

ISSN 0122-0942

Ocupación Humana

Vol. 16 • No.1 • 2016



Tarifa postal reducida Servicio Postales Nacionales S.A. No 2015-649 4-72 Vence: 31-12-2016

Revista Ocupación Humana

Vol. 16 • Número 1 • 2016

La revista Ocupación Humana es el órgano oficial del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, orientada a difundir resultados de investigaciones y experiencias profesionales por medio de la publicación de artículos originales que aporten al cuerpo de conocimientos y la práctica profesional de la Terapia Ocupacional. La revista está dirigida a los terapeutas ocupacionales profesionales y en formación dentro y fuera de Colombia, así como a profesionales afines a los campos de la Terapia Ocupacional y la Ciencia de la Ocupación.

ISSN: 0122-0942

Editora

Clara Yamile Duarte Cuervo. T.O. Esp. Mg.

Comité Editorial

Pamela Talero Cabrejo. T.O. OTD, OTR/L. Thomas Jefferson University, School of Health Professions, Filadelfia, PA, Estados Unidos.

Jaqueline Cruz Perdomo. T.O. Esp. Teorías y Métodos Sociológicos. Mg. Filosofía. Universidad del Valle, Colombia.

Diana Rocío Vargas Pineda. T.O., Mg. Salud Pública. Escuela Colombiana de Rehabilitación, Colombia.

Representante del Consejo Directivo del CCTO: Aida Navas de Serrato. T.O. Colombia.

Comité Científico

Liliana Álvarez Jaramillo. T.O. Mg. PhD. University of Western Ontario, Canadá.

Aleida Fernández Moreno. T.O. Mg. PhD. Universidad Nacional de Colombia.

Alejandro Guajardo Córdova. T.O. Esp. Mg. Universidad de Santiago de Chile, Chile.

Lida Pérez Acevedo. T.O. Mg. PhD. Universidad Nacional de Colombia.

Liliana Tenorio. T.O., Mg. Universidad del Valle, Colombia.

Colaboradores

Revisión de estilo textos en inglés: Johanna Useche Rodríguez.

Apoyo editorial: Deisy Carolina Moya. T.O.

Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

El Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional –CCTO– es una organización profesional con carácter democrático, civil y privado, con personería jurídica, sin ánimo de lucro; con plena capacidad legal para el cumplimiento de sus objetivos y la posibilidad de recibir funciones públicas que le sean delegadas de acuerdo con lo que establezca la Constitución Política de Colombia, las leyes y reglamentaciones vigentes.

Cra. 94g No 86B - 15
Bogotá D.C., Colombia
www.tocolombia.org
info@tocolombia.org
Tel: (57)(1) 4606559

Consejo Directivo Nacional Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

Presidenta: Solángel García Ruiz

Vicepresidenta: Marby Natalia Peña Rodríguez

Secretaria General: Olga Marcela Alejo Fonseca

Tesorera: Yurani Vecino Martínez

Suplente de Tesorería: Oscar Javier Larrota Veloza

Fiscal: Clemencia Martínez

Presidenta Regional Occidente: María Claudia Montoya Mejía

Vicepresidenta Regional Occidente: Yasneidy Herrera Mora

Secretaria Regional Occidente: Johana Ruiz Zúñiga

Diagramación e impresión:
ARFO Editores e Impresores Ltda.
Cra. 15 No. 54-32 Tel.: 2494753
casaeditorial@etb.net.co
Bogotá, D. C.

Las opiniones expresadas en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la Revista Ocupación Humana, ni del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional.

Se autoriza la copia de artículos y textos para fines de uso académico o interno de instituciones, citando la fuente. Para impresos y artículos en formato digital, dirija la solicitud al correo editorial@tocolombia.org.

Contenido

Editorial

¿Cuáles son los retos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional para el próximo decenio?	3
--	---

INVESTIGACIÓN

Desarrollo de una guía para la prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación <i>Diana Carolina Rincón Martínez, Johana Paola Ríos, Mónica Romero Espinosa</i>	5
---	---

Participación y calidad de vida en familias de personas con discapacidad <i>Daniela Vanessa Palma Arroyo, Jhoan Sebastián Zapata López, Melania Satizabal Reyes, Pablo Esteban Roa Urrutia</i>	19
---	----

Sentido y significado de las ocupaciones de las mujeres del Cabildo Indígena de Suba. Perspectivas desde Terapia Ocupacional <i>Johana Mogollón Cárdenas</i>	32
---	----

Fortalezas y desafíos ocupacionales de jóvenes y adultos que asisten a un programa de recuperación de adicciones <i>Marta Luz Guzmán Guzmán, María Auxiliadora Reyes Sanjuán</i>	44
---	----

REFLEXIÓN

Conceptualizaciones sobre cultura, socialización, vida cotidiana y ocupación: reflexiones desde espacios formativos <i>Mónica Palacios Tolvett</i>	56
---	----

Post-colonial occupational therapy: Perspectives from an old empire <i>Nick Pollard</i>	70
--	----

Terapeuta ocupacional: sujeto político <i>Solángel García Ruiz</i>	84
---	----

Sistema Nacional de Rehabilitación Integral: Limitaciones en el concepto, el marco normativo y la formación profesional <i>Nancy Jeanet Molina Achury</i>	91
--	----

RESEÑA

Antropología Médica y Terapia Ocupacional: Reflexiones preliminares de una conversación promisoriosa <i>Vanesa Giraldo Gärtner</i>	100
---	-----

PRESENTACIÓN DE LIBRO

Presentación del libro Terapias Ocupacionales desde el Sur <i>Eladio Recabarren Hernández</i>	105
--	-----

DOCUMENTO HISTÓRICO

Nuevo modelo de salud y condiciones para la práctica laboral <i>Solángel García Ruiz</i>	109
---	-----

Editorial

¿Cuáles son los retos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional para el próximo decenio?

Formar parte de una colectividad como el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional (CCTO) implica el compromiso y la responsabilidad de desarrollar acciones efectivas que favorezcan una mayor incidencia política y técnica de la Terapia Ocupacional en Colombia, como una profesión que contribuye con ocupaciones dignas, individuales y colectivas.

El Consejo Directivo Nacional, apoyado por un importante grupo de terapeutas ocupacionales, está trabajando sobre la construcción del Plan de Acción del CCTO 2016-2026, con el convencimiento de que la Terapia Ocupacional debe fortalecer su presencia dentro de los escenarios político, social y económico, siendo además consecuente con el histórico momento de nuestro país.

Plantea un desarrollo estructurado y organizado, a través de líneas de acción con las que nuestra organización se siente comprometida, y que consideramos dan cobertura a las necesidades y expectativas de nuestro gremio, así como a las oportunidades que nos marca la transformación de Colombia. Estas son:

Desarrollo profesional

Son todas aquellas acciones tendientes a lograr el fortalecimiento y la cualificación de los profesionales de Terapia Ocupacional en todos los campos del ejercicio, favoreciendo su posicionamiento técnico y político. La estructuración y formulación de Capítulos será una de las estrategias para lograr este propósito.

Funciones públicas

Adecuar la organización interna del CCTO para el cumplimiento de la propuesta presentada a la convocatoria de la Resolución 3392 de 2015, referida al Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), y la entrega de tarjeta profesional a los profesionales graduados.

Participación política

Participar en los distintos escenarios locales, nacionales e internacionales que permitan realizar incidencia sobre asuntos relacionados con las poblaciones con quienes se trabaja o con el reconocimiento y participación del terapeuta ocupacional.

Generación de conocimientos

Desarrollar un proceso conducente a promover la generación de conocimiento de la Terapia ocupacional en Colombia y potenciar al CCTO como centro de generación de conocimiento para la Terapia Ocupacional reconocido nacional e internacionalmente.

Fortalecimiento regional

Mediante el fortalecimiento de las regionales como parte del CCTO, descentralizar y dinamizar el desarrollo de la Terapia Ocupacional en Colombia respondiendo a las necesidades y oportunidades planteadas para cada región y en beneficio del posicionamiento político y técnico de la profesión y de sus profesionales en el país.

Formulando estrategias de comunicación, fortalecimiento de redes y alianzas, el CCTO se propone desarrollar un conjunto de acciones que garanticen la sostenibilidad de nuestra organización, que en términos económicos y financieros, posibilite el cumplimiento de los objetivos de mandatorio cumplimiento definidos en los estatutos de nuestra organización (Estatutos CCTO, Capítulo 2, Artículo 6).

Consejo Directivo Nacional 2016 - 2018

Desarrollo de una guía para la prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación¹

Development of a prescription guide for low complexity feeding adaptive equipment

Diana Carolina Rincón Martínez²

Johana Paola Ríos³

Mónica Romero Espinosa⁴

Recibido: 10 de abril 2016 • Enviado para modificación: 28 de julio de 2016 • Aceptado: 5 de agosto de 2016

Rincón, D., Ríos, J., & Romero, M. (2016). Desarrollo de una guía para la prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 5-18.

Resumen: La prescripción de productos de apoyo es un proceso fundamental dentro de la rehabilitación, en el que los terapeutas ocupacionales juegan un papel central. Se conocen avances en orientaciones para la práctica prescriptiva, pero estos no son específicos para productos de apoyo de baja complejidad en actividades de la vida diaria. La investigación buscó desarrollar una guía que ayuda a los profesionales de la salud en este proceso, específicamente para la actividad de alimentación en mayores de 15 años de Bogotá. Se realiza revisión documental en bases de datos, revistas, trabajos de grado y libros; una encuesta a profesionales y usuarios para identificar conocimientos, percepciones y prácticas; se elabora la Guía de prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación, y se somete a validación. La Guía propone una ruta de ocho etapas e incluye la Cartilla para la elección del producto. Se identifica que algunos terapeutas ocupacionales no identifican para la prescripción dentro de sus competencias y que entre quienes prescriben, con frecuencia no se hace entrenamiento ni seguimiento, necesarios para asegurar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Se espera que la guía sea un referente para la práctica y para el diseño de otras.

Palabras clave: prescripción, dispositivos de autoayuda, alimentación, tecnología de bajo costo.

Abstract: Technical aids prescription is a fundamental process in rehabilitation, in which occupational therapists play a central role. Advances are known in guidelines for prescriptive

¹ Este artículo se deriva de la investigación titulada *Guía para la prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación*, elaborada por las autoras como trabajo de grado para optar al título de terapeutas ocupacionales de la Universidad Nacional de Colombia y dirigido por la docente Sylvia Duarte. Trabajo ganador del primer puesto del Premio de Investigación Alicia Trujillo Rojas, décima versión (2016), en la categoría estudiantes.

² Terapeuta Ocupacional. Fisiatras para la rehabilitación y habilitación infantil FRAHI. Bogotá, Colombia. dicrinconma@unal.edu.co

³ Terapeuta Ocupacional. Estudiante Maestría en Neurociencias, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. jopriosor@unal.edu.co

⁴ Terapeuta Ocupacional. Estudiante Maestría en Ingeniería Biomédica, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. mromeroe@unal.edu.co

practice, but these are not specific for low complexity technical aids in daily life activities. The research aims to develop a guide to assist health professionals in this process, specifically for the feeding activity in patients over 15 years of age in Bogotá. Document review is conducted in databases, magazines, dissertations and books; a survey of professionals and users to identify knowledge, perceptions and practices is conducted. A Guide on prescription of low complexity technical aids for feeding activity is developed and subjected to validation. The Guide proposes eight stages and includes the fact-sheet for product choice. It is identified that some occupational therapists do not recognize prescription within their competency and that among prescribers, there is often no training or follow-up, which are needed to ensure that the therapeutic goals are achieved. It is expected that his guide becomes a reference for practice and for the design of others.

Keywords: prescription, self-help devices, feeding, low cost technology.

Introducción

Los productos de apoyo son dispositivos o elementos que permiten, a una persona que lo requiere, prevenir, mantener, mejorar o suplir una función disminuida o perdida; esto con el objeto de aumentar la independencia en la participación de las actividades de la vida diaria (AVD) (Lipton & Lee, 1990; Mann, Hurren & Tomita, 1995; Miller, 2006; Long, Woolverton, Perry & Thomas, 2007). Una de ellas, la actividad de alimentación, es definida como el “proceso de preparar, organizar y llevar el alimento (o líquido) del plato o taza / vaso a la boca” (AOTA, 2008, p.630), y se considera imprescindible en la vida de los seres humanos, necesaria para el crecimiento, reparación y mantenimiento del cuerpo.

Entre tanto, los profesionales de la salud, específicamente del área de la rehabilitación, están en la capacidad de detectar y satisfacer las necesidades de las personas en torno a su salud y su calidad de vida, haciendo uso de diferentes tratamientos, muchas veces, de productos de apoyo.

De acuerdo con lo anterior, la importancia de la prescripción de productos de apoyo radica en guiar efectivamente los procesos de intervención para evitar errores en el uso de tecnologías en rehabilitación. A la fecha, en Colombia y en el mundo se han desarrollado algunos acercamientos para orientar el proceso prescriptivo, pero estos son lineamientos administrativos que, en su mayoría, incluyen productos de mediana y alta complejidad para la movilidad y la rehabilitación.

¿Cómo orientar a los profesionales y estudiantes en la prescripción de productos de apoyo de baja complejidad para la actividad de alimentación en personas mayores de 15 años, teniendo en cuenta los factores humanos, las necesidades de los usuarios y los planteamientos teóricos de Terapia Ocupacional? A través de esta pregunta, la investigación pretende realizar una aproximación a la tecnología en discapacidad en relación con la actividad de alimentación. Esto comprende, por un lado, el reconocimiento de los dispositivos de baja complejidad utilizados en dicha actividad y las demandas

biomecánicas para su realización; por otro, un acercamiento a la prescripción de los productos de apoyo a nivel nacional e internacional.

Metodología

Esta investigación se estructura a partir de tres fases:

Fase 1.

Revisión de literatura científica

En esta primera fase exploratoria se lleva a cabo una revisión teórica de la evidencia generada sobre tecnología, la alimentación y los productos de apoyo de baja complejidad relacionados con esta actividad. También se determinan las demandas biomecánicas necesarias para la ejecución de la actividad de alimentación. Finalmente, se indaga sobre productos de apoyo de baja complejidad para la actividad de alimentación disponibles en el mercado nacional e internacional, clasificándolos según su tipo, clases, función, requerimientos y población objetivo.

Para dicha revisión se consultan bases de datos, revistas, trabajos de grado y libros. Las bases de datos consultadas son: Biblioteca Virtual en Salud, Academic Search Complete, Embase, Medline, Normas Técnicas Colombianas, Scielo, Science Direct, PubMed, Doaj, Ebsco y Springer. Se consideran revistas propias de Terapia Ocupacional y ciencias de la salud de carácter científico como: Revista Ocupación Humana, Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Revista Terapia Ocupacional Galicia, Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, The American Journal

of Occupational Therapy, Canadian Journal of Occupational Therapy, British Journal of Occupational Therapy, Australian Occupational Therapy Journal, Scandinavian Journal of Occupational Therapy, The Indian Journal of Occupational Therapy, Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación, Assistive Technology: The Official Journal, Journal of Rehabilitation Research and Development, Technology and Disability. Se revisan trabajos de grado de Terapia Ocupacional y Diseño Industrial de la Universidad Nacional de Colombia - sede Bogotá, la Universidad del Rosario, la Universidad Manuela Beltrán, la Escuela Colombiana de Rehabilitación, la Universidad del Valle y la Universidad Javeriana. Se consideran los siguientes criterios de inclusión: literatura en español, inglés y portugués, que corresponda a los términos clave de búsqueda: *assistive technology*, *assistive device*, *technical aid*, *assistive aids*, *adaptive equipment*, *feeding*, *prescription*.

Fase 2.

