado de la infraestructura:**
 - Higiene del centro (habitaciones, baños, espacios comunes, etc.)

- Orden de espacios comunes (salas de reuniones, salas de talleres, cocina, comedor, living, patio/jardín, etc.)
- **Disponibilidad de la infraestructura:**
 - Hacinamiento y tamaño de los espacios (habitaciones, baños, espacios comunes, etc.)
 - Cantidad de habitaciones y cuántas personas habitan en cada una
 - Cantidad de baños y cantidad de personas por baño
- **Accesibilidad y herramientas:**
 - ¿Hay herramientas o recursos adecuados para los residentes con discapacidad?
 - ¿Existen barreras físicas para los residentes?

2. Dinámicas y actividades del centro

- **Interacciones entre los residentes:**
 - ¿Cómo interactúan los residentes entre sí (por ejemplo, de diferentes géneros, edades o condiciones)? ¿Se observan diferencias en la forma en que se relacionan entre mujeres, varones y disidencias?
 - ¿Cómo interactúan con el personal del centro y las familias?
 - ¿Qué tipo de actividades y talleres se realizan en el centro? ¿Quién participa en ellas y por qué?
 - ¿Existen actividades que fomenten la autonomía, la independencia, o la convivencia? ¿Qué tan inclusivas son las actividades en relación con las personas de diferentes géneros o con discapacidad?
- **Observación de interacciones informales:**
 - Conversaciones naturales, tanto grupales como individuales, observando quiénes participan y qué se discute. ¿Cómo se habla sobre género, discapacidad, y relaciones afectivas entre los residentes?
 - ¿Existen diferencias en cómo las personas de diferentes géneros se perciben a sí mismas en su rol dentro del centro?
- **Tipo de actividades:**
 - Actividades de la vida diaria
 - Recreativas
 - Deportivas
 - Comunitarias
 - De trabajo y estudio

3. Perspectivas interseccionales

- **Género / desigualdades de género:**

- ¿Cómo se manejan las cuestiones de género en el centro? ¿Existen diferencias visibles o invisibles entre cómo se tratan mujeres, varones y personas disidentes?
- ¿Se realizan actividades o enfoques que aborden específicamente la igualdad de género? ¿Existen espacios para reflexionar sobre estas cuestiones?
- ¿Las personas residentes sienten que se les reconoce de manera igualitaria, o perciben alguna discriminación de género, ya sea por parte del personal, de otros residentes, o de la sociedad en general?

- **Discapacidad:**

- ¿Cómo se sienten las personas con discapacidad en cuanto a su identidad de género? ¿Hay cuestiones de autoestima, autoestima negativa o positiva relacionadas con su situación de salud mental?
- ¿Existen barreras para que las personas con discapacidad psicosocial se perciban como iguales o participen plenamente en la vida del centro?

4. Detección de necesidades prácticas y estratégicas de género –en base a Moser (1993)–

- **Prácticas:**

- ¿Qué necesidades prácticas de las mujeres, disidencias y otras personas residentes se observan? (higiene, cuidado personal, acceso a recursos materiales, espacios seguros, etc.)

- **Estratégicas:**

- ¿Se identifican intereses estratégicos de género que podrían ser abordados desde el dispositivo? (acceso igualitario a la toma de decisiones, reconocimiento de identidades de género, empoderamiento, cuestionamiento de roles tradicionales, etc.)
- ¿Existen barreras o facilitadores para la transformación de roles de género dentro del dispositivo?
- ¿Se promueve la participación protagónica de las personas en la planificación o mejora de los espacios que habitan?

5. Interrelación con políticas institucionales y garantía de derechos –en base a Hartmann (1998)–

- ¿Cómo se articulan las prácticas del centro con políticas o marcos institucionales que promueven la igualdad de género y la inclusión?

- ¿Se evidencia algún grado de apropiación institucional del enfoque de género? ¿Cómo se expresa esto en el trato, las actividades o los roles asignados?
- ¿Las actividades propuestas en el centro refuerzan estereotipos o permiten ampliar los márgenes de lo posible para mujeres y disidencias?

6. Consideraciones generales

- ¿Existen situaciones de opresión, desigualdad o estereotipos que se perciban de manera manifiesta o implícita?
- ¿Cómo se maneja la convivencia dentro del centro? ¿Existen conflictos relacionados con la falta de conciencia o educación sobre género?
- Observar cualquier dinámica que pueda generar un aprendizaje importante sobre cómo abordar el género y la discapacidad en el ámbito institucional.

Anexo 2

Letras de las canciones *Sin ti no soy nada* y *Amor completo*

Letra de la canción *Sin ti no soy nada*

Artista: Amaral

Año: 2002

Sin ti no soy nada

una gota de lluvia mojando mi cara

mi mundo es pequeño

y mi corazón pedacitos de hielo

solía pensar que el amor no es real

una ilusión que siempre se acaba

ahora sin ti no soy nada

Sin ti niña mala

sin ti niña triste que abraza su almohada

tirada en la cama

mirando la tele y no viendo nada

amar por amar y romper a llorar

en lo más cierto y profundo del alma

sin ti no soy nada

los días que pasan, las luces del alba

mi alma, mi cuerpo, mi voz, no sirven de nada

porque yo... sin ti no soy nada (3x)

Me siento tan rara
las noches de juerga se vuelven amargas
me río sin ganas con una sonrisa pintada en la cara
soy solo un actor que olvidó su guión
que al fin y al cabo son solo palabras
que no dicen nada

los días que pasan, las luces del alba
mi alma, mi cuerpo, mi voz, no sirven de nada
que no daría yo por ver tu mirada
por ser como siempre los dos
mientras todo cambia
porque yo... sin ti no soy nada (3x)

los días que pasan, las luces del alba
mi alma, mi cuerpo, mi voz, no sirven de nada
que no daría yo por tener tu mirada
por ser como siempre los dos
mientras todo cambia
porque yo... sin ti no soy nada (3x)

Letra de la canción *Amor completo*

Artista: Mon Laferte

Año: 2015

No, no hay nada mejor

que probar un primer beso,
y más de ti
veo tantos colores
y todos mis sentidos
estallarán de tanto amarte

Cómo se puede sentir
tantas cosas en tan poco tiempo,
y no morir?
tú puedes hacer
un gran nido en mi universo
puedes hacer lo que quieras conmigo

Yo siento que tú me querí
como yo te quiero
acuéstate a mi lado
esta noche te quiero vivir

Arrúllame, ahógame, aplástame
desármame, cómeme, fúname
amor inquieto, amor drogado
amor completo

Cada vez que yo
te veo y que te pienso

siento que florezco
me duele estar tan lejos
no es fácil que no estés aquí
y aún así
puedes hacer lo que quieras de mí

Yo siento que tú me querí
como yo te quiero
acuéstate a mi lado
esta noche te quiero vivir

Arrúllame, ahógame, aplástame
desármame, cómeme, fúmame
amor inquieto, amor drogado
amor completo
amor inquieto, amor completo.