Recolección de datos

En esta fase, de carácter descriptivo, las autoras identifican las percepciones, conocimientos y prácticas relacionadas con productos de apoyo de baja complejidad, así como los criterios de prescripción en la ciudad de Bogotá. Para ello se elabora y aplica una encuesta a 35 profesionales del área de rehabilitación, idóneos en la prescripción de productos de apoyo (Ríos, Laserna, Melo & Vargas, 2007): terapeutas ocupacionales, fisiatras, reumatólogos, ortopedistas y fisioterapeutas, de diferentes instituciones

prestadoras de servicios de salud en la ciudad, de carácter oficial y privado.

La encuesta también se administra a 26 usuarios de servicios de rehabilitación física en la Fundación Arcángeles y particulares, entre los 15 y 60 años de edad, que presentan una restricción de movimiento a nivel de miembro superior como consecuencia de trauma raquímedular, accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, osteoporosis o esclerosis múltiple. Se excluyen aquellos usuarios que presentan un compromiso cognitivo, personas mayores de 60 años y aquellas que manifiestan su interés en abandonar la encuesta.

Los resultados de dicha encuesta fueron tabulados y analizados para caracterizar la práctica de prescripción actual en la ciudad de Bogotá, estableciendo su correlación con los hallazgos de la fase 1.

Fase 3. Formulación y validación de la Guía de prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación

En esta fase, de carácter experimental, se formuló una *Guía de prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación* para profesionales del área de la salud. En ella se establecen los criterios de prescripción basados en las demandas físicas de la actividad (requerimientos biomecánicos), la población objeto, la función y exigencias de los dispositivos existentes en el mercado colombiano.

La Guía fue sometida a una evaluación de expertos y a una validación

en la Fundación Arcángeles, esto con el fin de determinar la viabilidad del producto final. Para la evaluación de expertos se contactan, vía correo electrónico, nueve profesionales que cumplen con los siguientes criterios: terapeutas ocupacionales que se desempeñan en el área de rehabilitación; docentes universitarios en instituciones públicas o privadas responsables de asignaturas relacionadas con tecnología en rehabilitación; ubicados en la zona centro, sur y norte de Colombia; con una trayectoria reconocida en el campo de la tecnología en rehabilitación; autores de documentación científica sobre tecnología en rehabilitación, que cuentan con el reconocimiento por parte de otros profesionales por su labor.

De acuerdo con el tiempo límite para la calificación, cuatro personas expertas aceptan participar en el estudio y dan apreciaciones positivas en cuanto a la forma, objetivo y contenido general de la Guía. Esta fue modificada de acuerdo con la realimentación obtenida, con el fin darle mayor claridad y precisión.

La validación de la Guía consistió en la aplicación práctica del documento. Dicho proceso incluyó la evaluación, prescripción, elaboración de productos de apoyo, entrenamiento y seguimiento a personas mayores de 15 años que asisten al servicio de Terapia Ocupacional de la institución participante. Esto con el fin de reconocer la pertinencia del uso de la guía y determinar los ajustes necesarios de acuerdo al contexto sociodemográfico de la misma.

Resultados

Revisión documental

Esta fase deja en evidencia vacíos de conocimiento en el área de prescripción de productos de apoyo, así como el uso indiscriminado de la terminología en el área de tecnología en rehabilitación, lo cual obstaculiza la definición de términos y el desarrollo de investigaciones en esta área. Ante este hallazgo, se realiza un análisis de la terminología utilizada desde el año 1985 hasta la actualidad en América del Norte, América del Sur y Europa, el cual está publicado en la Revista Ocupación Humana (Rincón, Ríos y Romero, 2014).

En cuanto a la prescripción y seguimiento de productos de apoyo en movilidad, comunicación y rehabilitación, se identifican algunos acercamientos como los realizados por Ríos (1998, 2001); el Gobierno de Brasil (1998); el Fondo Nacional de Discapacidad de Chile (2004); Akli, Laserna, Ramírez y Ríos (2007); Hernández, Laserna, Melo y Ríos (2007); Houghton, Laserna, Páez, Ríos y Vargas (2007); Laserna, Melo, Ramírez y Ríos (2007a, 2007b), y Laserna y Ríos (2007). Estos documentos brindan información fundamental sobre el proceso prescriptivo, pero carecen de especificidad sobre productos de apoyo para AVD y de baja complejidad.

Perspectiva sobre prescripción de productos de apoyo de baja complejidad

Esta gira alrededor de tres tópicos: conocimiento, percepción y práctica

por parte de profesionales y usuarios de servicios de rehabilitación, donde cabe destacar:

El 69% de los usuarios encuestados refieren no haber recibido información relacionada con productos de apoyo, a pesar de que al 85% le han sido prescritas ortesis, prótesis y ayudas para la movilización personal. El 52% refieren no haber sido entrenados en el uso de tales productos y desconocen que podrían recibir este servicio. Así mismo, el 57% no recibió seguimiento, dado que ni el profesional ni el usuario lo consideraron necesario.

Finalmente, se evidencia que los profesionales que más incluyen la práctica prescriptiva de tecnología de asistencia durante la prestación del servicio son los médicos fisiatras (47%), seguidos por los terapeutas ocupacionales (41%).

Por otra parte, dentro del panorama presentado por los profesionales del área de rehabilitación es importante resaltar que 51% no prescriben productos de apoyo, ya que consideran que ello no se encuentra dentro de sus funciones profesionales, que sus usuarios no son elegibles para utilizarlos o no saben dónde se pueden adquirir.

Igualmente, 64% de los profesionales realizan entrenamiento en el uso del producto de apoyo, los restantes refieren no hacerlo debido a que los tiempos de consulta son limitados. En relación con el seguimiento, 47% de los profesionales realizan este proceso.

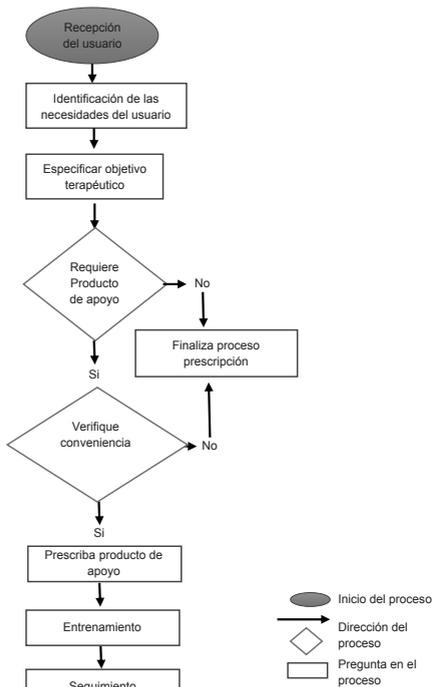
Existe una tendencia en la prescripción de ortesis, prótesis y ayudas para la movilización personal, coincidiendo

con lo referido por los usuarios. A su vez, se evidencia que los productos de apoyo que menos se prescriben son las ayudas para el cuidado y la protección personal, dentro de las que se categorizan aquellas destinadas a la actividad de alimentación.

Ruta de prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación

Siguiendo los acercamientos teóricos de la investigación, y teniendo en cuenta la perspectiva actual relacionada con los productos de apoyo, se formula una ruta de prescripción que consta de ocho etapas⁵, esta se presenta brevemente a continuación y se ilustra en la Figura 1.

Figura 1. Ruta para la prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación.

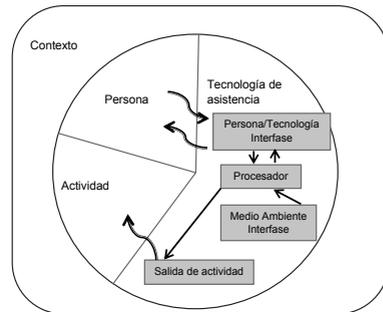


Fuente: Elaboración propia.

Etapa I. Recepción del usuario. Contempla la entrada del usuario a los servicios de salud en las especialidades de Fisiatría, Reumatología, Ortopedia, Terapia Ocupacional o Fisioterapia, según convenga en el plan de tratamiento.

Etapa II. Identificación de las necesidades del usuario. Contempla la evaluación y el análisis de los siguientes factores: la actividad de alimentación, el contexto, la persona y el producto de apoyo, por medio del *Instrumento para la identificación de necesidades en la actividad de alimentación* (Rincón, Ríos y Romero, 2015), planteado por las autoras y basado en el modelo Human Activity Assistive Technology (HAAT), de Cook y Hussey (2002), el cual se basa en la interrelación de estos factores, tal como se observa en la Figura 2. El instrumento evalúa al usuario identificando las necesidades en cada uno de los componentes; a partir de ello, determina la elegibilidad o no para la prescripción de productos de apoyo.

Figura 2. Componentes del Modelo Human Activity Assistive Technology (HAAT).



Fuente: Adaptado al español de Cook y Hussey (2002).

⁵ Se invita a revisar el informe de investigación para ampliar detalles sobre las etapas del proceso de prescripción propuesto (Rincón, Ríos y Romero, 2015).

Etapa III. Especificar el objetivo terapéutico. La formulación del objetivo terapéutico se hace entre el usuario y el profesional, teniendo en cuenta dos aspectos fundamentales: el ámbito de incidencia y el cambio favorable que se desea lograr con la intervención (Tabla 1) (Fondo Nacional de la discapacidad, 2010).

Tabla 1. Aspectos a considerar al especificar el objetivo terapéutico.

Ámbito de incidencia	Cambio favorable
Personal	Funcional
Familiar	Desempeño
Social	Participación
Cultural	Autonomía personal

Fuente: Elaboración a partir de lo planteado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (2010).

Etapa IV. Elegir el producto de apoyo. Una vez establecidas las necesidades de la persona y determinado el objetivo terapéutico a seguir, se debe realizar un razonamiento clínico que permita determinar la pertinencia de la prescripción o no de un producto de apoyo.

Tal como lo afirma la OMS (1998), la conveniencia tiene relación con las características de cada usuario. Si el profesional considera pertinente el uso de un producto de apoyo para la actividad de alimentación, deberá elegir el que se ajuste a las necesidades de la persona y tendrá en cuenta consideraciones como el tipo, clase, función y requerimientos del dispositivo.

Para responder a estos dos requerimientos, la Guía cuenta con la *Cartilla para la elección del producto de apoyo* (Rincón et al., 2015), elaborada con base en la revisión documental reali-

zada en la primera fase de la investigación. Esta se divide en dos partes: a) elección de acuerdo a las necesidades de la persona (Análisis biomecánico y osteomuscular de la actividad de alimentación para lesiones periféricas, lesiones neurológicas, síndrome piramidal y extrapiramidal, temblor distal, hipotonía y debilidad muscular), y b) elección de acuerdo a las características de los productos (Clasificación de productos de apoyo de baja complejidad para la actividad de alimentación disponibles en el mercado nacional e internacional).

Usando la Cartilla, el profesional determina el producto de apoyo adecuado para el usuario, dependiendo de sus necesidades; luego, se remite a la Clasificación de productos de apoyo de baja complejidad para la actividad de alimentación, con el fin analizar las características y determinar la elegibilidad del dispositivo.

Etapa V. Verificar conveniencia. Precisa seguir un plan de acción que considere aspectos de efectividad, seguridad, conveniencia y costo (Tabla 2). Ello con el fin de verificar si el producto de apoyo responde a las necesidades de la persona.

Tabla 2. Verificar la conveniencia de prescribir el producto de apoyo.

Verificar	Aspectos a tener en cuenta
Efectividad	El uso del producto de apoyo tiene posibilidad de alcanzar el objetivo terapéutico.
Seguridad	Relación con las contraindicaciones o efectos por características del dispositivo (materiales, forma, peso).

Verificar	Aspectos a tener en cuenta
Conveniencia	¿El producto de apoyo es realmente necesario?
Costo	Fácil adquisición Bajo costo

Fuente: Elaboración propia.

Etapa VI. Escribir la prescripción. A partir de lo estipulado en el Decreto 2200 de 2005 (Presidencia de la República, 2005), en la Tabla 3 se presentan los parámetros mínimos que debe contener la prescripción de productos de apoyo en alimentación.

Tabla 3. Parámetros mínimos de la prescripción.

Información en la prescripción de ayudas técnicas en alimentación
• Nombre del profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.
• Lugar y fecha de la prescripción.
• Nombre del usuario, documento de identificación y número de la historia clínica.
• Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
• Nombre completo del producto de apoyo en alimentación prescrito e imagen.
• Consideraciones particulares del producto de apoyo relacionadas con las necesidades del usuario.
• Forma de adquisición (comercial o hecha a medida por un profesional), especificar nombre del lugar o del profesional, dirección o teléfono de contacto.
• Indicaciones de uso (horas de uso diario).
• Vigencia de la prescripción.
• Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

Fuente: Adaptado del Decreto 2200 de 2005.

Etapa VII. Entrenamiento. Toda persona debe ser entrenada en el uso del producto de apoyo (Ríos et al., 2007).

El entrenamiento es la fase establecida para que el profesional facilite a la persona el desarrollo de capacidades y destrezas para el uso del producto de apoyo.

Es preciso mencionar que el profesional que generalmente hace el entrenamiento en el uso y cuidado del producto de apoyo es el terapeuta ocupacional, quien, dependiendo de la institución prestadora de servicios de salud, debe contar con los espacios destinados para el entrenamiento en AVD (Ríos et al., 2007).

Se propone, como principal estrategia de entrenamiento, la simulación con el producto de apoyo (Ríos et al., 2007). Por otro lado, como estrategia complementaria se establece la entrega de planes para la cotidianidad o folletos para el uso óptimo del producto, los cuales incluirán los cuidados e higiene del mismo.

Etapa VIII. Seguimiento. Se propone un seguimiento tanto a la persona como al producto de apoyo prescrito; con ello se busca verificar el cumplimiento del objetivo terapéutico y la percepción del usuario en cuanto al uso. Para ello, se retoma el formato de seguimiento propuesto por Ríos et al., 2007. El seguimiento además facilita al profesional la identificación de las acciones a seguir luego de un tiempo de uso del producto de apoyo.

Validación de la Guía

Este proceso fue llevado a cabo en una institución prestadora de servicios de rehabilitación física, en la cual se contó con la participación de 42 personas que presentaban dificultad en la

manipulación de utensilios durante la actividad de alimentación. Con ellas se aplicó el instrumento de *identificación de necesidades*, lo que llevó a la prescripción de 110 productos de apoyo, en su mayoría mangos gruesos y cuchillos de balanceo. Fueron entregados 28 productos de apoyo elaborados a la medida y de adquisición comercial, todos los usuarios que los adquirieron recibieron el plan para la cotidianidad. Se realizó entrenamiento y seguimiento en el uso de los mismos por parte de los terapeutas ocupacionales de la institución.

Además, de este proceso se derivan algunas modificaciones y adiciones al documento inicial, como las orientaciones para la elaboración de productos de apoyo, la formulación de criterios para determinar la funcionalidad de los agarres y de una ruta de evaluación (con el fin de optimizar el tiempo de aplicación del instrumento de identificación de necesidades), así como el establecimiento de criterios de prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en alimentación para lesiones neurológicas, clasificadas en lesiones piramidales, extrapiramidales, debilidad muscular, hipotonía y temblor distal.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que los profesionales encuestados consideran importante la prescripción de productos de apoyo, ya que favorecen el cumplimiento de un objetivo médico / terapéutico; sin embargo, cerca de la mitad de ellos no prescriben. Los terapeutas ocupacionales no lo hacen, pues consideran que no

se encuentra dentro de sus funciones profesionales; esto deja en evidencia un desconocimiento de su labor en esta área de ejercicio.

Kay (1969), Trombly y Scott (1977), y Malick y Meyer (1978), citados por Lipton y Lee (1990), afirman que los “terapeutas ocupacionales y los ortesistas han sido los principales contribuyentes al conocimiento del uso de dispositivos auxiliares de la extremidad superior para facilitar la función durante el desempeño de las actividades de la vida diaria, estos conocimientos incluyen la práctica, los procesos de ajuste y el entrenamiento requerido para un funcionamiento adecuado del producto de apoyo y el paciente” (p.126). A su vez, Rogers y Holm (1992) concluyen que los usuarios adquieren productos de apoyo por recomendación del terapeuta ocupacional; Buning, Hammel, Angelo y Schmeler (1998) exponen que los terapeutas ocupacionales están calificados para evaluar y proporcionar tecnología de asistencia dentro de los planes de intervención, y Kraszkowsky y Finlayson (2001) afirman que el terapeuta ocupacional y otros profesionales de la salud son los encargados de la prescripción de equipo adaptado.

Por su parte, Hohmann y Redekop (2011) exponen que la prescripción, la formulación de medidas y cualquier modificación deben ser realizadas por el profesional responsable, demostrando que la prescripción o formulación de productos de apoyo es competencia de diferentes profesionales de la salud en el área de la rehabilitación.

Según reza la Ley 949 de 2005 (República de Colombia, 2005), en su Artículo 22, “el terapeuta ocupacional podrá autónomamente prescribir, diseñar, elaborar o adaptar los productos de apoyo que requieran los usuarios de los servicios para su adecuada prestación”. Así pues, la prescripción de productos de apoyo se encuentra dentro de las funciones profesionales del terapeuta ocupacional. Sin embargo, dicha ley no hace referencia al seguimiento, el cual debe hacer parte del proceso de rehabilitación.

Durante la prescripción de productos de apoyo se tienen en cuenta las etapas de entrenamiento y seguimiento. Teniendo en cuenta que ciertos profesionales que prescriben no realizan el entrenamiento, bien porque consideran que el tiempo de consulta es limitado o porque los proveedores del producto dan las indicaciones de uso, el proceso de rehabilitación puede verse afectado. Por otro lado, algunos usuarios refieren que no se les realiza entrenamiento porque no lo consideran necesario o porque no sabían que podían recibirlo; sin embargo, como plantean Rogers y Holms (1992), “cuando existe entrenamiento hay un aumento de la satisfacción, mayor índice de uso y una práctica segura” (p. 122).

La Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) (Resolución 1896 de 2001 y Resolución 02333 de 2000, Ministerio de Salud) corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia. Esta busca estandarizar los datos que consolidan el Sistema Integral de In-

formación y proveer un lenguaje homogéneo. En la Clasificación se afirma que el “diseño, adecuación y entrenamiento en uso de tecnología de rehabilitación” incluye el “entrenamiento y uso de órtesis, prótesis, aditamentos asistivos, artefactos para movilidad y marcha, entre otros, en el hogar, escuela o sitio de trabajo”; también se menciona el entrenamiento funcional en autocuidado, especialmente en actividades básicas cotidianas. Así, resulta evidente que el proceso de rehabilitación corresponde a una secuencia estipulada por la ley que incluye el entrenamiento para la utilización de productos de apoyo.

Por otro lado, los profesionales que realizan entrenamiento utilizan estrategias como simulación con el producto de apoyo y provisión de indicaciones para el cuidado e higiene de la misma. Al respecto, Rogers, Poole, Holm, Kwoh & Stofko (1989) encontraron que la estrategia de entrenamiento por excelencia es aquella en la que el dispositivo está involucrado: demostración y práctica supervisada. La manipulación de una ayuda se determina generalmente mediante la observación de los pacientes que la utilizan, pero se puede hacer una descripción verbal de cómo hacerlo si esta no estaba disponible. A partir de estas afirmaciones es posible exponer que el entrenamiento es una etapa fundamental para garantizar el éxito y satisfacción con el producto de apoyo.

Así mismo, Kraskowsky y Finlayson (2001) afirman que la prescripción y entrenamiento en el uso de equipo adaptado es uno de los métodos

que usan los terapeutas ocupacionales para mantener el desempeño ocupacional, mientras Long et al. (2007) refieren que los terapeutas ocupacionales pueden utilizar el análisis de la actividad y la adaptación durante el entrenamiento, sugiriendo una conexión lógica para el uso de la tecnología de asistencia como modalidad para promover la función.

Entre tanto, en la etapa de seguimiento se considera la necesidad de verificar el cumplimiento del objetivo terapéutico, re-evaluar el desempeño de la persona e indagar sobre el producto de apoyo. Sin embargo, cerca del 53% de los profesionales no realizan seguimiento, lo cual es corroborado por los usuarios, además de reconocer que los profesionales que lo hacen son, en su mayoría, médicos especialistas en Fisiatría y Reumatología. Esto se explica como consecuencia de que los tiempos de espera para la asignación de citas son muy prolongados, aunque los usuarios refieren que los profesionales no consideran necesario realizarlo. Staisey (1984) comprobó que el seguimiento del uso de productos de apoyo era menos común que el entrenamiento, tal como se demuestra en la práctica actual.

Según Kraskowsky y Finlayson (2001), el terapeuta ocupacional ofrece una amplia gama de servicios en la aplicación de la tecnología, incluyendo la evaluación, recomendación, la justificación de la necesidad, la promoción, el conocimiento de los recursos de financiación, personalización, entrenamiento, integración y seguimiento. Por lo cual, además de ser el seguimiento una etapa fundamental en el proceso

de prescripción, es importante considerar que una intervención completa de Terapia Ocupacional favorece la credibilidad de la profesión.

Las razones que los usuarios refieren como motivo para no usar el producto de apoyo prescrito son: que era temporal, incomodidad en el uso y que no cumple la expectativa de funcionalidad. Tal como lo refieren Lipton y Lee (1990) en sus investigaciones, los factores por los que se deja de utilizar el dispositivo son: mejora de la función, encontrar alternativas diferentes, el dispositivo no cumple con el propósito para el que estaba destinado, ayuda pero no es suficiente para satisfacer plenamente las necesidades de la persona o ayuda pero llama la atención de una manera que no es deseada por la persona. A partir de estas afirmaciones se evidencia la importancia de establecer si los patrones de prescripción de productos de apoyo son apropiados a las necesidades de los usuarios.

Siguiendo los acercamientos teóricos de la investigación y teniendo en cuenta los conocimientos, percepciones y prácticas referidos por profesionales y usuarios se evidencia la necesidad y pertinencia de la *Guía para la prescripción de productos de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación*. Esta puede ayudar a los profesionales en el reconocimiento y la aplicación de las acciones necesarias para dicho proceso en todas las fases de la atención en salud: prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con o sin discapacidad. Se espera que la Guía aporte a la comunidad interesada en el tema de productos de apoyo y se constituya en un referente

para el desarrollo de otros manuales o guías relacionadas.

Conclusiones

Esta investigación es un aporte significativo en lo que se refiere a productos de apoyo de baja complejidad, ya que se constituye en la primera que orienta a los profesionales del área de la salud en la prescripción de este tipo de productos para la actividad de alimentación.

Existen vacíos en la normatividad y en la investigación, a nivel nacional e internacional, en lo relacionado con la prescripción de productos de apoyo de baja complejidad. De acuerdo a la evidencia teórico-práctica, la formalización de la práctica prescriptiva en Colombia es necesaria, ya que una mala prescripción puede resultar en malos procedimientos que afecten la salud de los usuarios.

Una buena práctica prescriptiva en el área de rehabilitación se constituye en una estrategia para acreditar la profesión de Terapia Ocupacional, considerando que los terapeutas ocupacionales son los profesionales idóneos para ejecutar cada una de las etapas que ella contempla. Además de estar estipulado en la Ley 949 de 2005, se evidencia una necesidad creciente de que estos profesionales participen de manera efectiva en dicho campo de acción.

La tecnología de asistencia es un área de acción en la que el terapeuta ocupacional debe estar presente, puesto que cuenta con los conocimientos en el análisis de la actividad, el dispositivo de asistencia, y ve a la persona de una

manera holística, teniendo en cuenta el contexto en el que se desempeña. Por ello, se hace necesario desarrollar nuevas investigaciones y generar más evidencias que soporten la importancia de su papel en este campo.

Referencias

- Akli, L., Laserna, R., Ramírez, N., & Ríos, A. (2007). *Guía para remisión y seguimiento de audífonos*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Universidad del Rosario.
- American Occupational Therapy Association - AOTA. (2008). Occupational Therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *The American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.
- Buning, M., Hammel, J., Angelo, J., & Schmeler, M. (1998). The use of general information and assistive technology within occupational therapy practice (Position paper). *The American Journal of Occupational Therapy*, 52 (10), 870-871.
- Cook, A. M., & Hussey, S. M. (2002). *Assistive technologies. Principles and practice*. Estados Unidos: Mosbt, Inc.
- Fondo Nacional de Discapacidad. (2004). *Instructivo para la postulación de ayudas técnicas, 2004. Departamento de ayudas técnicas: Chile*. Recuperado de: www.fonadis.cl
- Fondo Nacional de la Discapacidad. (2010). *Guía para la solicitud de ayudas técnicas*. Gobierno de Chile. Recuperado de <http://www.intendenciaantofagasta.gov.cl/filesapp/senadis.pdf>
- Governo de Brasil. (1998). *Roteiro do Manual Operativo para dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção*. Recuperado de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2001/anexos/ANEXO_V.htm
- Hernandez, I., Laserna, R., Melo, R., & Ríos, A. (2007). *Guía para el otorgamiento de bastón: prescripción, entrenamiento y*

- cuidado. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Universidad del Rosario.
- Hohmann, P. & Redekop, M. (2011). Adaptações de baixo custo: uma revisão de literatura da utilização por terapeutas ocupacionais brasileiros. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 10-18.
- Houghton, R., Laserna, R., Paez, M., Ríos, A., & Vargas, M. (2007). *Guía para el otorgamiento de bastón para orientación y movilidad: selección de candidato y seguimiento*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Universidad del Rosario.
- Kraskowsky, L. & Finlayson, M. (2001). Factors affecting older adults' use of adaptive equipment: review of the literature. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 303-310.
- Laserna, R., Melo, R., Ramírez, N., & Ríos, A. (2007a). *Guía para remisión y seguimiento de ortesis*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Universidad del Rosario.
- Laserna, R., Melo, R., Ramírez, N. & Ríos, A. (2007b). *Guía para remisión y seguimiento de prótesis*. Universidad del Rosario y Secretaría de Salud de Bogotá.
- Laserna, R., & Ríos, A. (2007). Guía para el otorgamiento de sillas de ruedas manuales y coches para niños: prescripción, entrenamiento y cuidado. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Universidad del Rosario.
- Lipton, S. & Lee, T. (1990). Upper Extremity Assistive Devices: Assessment of Use by Spinal Cord-Injured Patients with Quadriplegia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 44 (2), 126-131.
- Long, T., Woolverton, M., Perry, D. & Thomas, M. (2007). Training needs of pediatric Occupational Therapists in assistive technology. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61 (3), 345-354.
- Mann, W., Hurren, D. & Tomita, M. (1995). Assistive devices used by home-based elderly persons with arthritis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 49 (8), 810-820.
- Miller, J. (2006) Assistive technology as an enabler to occupation: What's old is new again. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73 (4), 199-204.
- Ministerio de Salud. (2001) Resolución 1896 de 2001. *Anexo técnico de la Resolución 02333 de 2000*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCI%C3%93N_1896_de_2001.pdf
- Ministerio de Salud. (2000). Resolución 02333 de 2000. *Primera Actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud*. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Normatividad/Resoluciones/RESOLUCI%C3%93N%202333%20DE%202000.pdf>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1998). *Guía de la buena prescripción. Programa de acción sobre medicamentos esenciales*. Recuperado de <http://www.icf.uab.es/universidad/gbp/castella/gbp.pdf>
- Presidencia de la República. (2005). *Decreto 2200 de 2005. Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16944>
- República de Colombia. (2005). Ley 949 de 2005. *Normas para el ejercicio de la profesión de Terapia Ocupacional en Colombia, y Código de Ética Profesional*. Recuperado de <http://www.tocolombia.org/image.ashx?i=280010.pdf&fn=>
- Rincón, D., Ríos, J., & Romero, M. (2014). Tecnología en discapacidad: Una aproximación en la terminología. *Revista Ocupación Humana*, 14 (1), 29-40.
- Rincón, D., Ríos, J., & Romero, M. (2015). Guía para la prescripción de productos

de apoyo de baja complejidad en la actividad de alimentación (Tesis de pregrado). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Ríos, A. (1998). *Diseño y elaboración del Manual de procedimientos para prescripción del sistema de silla de ruedas MAPSI (Tesis de pregrado)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Ríos, A. (2001). Modelo automatizado para prescripción del sistema de silla de ruedas "MAPSI". *Revista Ocupación Humana*, 9 (1), 72-93.

Ríos, A., Laserna, R., Melo, R., & Vargas, M. (2007). *Lineamientos para el otorgamiento de ayudas técnicas*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Universidad del Rosario.

Rogers, J., Poole, J., Holm, M., Kwoh, C., & Stofko, L. (1989). Assistive devices: prescription, patient education, patient perceptions. *Arthritis Care and Research*, 2, S11.

Rogers, J., & Holm, M. (1992). Assistive Technology device use in patients with rheumatic disease: A literature review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 46 (2), 120-127.

Staisey, N. (1984). Compliance, attitudes and functional change in clients attending a mobile rehabilitation clinic (Tesis de doctorado), Ottawa, Canadá: Carleton University.

Participación y calidad de vida en familias de personas con discapacidad

Participation and quality of life in families of persons with disabilities

Daniela Vanessa Palma Arroyo¹

Jhoan Sebastián Zapata López²

Melania Satizabal Reyes³

Pablo Esteban Roa Urrutia⁴

Recibido: 28 de enero 2016 • Enviado para modificación: 30 de junio de 2016 • Aceptado: 23 de julio de 2016

Palma, D., Zapata, J., Satizabal, M., & Roa, P. (2016). Participación y calidad de vida en familias de personas con discapacidad. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 19-31.

Resumen: El estudio de la calidad de vida en familias de personas con discapacidad ha cobrado importancia desde un enfoque de capacidades. En esta categoría influye la comprensión de factores contextuales y de cómo estos facilitan la participación de las personas en su vida cotidiana. La investigación tuvo como objetivo caracterizar seis familias de personas con discapacidad de las zonas rural y urbana de Cali, en términos de calidad de vida familiar y participación. Se realizó un estudio cualitativo y se aplicaron la Escala de calidad de vida familiar para familias de personas con discapacidad, el cuestionario WHODAS 2.0 y una entrevista semiestructurada. Se concluye que la calidad de vida familiar en personas con discapacidad es subjetiva y multidimensional, y está mediada por las relaciones intrafamiliares y la decisión de lo que es importante o no para su satisfacción. La participación de las personas con discapacidad en sus familias depende de la relación entre las funciones corporales y su capacidad de aporte, acorde con las demandas de la actividad y el contexto. La multidimensionalidad de la calidad de vida condiciona su abordaje a factores objetivos y subjetivos de cada familia, y es influenciada por los contextos físico, cultural, social y político.

Palabras clave: calidad de vida, familia, personas con discapacidad.

Abstract: Research on quality of life in families of persons with disabilities has gained importance from an approach focused on capabilities. This category is influenced by the understanding of contextual factors and how these facilitate people's participation in their daily lives. The objective of this research was to characterize the family of six persons with disabilities in the rural and urban area of Santiago de Cali, in terms of quality of family life and participation. A qualitative study was conducted, using The family quality of life scale for families of people with disabilities, the questionnaire WHODAS 2.0 and a semi-structured interview. The quality of family life in persons with disabilities is subjective and multidimensional, and is mediated by intra-family relationships and the decision process of what is deemed important or not for their satisfaction. Family participation of disabled people depends on the direct relationship

¹Terapeuta Ocupacional. Vicerrectoría de Bienestar Universitario, Universidad del Valle. Cali, Colombia. danielapalmaarroyo@gmail.com

² Terapeuta Ocupacional. Centro de Apoyos Educativos. Cali, Colombia. jhoanzapata_77@hotmail.com

³ Terapeuta Ocupacional. Especialista en Desarrollo Comunitario. Maestrante en Sociología. Docente Escuela de Rehabilitación Humana, Universidad del Valle. Cali, Colombia. melania.satizabal@correounivalle.edu.co

⁴ Terapeuta Ocupacional. Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia. pablouroa@gmail.com

between their bodily functions and their ability to contribute, according to the demands of the activity and the context. The multidimensionality of the quality of life conditions the way it is approached to objective and subjective factors in each family, influenced by the physical, cultural, social and political context.

Key words: quality of life, family, disabled persons.

Introducción

El tránsito que vive la discapacidad, de un paradigma de la rehabilitación a uno de la autonomía personal, ha conllevado a que su estudio no se centre solo en los asuntos del individuo y sus deficiencias, sino en los diferentes entornos y sistemas en los que interactúa (Díaz, 2009). La familia es el primer sistema en el que el ser humano se relaciona y en el que se generan los primeros vínculos con el entorno social, es considerada como “aquel sistema o conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (Espinal, Gimeno & González, 2004, p. 21).

La presencia de una persona con discapacidad en el hogar modifica o diversifica los procesos internos que en ella tienen lugar. De acuerdo con Manjarrés, León, Martínez y Gaitán (2013), “las familias que viven esta situación se ven expuestas a retos inimaginados, para los cuales no estaban preparadas, y requieren apoyo de la comunidad, de la sociedad en general y del Estado en particular” (p.23).

En este marco, el estudio de la calidad de vida en las familias de personas con discapacidad ha cobrado importancia. La tendencia frente al reconocimiento de la persona con discapacidad desde

su naturaleza holística y la complejidad de sus relaciones en los diferentes contextos ha sido motivo de cuestionamiento, cuyos propósitos se extienden más allá de la identificación de variables que mejoren o no su calidad de vida, a la reflexión en torno a los apoyos que requiere el núcleo familiar y la forma como participan las personas con discapacidad en sus actividades cotidianas.

La calidad de vida familiar, desde un enfoque de las capacidades, permite a las familias desarrollar sus potencialidades en la búsqueda de resultados acordes con sus necesidades y expectativas. Es una categoría multidimensional, vinculada a la calidad de vida de la persona con discapacidad y a la influencia de los factores contextuales (Córdoba, Verdugo & Gómez, 2011). Ahora bien, la comprensión de la discapacidad desde el paradigma de la autonomía personal hace énfasis en la importancia de la influencia de dichos factores; por tal razón, la participación de las personas con discapacidad y la configuración de la calidad de vida familiar están influenciadas por el contexto.

Lo anterior implica entender a la persona con discapacidad en interacción con sus entornos, en este caso el familiar; a su vez, requiere conocer el funcionamiento en términos de la ejecución de una tarea y la participación

en las actividades cotidianas. Participar “es el acto de involucrarse en una situación vital” (OMS, 2001, p.131), razón por la cual en esta investigación se tuvo en cuenta tal elemento para comprender la calidad de vida familiar de las personas con discapacidad.

En consecuencia, este artículo expone la caracterización de seis familias de personas con discapacidad del municipio de Santiago de Cali, tres de las cuales se encontraban en zona ladera rural del corregimiento Los Andes y tres en zona ladera urbana de la Comuna 20 de la cabecera municipal. La caracterización ahondó en la relación existente entre la calidad de vida familiar y la participación de las personas con discapacidad en la realización de actividades cotidianas, teniendo en cuenta las diferencias contextuales de las zonas urbana y rural.

Metodología

La investigación se desarrolló bajo una perspectiva cualitativa, con enfoque de estudio de caso, a partir de una selección a conveniencia de la población. Participaron seis familias que contaban, al menos, con un integrante con discapacidad de tipo físico, sensorial, cognitivo leve o psicosocial; habitantes de la Comuna 20 y el corregimiento de Los Andes de Santiago de Cali.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de la Escala de Calidad de Vida Familiar para Familias de Personas con Discapacidad (ECVF) (Verdugo, Córdoba & Gómez, 2006), herramienta estandarizada, validada y de uso libre que fue propuesta por el equipo del Center Beach de

la Universidad de Kansas. Esta escala consta de 41 ítems que se agrupan en cinco factores: *interacción familiar, rol parental, salud y seguridad, recursos familiares y apoyo para las personas con discapacidad*. Su aplicación se llevó a cabo durante la primera visita a las familias, cada ítem fue contestado en presencia de todos sus miembros.

Una vez diligenciada la ECVF se realizó el análisis en el Mapa de Calidad de Vida Familiar, herramienta complementaria de la escala e insumo fundamental que permite visibilizar el contraste entre el nivel de importancia y satisfacción de cada uno de los factores evaluados, estructurando gráficamente dichas intersecciones para su interpretación.

Ahora bien, al considerar la participación como una categoría importante de análisis, se aplicó el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0), herramienta que se integra dentro del sistema conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Su versión en español (Vásquez, Herrera-Castañedo, Vásquez & Gaité, 2006) es de uso libre y fue validada por la Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria, España.

El WHODAS 2.0 fue administrado con el fin de entender las dificultades que pueden presentar las personas con discapacidad al desarrollar actividades cotidianas. Se indagó respecto a la independencia y participación al realizar actividades correspondientes a los dominios de: comprensión y comuni-

cación, capacidad para moverse en el entorno, cuidado personal, relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria y participación social.

Se empleó la versión del WHODAS de 36 preguntas; fue administrada por el entrevistador y contestada por la persona con discapacidad. Durante su aplicación la persona debía pensar en las dificultades que ha presentado en la ejecución habitual de las actividades correspondientes a cada dominio durante los últimos treinta días, tomando en consideración el aumento del esfuerzo, el malestar o dolor, la lentitud y los cambios en el modo en que las realiza. Una vez diligenciado el cuestionario se procedió a realizar la suma de los ítems calificados de 1 a 5, según su nivel de dificultad. El análisis se llevó a cabo a través de la interpretación de tales resultados y en relación con los hallazgos derivados de la aplicación de la ECVF.

Por último, con el fin de indagar por aquellos aspectos contextuales no identificados con la aplicación de las pruebas antes descritas, se elaboró una entrevista general que fue administrada a las familias participantes. Esta se llevó a cabo en un tiempo aproximado de 45 minutos, posteriormente fue transcrita con el fin de aportar al análisis de las variables de los instrumentos empleados.

Consideraciones éticas. Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, este estudio fue considerado como una investigación con riesgo mínimo, teniendo en cuenta que no se realizaron intervenciones o modificaciones intencionadas a los participantes. Las personas recibieron infor-

mación previa a la ejecución del proyecto, se les explicaron los objetivos, la metodología y el tiempo de ejecución; así mismo, firmaron consentimientos informados que garantizaban su participación voluntaria y la no incurrancia en gastos o compensaciones económicas. No se hizo registro fotográfico ni fílmico. En el texto se omiten los nombres reales de los participantes, estos fueron reemplazados por seudónimos. El estudio contó con el aval del Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle, mediante el Acta de aprobación No. 18-014 de 2015.

Resultados

Familias participantes

La primera de las tres familias de la zona urbana está compuesta por siete personas, conviven con un integrante con discapacidad de 20 años de edad, quien perdió movilidad en sus brazos y piernas desde la infancia. El nivel de estudios alcanzado por la mayoría de sus integrantes es la primaria básica; excepto dos personas, quienes nunca han ingresado a un sistema educativo regular. El sustento económico del hogar está a cargo de una de sus integrantes, quien devenga un ingreso mensual de \$644.350, equivalentes a un salario mínimo legal vigente 2015 (SMLV).

La siguiente familia está compuesta por dos mujeres, una de ellas tiene discapacidad física severa. La persona con discapacidad refiere que es madre de una joven de 15 años quien no vive con ella, es habitante de calle y consume sustancias psicoactivas. El ingreso mensual de la familia es superior a un SMLV 2015, entre una pensión

por invalidez y el alquiler de parte de la vivienda; sin embargo, indican que el dinero que ingresa mensualmente no logra cubrir los gastos cotidianos y las necesidades de la persona con discapacidad.

La tercera familia de la zona urbana está compuesta por cuatro personas, dos de ellas con discapacidad; la primera es una mujer con epilepsia y obesidad, la otra, un hombre con esquizofrenia. El domicilio está ubicado en la parte alta de Siloé⁵, a donde se accede por medio de vehículos particulares. El sustento del hogar está dado por la venta de dulces y almuerzos; sus ingresos son inferiores a un SMLV 2015.

Las tres familias indican situaciones que consideran inseguras en el sector, como el consumo de sustancias alucinógenas en las canchas deportivas, hurtos, conflictos entre pandillas, entre otras. Ello limita su participación en actividades de la comunidad.

Por otra parte, las tres familias de la zona rural se ubican en el corregimiento Los Andes. La primera se compone por seis personas, una de ellas tiene discapacidad auditiva congénita, se desempeña como agricultor y aporta económicamente para el sustento del hogar junto a dos integrantes más. Logran un ingreso mensual correspondiente a un SMLV 2015.

La siguiente familia la integran seis personas, una pareja de adultos mayores, uno de ellos tiene enfermedad de Parkinson, tres adultos –hijos de

la pareja– y una nieta adolescente. El domicilio en el que viven se encuentra construido de forma artesanal, en bahareque⁶, sobre un terreno con desniveles que dificulta el desplazamiento a la persona con discapacidad. La pareja indica que únicamente uno de los hijos aporta al sustento del hogar, con ingresos mensuales inferiores a un SMLV 2015 para cubrir las necesidades del núcleo.

Por último, la tercera familia de la zona rural se compone de cuatro personas, una de ellas se encuentra en cama desde hace cinco años, como consecuencia de su avanzada edad y su condición de salud relacionada con demencia senil, hipertensión y limitaciones motoras; se le dificulta participar de actividades realizadas dentro del hogar y al exterior de este. La persona con discapacidad vive con tres de sus hijos, quienes se desempeñan como agricultores y devengan una suma inferior a un SMLV 2015.

Es importante señalar que en el corregimiento Los Andes, por hacer parte de una zona declarada parque natural, se prohíbe la construcción y remodelación de viviendas, además se restringe el cultivo de alimentos con fines de consumo o sustento económico. Las tres familias manifiestan inconformidad por no tener documentos de propiedad de los terrenos en los que viven.

Calidad de vida en las familias de personas con discapacidad

A partir del análisis realizado con el Mapa de calidad de vida se encuentra

⁵ Siloé es uno de los barrios que integra la Comuna 20 del Municipio de Santiago de Cali.

⁶ Construcción hecha con barro, paja, hierba seca y boñiga.

que, para las seis familias participantes, la calidad de vida se reflejaría en la capacidad de acceder a servicios de salud y a la satisfacción de las necesidades básicas. Sin embargo, es representativo que para las familias que habitan la zona urbana la calidad de vida se centra principalmente en el acceso que tiene su familiar con discapacidad a bienes y servicios, mientras para las personas que habitan la zona rural dicho acceso debe abarcar a todos los integrantes de la familia.

Adicionalmente, en el corregimiento Los Andes el poder desempeñar actividades significativas y que han sido transmitidas de generación a generación, como labrar la tierra, influye en la concepción de la calidad de vida que tienen las familias. Esto lo refiere una de las participantes:

“¿Sabe qué se me viene a la cabeza? Mantener la finca llena de cultivo, eso es para mí calidad de vida” (Cármén, 69 años, esposa de una persona con discapacidad. Corregimiento Los Andes).

Calidad de vida es además contar con vías de acceso en buenas condiciones, tener la libertad de desplazarse y de acceder a un servicio de salud cuando las condiciones así lo demanden. Al respecto, uno de los participantes refiere:

“¿Calidad de vida? Primero la salud, que aquí se dificulta mucho porque hay que pegar para la ciudad; aquí por lo menos no hay droguería, entonces hay que ir a Cali a conseguir los medicamentos” (Gonzalo, 62 años, hijo de

una persona con discapacidad. Corregimiento Los Andes).

Del mismo modo, indican que calidad de vida es la oportunidad de hacer reformas en sus casas, lo cual está restringido por la condición de parque natural del corregimiento y por las circunstancias culturales, políticas, legales y sociales que ello implica⁷. Los campesinos de la zona y quienes allí habitan desde hace más de cien años se ven limitados en el uso de sus suelos para la producción de cosechas y cultivos; adicional a ello, sus casas, construidas artesanalmente, cada vez están más deterioradas por las condiciones climáticas del sector, y aun cuando ponen en riesgo sus vidas, la resolución no permite su modificación. Estas situaciones alteran su calidad de vida:

“No dejan construir, no dejan trabajar, no dejan nada. ¡Caramba! Y el gobierno jamás nos tomó en cuenta” (Carlos, 40 años, hijo de una persona con discapacidad. Corregimiento Los Andes).

“Esta tierra es de nosotros. La dejaron los abuelos, son tierras con más de cien años. Es injusto que no nos dejen reformar ellos” (Cármén, 69 años, esposa de una persona con discapacidad. Corregimiento Los Andes).

Factor Interacción familiar. Es común que los integrantes de las familias presenten relaciones de apoyo y cuidado dentro de su entorno próximo, y que busquen el logro del bienestar de la persona con discapacidad. Para el caso de quienes habitan en la zona urbana,

⁷ Resolución 092 de 1968 expedida por el Instituto Colombiano de la Reforma Agraria – Ministerio de Agricultura. Por la cual “se reserva y declara Parques Nacionales Naturales a la zona conocida como Farallones de Cali” (p. 1), se sustenta la protección y conservación de los ecosistemas boscosos de Los Andes, que, desde principios del presente siglo, se encuentran respaldados por dichas acciones legales.

sus esfuerzos se centran en la satisfacción de las necesidades de esta última:

“Siempre pienso en lo que tiene que ver con la niña, que pueda caminar, que la familia pueda verla caminar y ser feliz. Si ella está bien, todos estamos bien” (Mercedes, 49 años, madre de una persona con discapacidad. Comuna 20).

Sin embargo, quienes cumplen el rol de cuidadores han dejado de lado actividades significativas y de interés, de tal forma que han depositado la esperanza en un mejor futuro:

“Yo no tengo nada más que hacer en la casa que cuidarla a ella, y me siento feliz de hacerlo. Mi abuela desde pequeña me enseñó a cuidarla, porque nunca le ha gustado que me vaya para la calle; cuidarla a ella es mi trabajo, solo eso” (Valery, 27 años, hermana de una persona con discapacidad. Comuna 20).

Otra de las cuidadoras indica que limita su participación en actividades de interés para brindarle asistencia y protección a su familiar:

“No acostumbramos a ir a misa cada domingo porque yo tengo que cuidar a mi hija, y pues llevarla a la misa me queda muy difícil” (Miriam, 49 años, madre de una persona con discapacidad. Comuna 20).

En lo concerniente al corregimiento Los Andes, se hace notoria la organización y la distribución de los roles que han llevado a cabo las familias; acciones enmarcadas en el apoyo en las tareas del hogar y en el cuidado de la persona con discapacidad. Esto favorece el desarrollo de un proyec-

to de vida individual y familiar. Así lo indica uno de los participantes de la zona rural:

“Aquí todos tenemos responsabilidades... mi hermano mantiene más al lado de ella, luego le toca que ir a Cali a conseguir las cosas, las frutas; luego pues yo lo remplazo. Y si no está él, pues yo hago las obligaciones, y así... cada uno aquí tenemos como una especie de responsabilidad” (Raúl, 58 años, hijo de una persona con discapacidad. Corregimiento Los Andes).

Factores Salud y seguridad - Apoyo a la persona con discapacidad.

Estos se relacionan con la salud física y mental de las familias, la prestación de servicios y las condiciones de sus contextos físico y de vivienda. Es importante resaltar que, tanto en los sectores urbanos como en la zona rural, las familias definen como insuficiente la cobertura de su sistema de salud, siendo reiterativa la inconformidad al no obtener apoyo de entidades que conozcan las necesidades individuales de las familias y den el seguimiento y la continuidad pertinentes a los procesos emprendidos.

De igual forma, el acompañamiento de profesionales de la salud es escaso, incluso en el análisis de los diagnósticos; este aspecto es importante para estas familias, permeadas por un modelo biomédico-rehabilitador en el que la discapacidad es entendida como un problema personal, causado directamente por una enfermedad o traumatismo. Como consecuencia, en la mayoría de los casos se desconocen la etiología y el curso de la enfermedad, lo que genera falsas expectativas:

“A mí el médico me dijo que eso era una enfermedad genética, pero vea, en la casa nadie sufre de eso. A ella me le hicieron esa terapia para la voz, la que le movían los pies y la que le ponía a jugar, pero ese Hospital Departamental dijo que ya era suficiente, no mejoró” (Josefina, 78 años, abuela de una persona con discapacidad. Comuna 20).

Es necesario destacar que para los habitantes de la zona rural estas situaciones son más críticas; las barreras contextuales y sociales del entorno, entre las cuales se encuentran la normativa que rige al sector y las condiciones geográficas y arquitectónicas del corregimiento, dificultan el acceso a los servicios de salud.

La relación entre el tipo de discapacidad y el nivel de independencia también guarda relación con el acceso a los servicios de salud. Para las personas que habitan la Comuna 20 es difícil llegar hasta una vía principal de la ciudad que las conduzca a sus centros de salud, sin embargo, cuentan con un medio de transporte que las puede acercar hasta sus destinos sin necesidad de desplazarse mucho desde sus viviendas. Por su parte, las familias que habitan el corregimiento Los Andes deben recorrer trochas para abordar el medio de transporte, que tras 45 minutos de recorrido, las acerca al casco urbano. El acceso a los servicios de salud desde la zona ladera rural resulta entonces más difícil, como consecuencia de las condiciones de las personas con discapacidad y las características físicas del contexto.

Para finalizar, las condiciones políticas y del sistema de salud siguen siendo

barreras para las familias de zona ladera, especialmente en el contexto rural. El acceso y la atención en los servicios no logran ser integrales y autosuficientes, dadas las escasas inversiones que realizan las instituciones públicas para proporcionar servicios de salud completos y especializados en comunidades dispersas como esta, condicionadas además como parque natural.

Participación de las personas con discapacidad

Dominio Comprensión y comunicación. Para las personas de ambas zonas es influyente, al momento de asignar responsabilidades dentro de sus hogares, la capacidad de sus familiares para comprender, analizar, evocar información y brindar soluciones. Los participantes que presentan dificultades en sus funciones cognitivas ven limitadas sus posibilidades de aportar en la toma de decisiones o en el cumplimiento de tareas. Ello deja en evidencia la restricción generada por las características de la discapacidad, en la que las demandas del contexto no son consecuentes con la capacidad de aporte de las personas.

Contrario a esto, aunque las características de la discapacidad física de una persona limitan su vinculación directa en algunas tareas del hogar, el hecho de que su madre reconozca la capacidad cognitiva que tiene hace posible su participación mediante la planificación y estructuración de actividades; ello le permite aumentar su capacidad de aporte, por tanto, de brindar apoyo a su cuidadora:

“La niña no hace ninguna actividad dentro de la casa porque le queda

difícil, a duras penas mueve los ojos, mueve algo del cuello, habla pasito y ya. Lo que sí suele hacer es que me recuerda cosas que debo hacer, porque se me olvidan, ella tiene muy buena memoria” (Miriam, 49 años, madre de una persona con discapacidad. Comuna 20).

Otro participante, aunque no habla, conserva el funcionamiento de los procesos vinculados con la comprensión y el análisis de información, y tiene la capacidad de comunicarse a través del uso de señas; ello hace posible que se le asignen responsabilidades dentro del hogar:

“Él arregla su pieza, barre, acomoda su moto, y cuando lo llaman a trabajar, sale a recoger leña” (Fernando, 62 años, padre de una persona con discapacidad. Corregimiento Los Andes).

Caso contrario vive otra participante, quien por sus limitaciones motoras y la falta de lenguaje oral y corporal, tiene dificultades para intercambiar información con las personas que la rodean y para participar en actividades significativas, y no le son asignadas responsabilidades en su familia:

“No, ella no tiene ninguna responsabilidad. Ella no tiene esas habilidades. Nosotros la bañamos y la vestimos, todo” (Mercedes, 49 años; madre de una persona con discapacidad. Comuna 20).

Dominio Capacidad de la persona para moverse en su alrededor. Abarca las categorías: ponerse de pie, cambiar de posición corporal, moverse dentro del hogar, salir del hogar y desplazarse. En este dominio los participantes con discapacidad física indican

mayores dificultades para la ejecución independiente de actividades cotidianas. Esta situación se intensifica cuando el contexto físico y social no brinda los elementos facilitadores requeridos para que cada persona participe plenamente.

Dominio Cuidado personal. Se identifican mayores demandas de apoyo en la medida que aumentan las dificultades de las personas con discapacidad para moverse. Cuatro de los seis participantes requieren de asistencia al realizar actividades como lavarse el cuerpo, vestirse y alimentarse; esto implica un acompañamiento constante de los familiares para la satisfacción de sus necesidades. Diferente a ellos, dos participantes realizan las actividades de autocuidado de forma independiente.

Otro factor relevante es el aspecto contextual, en el cual cobra nuevamente importancia el ambiente físico como barrera para el desarrollo de actividades. Al indagar al respecto a las diferentes familias, en el contexto rural emergen respuestas relacionadas con el acceso al territorio:

“Aquí la gente intenta pavimentar y es otro problema con esos malnacidos. No se puede hacer nada por ser parque natural” (Carlos, 40 años, hijo de una persona con discapacidad. Corregimiento Los Andes).

“Hay instituciones que no quieren que pavimenten, aunque eso ya estaba planeado” (Gonzalo, 62 años, hijo de una persona con discapacidad. Corregimiento Los Andes).

De igual forma, en la zona urbana los participantes refieren la presencia de

barreras que restringen la participación de las familias y el acceso a servicios en diversas situaciones:

“La guala⁸ pasa muy llena, los MIOS⁹ son muy lentos y costosos, los taxis no suben, las ambulancias no llegan” (Mercedes, 49 años, madre de una persona con discapacidad. Comuna 20).

Dominio Relacionarse con otras personas. Se identifica una estrecha relación entre las características de las personas con discapacidad y su participación en actividades del hogar y del contexto social. Estos aspectos se encuentran influenciados por la percepción y la representación social en torno a la discapacidad, el escaso reconocimiento de sus habilidades y las pocas oportunidades que les brindan sus sujetos próximos.

Discusión

Velásquez, Vilma, López, López y Cañaño (2011) indican que:

El círculo entre la discapacidad y la pobreza es más recurrente en los hogares que tienen menos ingresos. A su vez, la discapacidad incrementa los riesgos de pobreza porque aparta a las personas de posibilidades para generar ingresos y se requiere de altos gastos económicos de su familia (p. 123).

Lo manifestado anteriormente se relaciona con los resultados de la presente investigación, en la que se identifica

que las familias participantes presentan carencias significativas en sus recursos económicos, tienen pocas facilidades que les permitan acceder a programas y respuestas institucionales para cubrir sus necesidades básicas en cuanto a servicios de salud, trabajo y educación. Lo anterior, sumado a la discapacidad, representa condiciones de vulnerabilidad que limitan el desarrollo de procesos, el cumplimiento de expectativas y aspiraciones, y el acceso a las oportunidades que desean.

Estas familias además reclaman acciones por parte de la sociedad para la satisfacción de sus necesidades. Al reflexionar en torno a componentes objetivos de la calidad de vida, como la satisfacción de las necesidades básicas relacionadas con el acceso a servicios de salud, educación, seguridad y transporte, se identifica que en su mayoría se encuentran insatisfechos. Como refiere Barnes (2010), “los costes extraordinarios derivados de la discapacidad y de las barreras psicológicas, físicas y sociales a las que se enfrentan las personas con discapacidad contribuyen a su pobreza, falta de libertad y vulneración de derechos humanos” (p.1). Este hallazgo refleja la influencia directa de las características físicas, culturales, económicas, sociales y políticas propias del contexto de la zona ladera, un extenso territorio *al lado* del casco urbano, olvidado por programas, políticas y acciones de bienestar social.

⁸ Las *gualas* o *jeeps* son vehículos tipo campero, modelos sesenta o setenta, con capacidad para más de diez personas. Se encuentran asociados como prestadores de servicios de transporte informal en zonas de ladera del municipio de Santiago de Cali.

⁹ El Masivo Integrado de Occidente (MIO) es el sistema integrado de transporte de la ciudad de Santiago de Cali. Es operado por buses articulados desde el 1 de marzo de 2009. Cuenta con rutas troncales, padrones y alimentadoras para la movilidad de sus usuarios.

Se destaca además que para las familias de la zona rural estas situaciones son más críticas, debido a las barreras del entorno que aumentan como consecuencia de las regulaciones dadas por la condición de parque natural del corregimiento. Esta situación, sumada a la falta de reconocimiento de la misma población en torno al ejercicio de sus derechos como ciudadanos, restringe su participación en actividades productivas significativas, propias de su historia ocupacional, como es labrar la tierra. Por lo tanto, es fundamental apoyar y fortalecer a las familias en su interacción con formas de organización institucional, social y cultural que les permitan obtener respuestas a sus requerimientos como familias y comunidad.

Como se ha mencionado, haciendo referencia a Manjarrés (2012), las dinámicas en el hogar ante la llegada de una persona con discapacidad requieren de una flexibilización en los roles y responsabilidades; además, las respuestas que se brindan están estrechamente ligadas a las creencias y representaciones que se tienen de la discapacidad. En las familias de la zona urbana se tiende a asumir un rol de cuidado, atención y asistencia, asociándose la calidad de vida a las posibilidades de participación en su contexto que tenga la persona con discapacidad; incluso quienes desempeñan el rol de cuidador dejan a un lado actividades que para ellos son significativas. Por el contrario, en la zona rural los integrantes de los hogares han distribuido responsabilidades de tal forma que les permite brindar cuidado y protección a su familiar con discapacidad, al tiempo que desarrollan sus proyectos de vida.

Otro aspecto a resaltar es la representación que estas familias tienen acerca de la discapacidad. Se reconoce que conviven con una visión centrada en la persona como lo es, retomando a Brogna (2009), la médico-reparadora. Así, para las familias participantes la situación de discapacidad que se presenta está puesta en el déficit, y la participación se relaciona con el grado de limitación; por tanto, a mayores dificultades de tipo motor, menor independencia en la realización de actividades cotidianas (autocuidado, productivas, ocio y tiempo libre) y mayor necesidad de asistencia. Del mismo modo, al presentar limitaciones para comprender, analizar, brindar soluciones y procesar información, se restringe la capacidad de la persona con discapacidad para aportar a la toma de decisiones dentro del hogar.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los hallazgos se puede concluir que el concepto de calidad de vida familiar es esencialmente subjetivo y multidimensional. La calidad de vida no se asocia solamente con el acceso a los servicios de salud y tampoco se restringe a las características de una persona, en este caso, con discapacidad. Por este motivo, es necesario llevar a cabo un análisis integral y exhaustivo que dé cuenta de las necesidades de las familias, de las acciones que se ejecutan en respuesta a sus representaciones de la discapacidad, de su participación en actividades significativas y del desarrollo de su vida familiar.

Al analizar la participación de las personas con discapacidad en activida-

des cotidianas y la percepción acerca de la calidad de vida familiar es necesario tener en cuenta la influencia que ejerce el contexto físico, cultural, social y político donde se desarrollan sus vidas, debido a que estos factores pueden actuar como barreras o facilitadores en las prácticas que se efectúan al interior de la familia y en la comunidad.

Se hace evidente además que la distribución de roles y responsabilidades de forma equitativa al interior de la familia debe ser un factor que posibilite la participación y la autorealización de cada uno de sus integrantes, de manera que les sea posible responder a las demandas propias y a aquellas generadas por la condición de discapacidad de su familiar. Por tanto, es necesario avanzar en el estudio de las dinámicas familiares que en zonas rurales permiten una mejor distribución de roles y posibilitan la atención de la persona con discapacidad sin que ello implique dejar de participar en actividades cotidianas y significativas.

Por último, se identifica que el cubrimiento de las demandas básicas y la atención a las particularidades de las familias desde aspectos físicos, sociales, culturales y políticos posibilita la garantía de los derechos humanos y el reconocimiento del potencial y la capacidad de aporte que tienen las personas con discapacidad dentro de su contexto familiar y comunitario.

Referencias

Barnes, C. (2010). Discapacidad, política y pobreza en el contexto del "Mundo Mayoritario". *Política y Sociedad*, 47(1), 11-25.

Brogna, P. (2009). *Visiones y revisiones de la Discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Córdoba, L., Verdugo, M.A., & Gómez, J. (2011). *Escala de calidad de vida familiar para familias de personas con discapacidad. Manual*. España: Universidad de Salamanca.

Díaz, E. (2009). Reflexiones epistemológicas para una sociología de la discapacidad. *Revista Sociológica de pensamiento crítico*, 3(2), 85-99.

Espinal, I., Gimeno, A. & González, F. (2004). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas*, 14 (2004-2006), 21-34.

Instituto Colombiano de la Reforma Agraria. (1968). *Resolución 092 del 15 de julio 1968*. Bogotá: Ministerio de Agricultura. Recuperado de: <https://www.parquesnacionales.gov.co/PNN/portel/libreria/pdf/Resolucion092de1968Farallones.pdf>

Manjarrés, D., León, E. Y., Martínez, R., & Gaitán, A. (2013). *Crianza y discapacidad: una visión desde las vivencias y relatos de las familias en varios lugares de Colombia*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.

Manjarrés, D. (2012). Apoyo y fortalecimiento a familias para la crianza de niños con discapacidad. *Horizontes Pedagógicos*, 14(1), 97-118.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF*. Ginebra, Suiza: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Vázquez, J. L., Herrera-Castañedo, S., Vázquez, E., & Gaité, L. (2006). Cuestionario para la evaluación de la discapacidad WHODAS II. *Versión en lengua española del World Health Organization Disability Assessment Schedule*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Velásquez, G., Vilma, F., López, L., López, H. & Cataño, N. (2011). Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 121-131.

Verdugo, M., Córdoba, L. & Gómez, J. (2006). Adaptación y validación al español de la escala de calidad de vida familiar. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37, 41-48.

Sentido y significado de las ocupaciones de las mujeres del Cabildo Indígena de Suba. Perspectivas desde Terapia Ocupacional¹

Sense and meaning of the occupations of women from the Indigenous Council of Suba. Insights from the Occupational Therapy

Johana Mogollón Cárdenas²

Recibido: 27 de enero 2016 • Enviado para modificación: 12 de julio de 2016 • Aceptado: 25 de julio de 2016

Mogollón, J. (2016). Sentido y significado de las ocupaciones de las mujeres del Cabildo Indígena de Suba. Perspectivas desde Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 32-43.

Resumen: Esta investigación busca enriquecer la comprensión de los procesos de construcción de sentidos y significados de las ocupaciones en un grupo de mujeres del Cabildo Indígena Muisca de Suba. Este cabildo ofreció la oportunidad de evidenciar dicha construcción, teniendo en cuenta la influencia de las diferentes dinámicas que ha vivido. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a nueve mujeres del cabildo con el fin de establecer las transformaciones en la asignación de sentido y significado a las ocupaciones que realizaron en la infancia, la adultez y a las que realizan actualmente; buscando además comprender la influencia de variables contextuales, el género y la vinculación al cabildo en tal asignación. Se evidenció que las ocupaciones de las mujeres que tienen apellidos muiscas (cabildantes) tienen mayor sentido que significado, mientras que las de quienes están casadas con un hombre cabildante (adoptadas) tienen mayor significado. La participación se convierte en una ocupación valorada a través de la cual las mujeres se empoderan dentro de la comunidad indígena. Las variables contextuales influyen en la asignación de sentido y significado en ambos grupos, aunque de manera particular.

Palabras clave: población indígena, participación de la mujer, cambio cultural, ocupaciones.

Abstract: This research seeks to enhance the understanding of the processes through which a group of women from the Indigenous Council of Suba construct the senses and meanings of their occupations. This council offered us the opportunity to evidence such construction, taking into account the influence of the different dynamics lived within it. We conducted semi structured interviews with nine women of the council, in order to establish how providing meaning and significance to the occupations performed in childhood, adulthood and to those currently performed has changed; seeking to also understand how the contextual variables, gender and the women's links to the council influence this provision of meaning. It was evident that the occupations of women who have Muisca surnames (lobbyists) have greater

¹ Artículo derivado de la investigación *Sentido y significado de las ocupaciones de las mujeres del Cabildo Indígena de Suba. Perspectivas desde Terapia Ocupacional*, elaborada por la autora como trabajo de grado para optar al título de terapeuta ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia y dirigida por la profesora Jeannette Méndez Montaña.

² Terapeuta Ocupacional. Especialista en Higiene y Salud Ocupacional. Asesora en seguridad y salud en el Trabajo, As Ocupacional. Bogotá, Colombia. johanamogollonc@gmail.com

sense, whereas those of the ones who are married to lobbyist men (adopted) have greater meaning. Participation becomes a valued occupation through which women are empowered within the indigenous community. The contextual variables influence the provision of sense and meaning in both groups, but in specific ways.

Key words: indigenous populations, women's participation, cultural change, occupations.

Introducción

Este trabajo de investigación partió del deseo y la necesidad de enriquecer la comprensión sobre las ocupaciones y el sentido y significado atribuido a ellas. Este es un proceso complejo, debido a la consideración que debe hacerse de diversas variables que influyen en su construcción, como el contexto, la cultura, la historia, las dinámicas individuales y sociales, la participación, el género, entre otras (Becerra, Cerquera & Martínez, 2009; Chindoy & Puenayán, 2009; Beagan & D'Sylva, 2011; Galeano, Monsalve & Wilches, 2012; Méndez, Bravo, Camelo & Zúñiga, 2013).

El escenario en el cual se llevó a cabo este estudio fue el Cabildo Indígena Muisca de Suba, el más antiguo de los cinco cabildos muisca reconocidos por el Estado colombiano³. Para llevar a cabo la investigación se establecieron cinco categorías de análisis: ocupación, sentido, significado, cabildo y género; en tres etapas del ciclo vital:

infancia, adultez, actualidad (cabildo). Ello con el ánimo de identificar los principales cambios ocupacionales que tuvieron las mujeres, sus posibles causas, así como las transformaciones que se presentaron para asignar sentidos y significados.

Trujillo, Sanabria, Carrizosa y Parra (2011) definen ocupación⁴ como el proceso “a través del cual el ser humano puede desarrollar sus potenciales biológicos, individuales y socioculturales para hacerse sujeto, gestor y constructor de su propia historia” (p. 50); esta “aporta significación a la existencia humana, y los seres humanos adjudican significados individuales y colectivos a sus ocupaciones” (p. 56).

Así mismo, Zemke (2004) y Rowles (2008) indican que la ocupación depende del tiempo y del espacio. Wilcock (citada por Navarrete, 2010) considera que “las ocupaciones son procesos dinámicos en los que interviene la cultura a la que pertenece una persona” (p. 137). En tanto Townsend (citada por Trujillo et al., 2011) se refiere

³ Un cabildo es “la reunión de familias que tienen su territorio, permanecen en él conservando sus culturas y tradiciones” (fragmento de la entrevista realizada a Luis Yopasá, Alcalde Mayor del Cabildo Muisca de Suba, 2013). En Colombia, según el Decreto 2164 de 1995, un cabildo es “una entidad pública especial cuyos integrantes son miembros de una comunidad indígena, elegidos y reconocidos por esta, con una organización sociopolítica tradicional, cuya función es representar legalmente a la comunidad, ejercer la autoridad y realizar las actividades que les atribuyan las leyes, los usos, las costumbres y el reglamento interno de cada comunidad”.

⁴ Tres de las principales categorías analizadas en la investigación son: ocupación, sentido y significado. La autora hizo una revisión de fuentes nacionales e internacionales que las abordan, esta puede ser consultada en el informe completo, disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11403/1/581236.2013.pdf>

a la ocupación como un “proceso activo de vivir” (p. 45), que posibilita la transformación personal, las acciones interpersonales y los procesos emancipatorios de equidad y justicia.

Argüelles y Pérez (citados por Méndez et al., 2013) consideran que el sentido es el valor personal asignado a las ocupaciones, se define por el *por qué* y *para qué* se realizan, junto con la importancia y el papel que desempeñan en la vida de las personas. Involucra los aportes que cada ocupación le brinda a un sujeto inmerso en un contexto con características particulares.

Para los efectos de este estudio se considera que el sentido se relaciona con las razones por las cuales se *elige* o *realiza* una ocupación; los sentimientos de disfrute, alegría / felicidad y satisfacción que genera; las posibilidades que brinda, la oportunidad de conectar el pasado, el presente y el futuro; la posibilidad de compartir con otros, la instrumentalidad de la ocupación o su utilidad para realizar proyectos de vida; los sentimientos de productividad, satisfacción de necesidades personales y la evocación del hogar y los ancestros que se logran a partir del desempeño de ocupaciones; también depende del tiempo y del espacio, y de factores contextuales, sociales y culturales (Persson, Erlandsson, Eklund, & Iwarsson, 2001; Bundgaard, 2005; Ikiugu, 2005; Leufstadius, Erlandsson, Björkman y Eklund (2008); Reed, Hocking & Smythe, 2010; Beagan & D’Sylva, 2011). Cabe resaltar además que el contexto del cual proviene un individuo y los cambios que tienen lugar en su vida impactan en la atribución de valor y sentido para la

ocupación (Christiansen & Baum, citados por Yazdani, 2012).

Por otro lado, el significado es el valor *social* que se asigna a las ocupaciones que una persona realiza (Bravo, Camelo & Zúñiga, 2011; Galeano et al., 2012). Cutchin, Aldrich, Bailliard y Coppola (2008) agregan que la adscripción de significados es un proceso subjetivo, o sea que ocurre en el fuero interno de la persona a partir de sus percepciones y experiencias. Para mayor claridad, en esta investigación se analizó el significado desde la consideración y percepción que tienen las mujeres sobre cómo el colectivo valora las actividades y el papel que ellas han desempeñado dentro y fuera del cabildo; se relaciona directamente con el poco o mucho reconocimiento que reciben por lo que hacen y los sentimientos que tal reconocimiento les genera.

En cuanto a la categoría género, se buscó analizar y comprender las oportunidades que las mujeres han tenido para elegir y participar en ocupaciones durante toda su vida, además de visibilizar los mecanismos por los cuales se definen las cosas que debían y deben hacer hombres y mujeres dentro de sus contextos, y cómo ha sido su participación en las actividades que se llevan a cabo dentro del Cabildo.

Finalmente, el Cabildo fue analizado desde las concepciones y consideraciones que las mujeres percibían del funcionamiento de este como comunidad. Incluye el reconocimiento que dan a las dinámicas propuestas en él para mantener y recuperar una identidad indígena Muisca, junto con el establecimiento de relaciones inter-

personales, la identificación de territorios propios y el conocimiento de los procesos de ruptura que ha sufrido su comunidad a lo largo de la historia.

Las dinámicas de disgregación, las rupturas históricas provocadas por la colonización española y la urbanización de Suba –a raíz del cambio de su figura como municipio a localidad de la ciudad de Bogotá– causaron que el espectro de ocupaciones que realizaban los descendientes de los indígenas se modificara. Durante el desarrollo de la investigación se indagó sobre la cultura Muisca a lo largo de sus principales momentos históricos, teniendo en cuenta no solo fuentes documentales, sino también los testimonios de historiadores y otros miembros del Cabildo⁵.

En tiempos de la Conquista, la comunidad indígena Muisca se vio obligada a relegar sus costumbres, tradiciones, prácticas religiosas y espirituales, y en general todas sus formas de vida, a causa de la dominación española. Los muisca tuvieron que adoptar una religión monoteísta –la católica– junto con hábitos y ocupaciones totalmente diferentes a los que practicaban desde sus inicios. Ese momento histórico representó una ruptura y una disgregación de esta comunidad, que luchó por defender y mantener sus costumbres; quien se opusiera a los designios de los españoles debía afrontar serios castigos, incluso la muerte, razón por la cual muchos muisca se refugiaron en diferentes sectores del altiplano cundiboyacense, principalmente en

Suba, Bosa, Cota, Chía y Sesquilé. Dicho proceso provocó que se comenzaran a perder y transformar sus tradiciones y prácticas (Londoño, 1988).

A través de las entrevistas realizadas a miembros de la comunidad se pudo conocer que hacia 1988 deciden reorganizarse y recuperar sus terrenos y su identidad como muisca, por esta razón se conforma el Cabildo Indígena de Suba. En este contexto, las personas que tengan algún apellido reconocido por el Cabildo como Muisca tienen el derecho de vincularse a él. Tal vinculación representa una serie de ayudas y subvenciones que incluyen acceso a la canasta familiar, beneficios en salud y educación, libreta militar, becas universitarias y beneficios para el ingreso a la educación superior, desayunos para niños, actividades deportivas y recreativas.

Con el fin de recuperar todas aquellas costumbres perdidas, el Cabildo ha sumado esfuerzos para proponer actividades que realizaban los muisca y que construían su identidad: tejido, ollas comunitarias, club de la palabra, consejo de niños, de jóvenes, de mujeres y de abuelos, entre otras. Sin embargo, algunos líderes del Cabildo reconocen y consideran que si bien hay descendientes de los muisca que participan en dichas actividades porque quieren recuperar su identidad como indígenas, existen otros que participan exclusivamente por la necesidad de acceder a los beneficios derivados de pertenecer a una comunidad indígena reconocida a nivel distrital y nacional.

⁵ Se invita al lector a revisar el informe de investigación para ampliar los hallazgos relacionados con la historia del Cabildo y las transformaciones históricas, culturales, económicas y geográficas que ha vivido la comunidad Muisca.

Con lo anterior se evidencia que la comunidad Muisca ha vivido diferentes situaciones en su historia, por lo cual el espectro de ocupaciones y la construcción de sentidos y significados asociados a ellas se ha visto influenciado por factores culturales, políticos, sociales, espaciales y temporales.

Otra consecuencia de ese transcurrir es el cambio en la consideración de la mujer. De acuerdo a los relatos de las personas entrevistadas, en el pasado regía una organización social en la cual imperaba el *matriarcado*⁶, no obstante, la mayoría de las decisiones y las posibilidades de participación de las mujeres dependían de las exigencias del contexto y de los designios de sus familiares. La distribución de roles, así como las posibilidades de elección de las ocupaciones también se han modificado con el tiempo.

A partir de las anteriores consideraciones, esta investigación pretende identificar las transformaciones que se han dado en la construcción de sentidos y significados de las ocupaciones de las mujeres del Cabildo Indígena de Suba, teniendo en cuenta la influencia de factores históricos, culturales, económicos y geográficos.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo cualitativo - descriptivo⁷, en el cual se efectuaron entrevistas semiestructuradas a nueve mujeres pertenecientes al Ca-

bildo. Seis de ellas vinculadas por ser descendientes directas de los Muiscas, debido a que poseen algún apellido de los clanes (en el cabildo se les llama *cabildantes*). Las otras tres, vinculadas por estar casadas con un hombre de apellido reconocido como Muisca, a quienes se les denomina *adoptadas*.

Las categorías analizadas fueron: ocupación, sentido, significado, cabildo y género (términos ampliados en la introducción). Con el fin de analizarlas se diseñó una entrevista con 36 preguntas, por medio de las cuales se buscó reconocer: las ocupaciones que han desempeñado las mujeres cabildantes y adoptadas de la comunidad, desde que eran niñas hasta la actualidad; los sentimientos, aportes e importancia que dichas ocupaciones han tenido para ellas (sentido), y la importancia y valoración que otras personas han dado a dichas ocupaciones y su participación en el Cabildo (significado).

En cuanto al género, se plantearon preguntas relacionadas con las posibilidades que las participantes tuvieron en diferentes momentos de su ciclo vital para desempeñar ocupaciones, y si han tenido limitaciones para elegir las libremente por el hecho de ser mujeres. También se incluyeron preguntas concernientes a la percepción de interés y participación en las dinámicas del Cabildo, teniendo en cuenta ambos géneros.

⁶ Término utilizado por las mujeres entrevistadas para hacer referencia a la estructura familiar y social en la cual la mujer tenía una posición de poder (más social que político), ya que era vista como un pilar fundamental de la misma.

⁷ Acevedo y García (2012) argumentan que la investigación cualitativa es de gran utilidad para los estudios de Terapia Ocupacional con comunidades indígenas, ya que la información obtenida de la comunidad es contada por sus propios miembros, describiendo aspectos importantes y de interés.

Con respecto al Cabildo, se establecieron preguntas encaminadas a indagar sobre el agrado o desagrado que experimentan las mujeres por participar en las actividades del mismo; los aportes, objetivos e intereses que persiguen al momento de comprometerse en las dinámicas propuestas, y las actividades que les gustaría proponer.

Antes de las entrevistas, todas las mujeres participantes conocieron los objetivos del estudio, aceptaron participar voluntariamente y autorizaron la grabación de las mismas.

El análisis de las entrevistas consistió en una clasificación de ocupaciones por etapas (infancia, adolescencia - conformación de familias y vida adulta - vinculación al Cabildo); la identificación de categorías de asignación de sentido a las ocupaciones desempeñadas en las diferentes etapas (acordes con las señaladas por diferentes autores); así como de los procesos de asignación de significado.

También se hizo el respectivo análisis de las preguntas relacionadas con las categorías género y Cabildo.

Resultados

Ocupación

Infancia. Las mujeres cabildantes y las adoptadas desempeñaban ocupaciones similares, teniendo en cuenta que la mayoría nació y creció en el campo. Se identificaron diversas categorías de ocupación para cada grupo (Tabla 1); las mujeres adoptadas manifestaron no realizar actividades de autocuidado y religiosas cuando eran niñas, argumentando falta de tiempo por la necesidad de encargarse de los oficios del hogar. Otro punto importante de contraste se encuentra en el juego; las cabildantes refirieron que tenían mucho tiempo y personas a su alrededor para jugar, elementos que resultaban escasos para las adoptadas.

Tabla 1. Ocupaciones de las mujeres en la infancia.

Mujeres cabildantes	Mujeres adoptadas
Actividades agrícolas - productivas	Actividades agrícolas - productivas
Cuidado del hogar	Cuidado del hogar
Estudio	Estudio
Juego - esparcimiento	Juego - esparcimiento
Autocuidado	
Tradición oral, unión familiar, costumbres ancestrales	Unión familiar
Religiosas / espirituales	

Fuente: Elaboración propia.

Los cambios ocupacionales que las mujeres vivieron se debieron a causas similares en ambos grupos: mientras las cabildantes tuvieron que cambiar sus ocupaciones a causa de la urba-

nización de Suba, la conformación de sus familias y la vinculación al Cabildo, las adoptadas tuvieron que hacerlo por el desplazamiento desde sectores rurales a urbanos, por la conformación

de su familias y la vinculación al Cabildo.

Vida adulta y actualidad. Teniendo en cuenta las razones por las cuales las mujeres de ambos grupos tuvieron que modificar el espectro de sus ocupaciones, se evidenció que las adoptadas y las cabildantes dejaron de realizar tareas agrícolas para comenzar a desempeñar otro tipo de actividades laborales con el fin de mantener a sus familias. En cuanto al juego, si bien no se abandonó, si se modificó, ya que empezaron a jugar con sus propios hijos.

Actualmente las nueve mujeres participan en las actividades propuestas por el Cabildo, realizan tejidos, asisten a reuniones y a festividades especiales para los muiscas. Es importante resaltar que ambos grupos manifestaron que la *participación* es una ocupación importante, a través de la cual pueden emprender procesos de empoderamiento. Las cabildantes se reconocen como líderes y protagonistas en la recuperación de su cultura, en la consolidación de su comunidad y en el fortalecimiento de su identidad como mujeres y como descendientes de los muiscas. Para las adoptadas, la posibilidad que tienen de aprender nuevas cosas y mejorar sus habilidades se convierte en un medio para sentirse mejor con ellas mismas y hacer parte de una comunidad que las reconoce y las acoge como miembros fundamentales.

Sentido

Infancia. Tanto las mujeres cabildantes como las adoptadas refieren que

se sintieron bien realizando sus ocupaciones de niñas; sin embargo, las cabildantes fueron más enfáticas en reconocer que se sentían *felices* (Ikiugu, 2005; Leufstadius et al., 2008), no solo por el lugar donde vivían y realizaban sus actividades, sino también por las personas con quienes podían hacerlo (Reed, et al., 2010) y por la posibilidad de aprender sobre su cultura y sus raíces ancestrales (Beagan & D'Sylva, 2011). Por otro lado, las mujeres adoptadas atribuyeron importancia a sus ocupaciones de la infancia por la satisfacción de necesidades personales (Bundgaard, 2005) y por convertirse en un medio para aprender a desempeñar las labores del hogar para cuando conformaran los propios (instrumentalidad de las ocupaciones⁸: Ikiugu, 2005).

Vida adulta. El sentido atribuido a las ocupaciones en esta etapa de sus vidas se relaciona principalmente con la satisfacción de necesidades personales y familiares (Bundgaard, 2005; Reed et al., 2010) y el fortalecimiento de sus proyectos de vida (Ikiugu, 2005).

Actualidad - Cabildo. En esta etapa se encuentran las mayores diferencias entre grupos. Las cabildantes consideran que las actividades realizadas en el Cabildo les permiten conectarse con el pasado, recordar sus ocupaciones más valoradas –las de la infancia– y recuperar sus costumbres ancestrales (Reed et al., 2010). Las adoptadas consideran importantes las actividades que realizan en el Cabildo debido a que pueden compartir con otras personas y aprender a hacer diferentes cosas

⁸ Utilidad de la ocupación para realizar proyectos de vida.

que más adelante pueden vender, razón por la cual se sienten productivas y realizadas (instrumentalidad de las ocupaciones: Ikiugu, 2005; valor tangible y simbólico de las ocupaciones: Persson, et al., 2001) .

Significado

Para esta categoría también se evidencian cambios importantes según las etapas del ciclo vital en ambos grupos de mujeres.

Infancia. Mientras las mujeres cabildantes recibían un alto reconocimiento por sus ocupaciones, para las adoptadas el reconocimiento y agradecimiento eran menores.

Vida adulta. En ambos grupos se evidenció un bajo reconocimiento por el desempeño de sus ocupaciones, relacionadas con el mantenimiento y cuidado del hogar, trabajo y estudio.

Actualidad - Cabildo. Aunque las mujeres cabildantes lideran proyectos para su comunidad, reciben un bajo reconocimiento por sus ocupaciones y sus esfuerzos; en contraste, las mujeres adoptadas reciben un alto reconocimiento por vincularse y participar en las actividades propuestas en el Cabildo, ya que sus más allegados consideran que estas se convierten en un medio importante para ocupar el tiempo libre, aprender nuevas cosas y obtener ganancias.

Cabildo

Las mujeres consideran al Cabildo como un espacio, un lugar en el cual pueden asumir un papel protagónico por medio del cual se empoderan de los procesos que suceden en la comunidad.

Así mismo, el Cabildo es reconocido como un espacio alegre, lleno de vida e historia, en el cual se pueden desempeñar y recuperar aquellas ocupaciones que más valoran.

Género

Teniendo en cuenta las posibilidades de participación de las mujeres en diferentes ocupaciones a lo largo de su vida, se evidenció que para las cabildantes se tenían más en cuenta las características biológicas para establecer lo que podían hacer hombres o mujeres, es decir, no había condiciones o designios culturales para la división de ocupaciones de acuerdo al género.

Por el contrario, las mujeres adoptadas refirieron que el desempeño de sus actividades se veía limitado, esto debido a la división de ocupaciones entre géneros por el predominio de un modelo machista, en el cual los hombres salían a trabajar y las mujeres debían quedarse en casa.

Para las mujeres de ambos grupos, en la actualidad existe mayor equidad para que hombres y mujeres realicen las mismas actividades.

Discusión

Teniendo en cuenta el desempeño de ocupaciones de las mujeres de ambos grupos en las diferentes etapas del ciclo vital analizadas, se logra observar lo expuesto por Rowles (2008) y Zemke (2004), en cuanto a que la elección y realización de actividades, así como la asignación de sentido y significado, dependen del lugar y el momento en donde pudieron o pueden ser ejecutadas. Así por ejemplo, las ocupaciones más valoradas por las cabildantes

son aquellas que realizaron en la infancia, ya que vivían en las casas de sus abuelos y podían compartir con sus familias.

Del mismo modo, las ocupaciones realizadas por las mujeres cabildantes y adoptadas a lo largo de su vida les han permitido desarrollar sus potenciales biológicos, individuales y socio-culturales (Rojas, 2011), estos últimos, principalmente en las cabildantes.

En la infancia los potenciales individuales de las mujeres se veían favorecidos a través del establecimiento de buenas relaciones con sus familiares (en el caso de las mujeres adoptadas, las labores del campo y del hogar eran realizadas con los familiares más cercanos -padres y hermanos(as)-, mientras que las mujeres cabildantes compartían con toda su familia, la cual vivía en un mismo espacio) y por el crecimiento personal que brindaba la realización de actividades agrícolas, el cuidado del hogar, el cuidado de animales, etc., en cuanto les daban “bases para una vida adulta” y aprendizajes para “ganarse la vida”.

Así mismo, se confirma lo expuesto por Bravo et al. (2011) y Méndez et al. (2013) respecto a la participación como ocupación que desarrolla el potencial individual, en tanto favorece un proceso de empoderamiento a través de la construcción y el fortalecimiento de su identidad como mujeres, con la capacidad de liderar la recuperación de las tradiciones, usos y costumbres de sus ancestros muiscas (en el caso de las cabildantes); de gestionar proyectos, aprender, elegir y participar en actividades cargadas con sentido y significado. Además, la participación

en el Cabildo les permite tener momentos de esparcimiento en los cuales pueden compartir experiencias y conocimientos, apoyar la realización de actividades y construir vínculos de amistad (mujeres adoptadas).

En cuanto a la intervención en actividades dentro del Cabildo, se evidencia un proceso de recuperación del legado cultural por medio de las ocupaciones (rituales, tejidos, medicina ancestral, preparación de alimentos), lo que provoca que su participación en el Cabildo se dote de significado. Siguiendo a Townsend (1997), tales ocupaciones posibilitan una *transformación personal de las mujeres*, en cuanto promueven su empoderamiento por ser lideresas en la comunidad, y una *transformación social del Cabildo*, gracias a que ellas son protagonistas en un proceso de recuperación de una cultura, aunque sean poco valoradas por los demás.

Sobre la categoría género, se revelan diferencias y cambios relacionados con la elección y la participación en ocupaciones de acuerdo al grupo al que pertenecen las mujeres (cabildantes o adoptadas) y a las etapas del ciclo vital. Las adoptadas tuvieron mayores dificultades en su infancia para elegir libremente qué hacer; el contexto, sobre todo el familiar, disponía lo que hacían hombres o mujeres, limitando a estas a permanecer en casa y a hacer actividades del hogar. Ambos grupos concuerdan en que en la actualidad tienen mayores posibilidades de elegir sus ocupaciones.

Hablando de la participación en ocupaciones dentro del Cabildo, se observa que las mujeres son quienes más se

han interesado en proponer y participar en los talleres, asambleas y actividades que buscan recuperar y fortalecer la identidad indígena; sin embargo, ellas no reconocen algún motivo que explique dicha diferencia. En este sentido, uno de los límites del estudio es que no se pudieron establecer diferencias en la asignación de sentido según el género, ya que no se incluyeron hombres en la investigación.

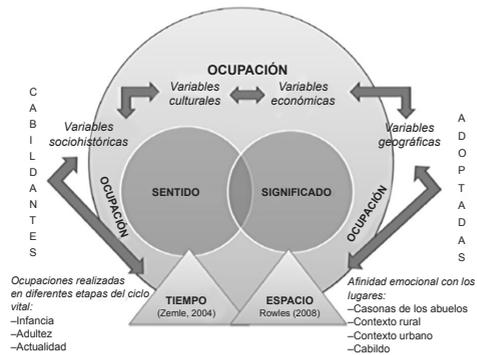
Por otro lado, se evidenció que la ocupación, el sentido y el significado son influenciados de manera transversal por variables culturales (identidad, usos y costumbres muiscas; estilo de vida campesino), socio-económicas (urbanización de Suba por necesidades de la ciudad de Bogotá, conformación de las familias, ingreso al campo laboral), socio-históricas (procesos de ruptura y disgregación como consecuencia de la colonización española; cambios en el espectro y desempeño de ocupaciones a causa de la urbanización de Suba; pérdida de costumbres ancestrales y ocupaciones valoradas por las mujeres cabildantes; desplazamiento de las mujeres adoptadas hacia la ciudad) y, finalmente, por variables geográficas (pérdida de los territorios ancestrales, modificaciones de las casonas de los abuelos de las cabildantes; establecimiento de la vivienda y el trabajo en casas del contexto urbano).

Teniendo en cuenta los principales hallazgos del estudio, resulta claro que la construcción de sentidos y significados de las ocupaciones de las mujeres se ha modificado con el tiempo.

Las variables geográficas se relacionan con el espacio, el cual facilita o dificul-

ta la realización de ocupaciones y determina cuáles se pueden o deben hacer. También con la afinidad emocional que se ha tenido con los lugares; esta tiene que ver con el sentido que se asigna a las ocupaciones realizadas en tales espacios (Rowles, 2008). Estas dinámicas se ilustran en la Figura 1.

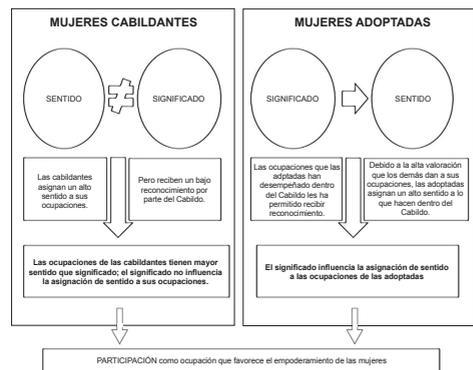
Figura 1. Influencia e interacción de las variables y los factores contextuales.



Fuente: Elaboración propia.

Así mismo, se evidencia que la relación entre sentido y significado varía entre los grupos de mujeres. Esto se resume en la Figura 2.

Figura 2. Interacción del sentido y el significado en ambos grupos de mujeres.



Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Las ocupaciones desempeñadas por las mujeres dentro del Cabildo posibilitan la transformación personal y social, en cuanto favorecen sus potenciales individuales y socioculturales, así como los procesos de recuperación de su identidad cultural.

La participación se convierte en una de las ocupaciones más importantes para las mujeres cabildantes, ya que han emprendido un proceso de empoderamiento en el cual se reconocen como lideresas y protagonistas de la recuperación de su cultura, la consolidación de su comunidad y el fortalecimiento de su identidad como mujeres y como descendientes de los muiscas.

Para las mujeres adoptadas la participación también desempeña un papel importante, ya que han logrado obtener el reconocimiento que no recibieron anteriormente por la realización de sus actividades y están fortaleciendo su identidad como mujeres con capacidad de pertenecer a una comunidad y a la sociedad en general, promoviendo cambios y apoyando, directa o indirectamente, la recuperación de una cultura casi perdida, la de sus esposos con ascendencia indígena.

Se evidencia la influencia del tiempo y el espacio en la asignación de sentido a las ocupaciones de las mujeres cabildantes, ya que este cambió en las diferentes etapas del ciclo vital analizadas. Las ocupaciones cargadas con mayor sentido para ellas son las de la infancia; también se atribuye un alto sentido a las desempeñadas en el Cabildo, ya que les permiten recordar lo que hacían en sus casas cuando eran ni-

ñas, junto a sus abuelos, y recuperar su identidad.

Los hallazgos de esta investigación confirman la importancia de que los terapeutas ocupacionales comprendan la ocupación desde otras perspectivas y consideren los sentidos y significados que las personas atribuyen a lo que hacen al momento de proponer y realizar intervenciones, para así promover la salud y el bienestar a través de actividades valoradas e importantes, que desarrollen los potenciales individuales y socioculturales de los usuarios.

Teniendo en cuenta los aportes de este estudio a la comprensión de los conceptos de ocupación, sentido y significado, se invita a los terapeutas ocupacionales a implementarlos y continuar analizándolos en su hacer para así fortalecer y unificar nuestro conocimiento como profesión.

Referencias

- Acevedo, L., & García, A. (2012). *Haciendo Terapia Ocupacional en Comunidades Indígenas* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Beagan, B., & D'sylva, A. (2011). Occupational Meanings of Food Preparation for Goan Canadian Women. *Journal of Occupational Science*, 18 (3), 210 - 222.
- Becerra A., Cerquera M., & Martínez M. (2009). *Sentido que le otorgan los hombres y las mujeres al cuidado como ocupación desde sus representaciones culturales* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Bravo C., Camelo N., & Zuñiga D. (2011). *Construcciones de sentido y significado de las ocupaciones en las mujeres inzaeñas: aportes desde Terapia Ocupacional* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- Bundgaard, K. (2005). The meaning of everyday meals in living units for older people. *Journal of Occupational Science*, 12 (2), 91-101.
- Chindoy, B., & Puenayan, Y. (2009). *Las transformaciones de pensamiento y prácticas ocupacionales de las comunidades Kamënt-sá y Pastos* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Cutchin, M. P., Aldrich, R. M., Bailliard, A. L., & Coppola, S. (2008). Action theories for occupational science: The contributions of Dewey and Bourdieu. *Journal of Occupational Science*, 15(3), 157-165.
- Galeano, E., Monsalve, A., & Wilches, J. (2012). *Sentido y significado de las ocupaciones en un grupo de mujeres cuidadoras y no cuidadoras de personas en situación de discapacidad del municipio de Sogamoso. Una experiencia desde Terapia Ocupacional* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Hocking, C. (2009). The challenge of occupation: Describing the things people do. *Journal of Occupational Science*, 16 (3), 140-150.
- Ikiugu, M. (2005). Meaningfulness of occupations as an occupational - life trajectory attractor. *Journal of Occupational Science*, 12 (2), 102-109.
- Leufstadius, C., Erlandsson, L., Björkman T., & Eklund M. (2008). Meaningfulness in daily occupations among individuals with persistent mental illness. *Journal of Occupational Science*, 15 (1), 27-35.
- Londoño, E. (1988). La conquista del cacicazgo de Bogotá. *Boletín Cultural y Bibliográfico*, 25 (16). Recuperado de <http://web.archive.org/web/20100123163257/http://www.lablaa.org/blaavirtual/publicacionesbanrep/boletin/boleti5/bol16/conquis.htm>
- Méndez, J., Bravo, C., Camelo, N. & Zúñiga, D. (2013). Sentido y significado en las ocupaciones de las mujeres: una experiencia desde el municipio de Inzá, Cauca. *Revista Ocupación Humana*, 13 (1), 19-30.
- Navarrete, E. (2010). Ciencia de la Ocupación: caminos y perspectivas. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia (A Coruña)*, 7 (6). 132-143.
- Persson, D., Erlandsson, L. K., Eklund, M., & Iwarsson, S. (2001). Value dimensions, meaning, and complexity in human occupation - A tentative structure for analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8 (1), 7 - 18.
- Reed K., Hocking C., & Smythe, L. (2010). The interconnected meanings of occupation: The call, being-with, possibilities. *Journal of Occupational Science*, 17 (3), 140-149.
- República de Colombia, Ministerio de Agricultura. *Decreto 2164 de 1995*. Por el cual se reglamenta parcialmente el Capítulo XIV de la Ley 160 de 1994 en lo relacionado con la dotación y titulación de tierras a las comunidades indígenas para la constitución, reestructuración, ampliación y saneamiento de los Resguardos Indígenas en el territorio nacional.
- Rowles, G. (2008). Place in occupational science: A life course perspective on the role of environmental context in the quest for meaning. *Journal of Occupational Science*, 15 (3), 127-135.
- Townsend, E. (1997). Occupation: Potential for personal and social transformation. *Journal of Occupational Science* 4 (1), 18-26.
- Trujillo, A., Sanabria, L., Carrizosa, L., & Parra, E. (2011). Comprensión de la ocupación humana. En C. Rojas, Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. (Ed.), *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente* (pp. 27-69). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Rojas, C. (Ed.). (2011). *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Yazdani, F. (2012). The dynamic nature of attributing meaning and value to occupation in Iran. *Journal of Occupational Science*, 19 (4), 137.
- Zemke, R. (2004). Time, Space, and the Kaleidoscopes of Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 58 (6), 608-620.

Fortalezas y desafíos ocupacionales de jóvenes y adultos que asisten a un programa de recuperación de adicciones

Occupational strengths and challenges of youngsters and adults attending an addiction recovery program

Marta Luz Guzmán Guzmán¹

María Auxiliadora Reyes Sanjuán²

Recibido: 9 de marzo 2016 • Enviado para modificación: 12 de julio de 2016 • Aceptado: 24 de julio de 2016

Guzmán, M., & Reyes, M. (2016). Fortalezas y desafíos ocupacionales de jóvenes y adultos que asisten a un programa de recuperación de adicciones. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 44-55.

Resumen: Cerca de 342.000 colombianos presentan patrones de consumo de drogas dependientes que ocasionan alteraciones en la ejecución de actividades de la vida diaria, roles, hábitos, y en general, en la participación ocupacional. El objetivo de la investigación es identificar fortalezas y desafíos que influyen en la participación ocupacional de un grupo de jóvenes y adultos hospitalizados, quienes adelantan un proceso de rehabilitación de adicciones en el Departamento del Atlántico. El referente teórico es el Modelo de Ocupación Humana. Se realiza un estudio descriptivo en el que participaron veinte usuarios clasificados en dos grupos etarios, jóvenes y adultos. Se usaron dos instrumentos, SCOPE y MOHOST, para explorar fortalezas y desafíos en volición, habituación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras, y ambiente. Las fortalezas de los adultos se relacionan principalmente con las habilidades de comunicación e interacción y las motoras, y los desafíos con restricciones en la participación en sus roles. En la mayoría de los jóvenes las fortalezas se relacionan con las habilidades de comunicación e interacción, y los desafíos con la elección de un grupo social que genere una participación social efectiva y eficiente.

Palabras clave: farmacodependencia, Terapia Ocupacional, hospitalización.

Abstract: Around 342,000 Colombian citizens have drug dependency patterns, which causes changes in the performance of daily activities, roles, habits, and in general, in their occupational participation. The objective of the research is to identify occupational strengths and challenges of youngsters and adults participating in a rehabilitation process in the Department of Atlántico, Colombia. The theoretical reference is the Model of Human Occupation. A descriptive study was performed, in which twenty participants were classified into two age groups, youngsters and adults. SCOPE and MOHOST were the two instruments used to explore strengths and challenges regarding volition; habituation; communication and interaction skills, motor skills, processing skills and environment. Strengths in adults are mainly related to motor skills and communication and interaction skills, and challenges are related to restrictions on participation in their roles. In most young people, strengths are related to

¹ Terapeuta ocupacional. Especialista en intervenciones psicosociales. Docente Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia. martaluzguzmang@unimetro.edu.co

² Terapeuta Ocupacional. Centro Médico Cognitivo e Investigación. Barranquilla, Colombia. mauxireyes@gmail.com

communication and interaction skills, and challenges are related to the selection of a social group that generates an effective and efficient social participation.

Keywords: substance-related disorders, Occupational Therapy, hospitalization.

Introducción

Se estima que en Colombia alrededor de 159.000 adolescentes entre los 12 y 17 años, 347.000 jóvenes entre los 18 y 24 años y 216.000 adultos entre los 25 y 34 años son consumidores de sustancias psicoactivas. En cuanto a patrones de consumo, se clasifican como dependientes unas 342.000 personas (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2014). En conclusión, el 1,5% de la población colombiana –300.000 personas– podrían ser consideradas como farmacodependientes (Hernández, 2010). Para el departamento del Atlántico, las cifras de consumo dependiente en 2014 hablan de aproximadamente 23.320 personas, lo que corresponde a un 1,6% de su población (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2014).

Se define la farmacodependencia como un “estado físico y psíquico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, en la que se presentan modificaciones del comportamiento y un impulso por ingerir el fármaco de manera periódica” (Berruecos, 2010, p. 62-63). Esta se ha convertido en un gran desafío para las sociedades actuales, ya que las consecuencias individuales y sociales que de ella se derivan están afectando el bienestar y la seguridad de un número cada vez mayor de niños, jóvenes y adultos (Eslava, et al., 2009).

A pesar de los esfuerzos en salud pública que realizan los países, es evidente el incremento de su incidencia (Eslava, et al., 2009), con la consecuente demanda de servicios de tratamiento. Por esta razón, el gobierno colombiano incluyó los procesos de rehabilitación de la farmacodependencia en el programa de seguridad social, soportado por la Ley 1566 de 2012, a través de la cual se reconoce que el abuso y la adicción deben ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado (Gobierno de la República de Colombia, 2012). En consecuencia, se hizo necesario incorporar en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado todas las intervenciones, procedimientos clínico-asistenciales y terapéuticos, y los medicamentos que garanticen dicha atención.

Este artículo acoge el concepto de farmacodependencia, en tanto puntualiza que tal problemática conlleva un patrón desadaptativo y de dependencia que genera un deterioro de la persona en todas sus esferas (física, mental y emocional) y ocasiona alteraciones en la ejecución de actividades de la vida diaria, los roles, los hábitos y, en general, en la participación ocupacional (Chaves, 2013). De lo anterior se deriva la importancia de la actuación del terapeuta ocupacional en este campo, ya que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida diaria cuan-

do estas se ven alteradas por cualquier causa (Rojo, 2013) y se encarga de restablecer, modificar o crear un nuevo significado a las ocupaciones de los usuarios farmacodependientes (Farías, Guerra, Cifuentes, Rozas & Riveros, 2010).

De otra parte, el Modelo de la Ocupación Humana (MOH) busca explicar cómo la ocupación es motivada, organizada y desempeñada, concibiendo tres elementos constitutivos: volición, habituación y capacidad de desempeño, así como la interrelación de estos con el ambiente. En el marco del MOH, la participación ocupacional implica el involucrarse en actividades con significado personal y social – ocupaciones–; posibilidad que se ve influenciada por los elementos antes mencionados (Kielhofner, 2011).

La volición se refiere a la motivación ocupacional, se entiende como el patrón de pensamientos y sentimientos acerca de la propia persona como actor en el mundo; esta se compone de la causalidad personal, los valores y los intereses (Kielhofner, 2011).

La habituación, por su parte, es el proceso mediante el cual la ocupación se organiza en patrones y rutinas. Esta se compone de los hábitos y los roles (Kielhofner, 2011).

La capacidad de desempeño tiene que ver con las habilidades físicas y mentales que se utilizan en el desempeño de una ocupación con propósito. Esta depende del estado de los sistemas musculoesquelético, neurológico, cardiopulmonar, entre otros, que son utilizados cuando se actúa en el mundo (Kielhofner, 2011).

Por último, el ambiente está conformado por dos dimensiones: social y física, que ofrecen oportunidades, limitaciones, recursos y demandas, teniendo impacto sobre la persona (Santana, 2009).

Así, el MOH proporciona un marco de referencia que permite, a través de la aplicación de instrumentos, como el Perfil Ocupacional del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST) y el Perfil Ocupacional Inicial del Niño (SCOPE), identificar fortalezas y desafíos en términos de la interrelación de factores personales (volición, habituación y habilidades) y ambientales, los cuales facilitan o restringen la posibilidad de participar en ocupaciones (Kielhofner, 2004, 2011). Para este estudio, el MOH y estos instrumentos fueron utilizados en el contexto de jóvenes y adultos farmacodependientes en condición de hospitalización.

El Centro Terapéutico Reencontrarse, a través de su sede ubicada en el municipio de Puerto Colombia, Atlántico, brinda un programa para abordar diferentes tipos de adicciones, entre las cuales prevalece la farmacodependencia. El programa se dirige a mejorar la calidad de vida de jóvenes y adultos en esta situación a nivel personal, familiar, social y ocupacional (Centro Terapéutico Reencontrarse, 2015), e incluye la identificación de factores de riesgo personales y ambientales que pueden influir en las recaídas, además de promover estilos de vida saludables orientados al autocuidado, el fortalecimiento del carácter y de la propia persona.

Las intervenciones de Terapia Ocupacional dentro del programa de Reen-

contrarse buscan contribuir al mejoramiento de la participación en el ambiente y en la ocupación, promoviendo la capacidad para ejecutar tareas que faciliten a los usuarios desarrollar sus roles ocupacionales de manera satisfactoria, considerando las características personales y el entorno habitual en el que se desenvuelven. No obstante, se ha detectado que el abordaje no se basa en un análisis previo de la historia ocupacional de los usuarios, el cual conlleva a una detección óptima de aquellas fortalezas y desafíos ocupacionales que podrían orientar la intervención a nivel intrahospitalario y extrahospitalario y, finalmente, facilitar la participación en ocupaciones.

Siendo así, esta investigación busca identificar fortalezas y desafíos ocupacionales en jóvenes y adultos que asisten al programa de adicciones del Centro Terapéutico Reencontrarse, evidenciando su influencia en la participación en ocupaciones en el contexto hospitalario.

Metodología

Para lograr el objetivo antes mencionado se desarrolló un estudio descriptivo con la participación de veinte usuarios del Centro Terapéutico Reencontrarse, 18 hombres y 2 mujeres, con edades entre los 14 y 50 años de edad, y que cumplen los criterios de inclusión y exclusión que se enuncian a continuación.

Como criterios de inclusión se definen: a) presentar diagnóstico de farmacodependencia; b) encontrarse en la fase de hospitalización; c) participar permanentemente en la rutina de actividades terapéuticas programadas;

d) permanecer en el proceso de rehabilitación entre el primer y el segundo semestre de 2015. Teniendo en cuenta que se quieren identificar las fortalezas y desafíos que presentan los usuarios con diagnóstico de farmacodependencia en el contexto hospitalario, y cómo estas permiten o restringen la participación en ocupaciones, se excluyen del estudio aquellos que presenten patología dual.

Las personas participantes presentan características comunes asociadas con su situación, tales como disfunción familiar, alteraciones en la capacidad de hacer elecciones ocupacionales productivas, dificultades en la ejecución de hábitos y rutinas, escasa participación en tareas de autocuidado y en actividades productivas, deterioro cognitivo derivado del consumo crónico, entre otras.

Inicialmente se observó a los usuarios participantes durante la ejecución de una rutina terapéutica establecida por medio de estrategias de evaluación graduadas. Simultáneamente se realizaron entrevistas individuales a través de un formato propio.

Posteriormente se realizó la aplicación de dos instrumentos propios del MOH, a través de una rutina de estrategias de evaluación grupal planeada para este fin. Tales instrumentos son: el Perfil Ocupacional del Modelo de Ocupación Humana, conocido como MOHOST, y el Perfil Ocupacional Inicial del Niño, SCOPE. Estos son fundamentales en la detección de desafíos y fortalezas ocupacionales. Para los once usuarios menores de 21 años, a quienes se alude en este estudio como *jóvenes*, se aplicó el SCOPE; para los

nueve usuarios mayores de 22 años, *adultos*, se aplicó el MOHOST (Kielhofner, 2011).

El SCOPE fue creado en 2005, permite realizar una evaluación centrada en la ocupación y determinar cómo la voluntad, la habituación, las habilidades y el medio ambiente de un niño facilitan o restringen su participación. Se puede utilizar con personas entre 0 y 21 años de edad, con diversidad de habilidades y diagnósticos. Consta de 25 ítems organizados en seis secciones: volición, habituación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento y elaboración, habilidades motoras y ambiente (Bowyer, Kramer, Maziero Barbosa & Girolami, 2007; Kielhofner, 2011).

El MOHOST, por su parte, fue creado en 2006. Permite evaluar la mayoría de los conceptos del MOH (volición, habituación, habilidades y medio ambiente) y brinda al terapeuta una visión general del funcionamiento ocupacional del usuario. Este instrumento aborda: la motivación del cliente para la ocupación, el patrón de ocupación, la comunicación / interacción, el procesamiento y las habilidades motoras, y el medio ambiente (Kielhofner et al., 2010; Kielhofner, 2011). Para otorgar la calificación en ambos instrumentos se deben tener en cuenta los criterios expuestos en la Tabla 1.

La calificación de cada sección (volición, habituación, habilidades de procesamiento y elaboración, habilidades motoras, habilidades de comunicación e interacción, y ambiente) equivale al promedio de las puntuaciones obtenidas en cada ítem evaluado. El puntaje general para cada usuario, a

Tabla 1. Criterios de calificación.

Criterio	Significado	Puntuación
F	Facilita la participación	4
P	Permite la participación	3
R	Restringe la participación	2
I	Inhibe la participación	1

Fuente: Elaboración propia a partir de Kielhofner, 2011.

su vez, se obtiene promediando las calificaciones alcanzadas en las diferentes secciones.

Los resultados de las aplicación de los instrumentos se agruparon para jóvenes y adultos, logrando identificar así la frecuencia (expresada en el porcentaje de usuarios) con la que los factores personales, ambientales u ocupacionales permiten o restringen la participación, es decir, se constituyen en fortalezas o desafíos ocupacionales. Se toman como fortalezas aquellos ítems en cuya calificación se obtenga *facilita* o *permite*, y como desafíos aquellos cuya calificación señale que *restringe* o *inhibe*.

En la realización de las entrevistas y la aplicación de los instrumentos participaron estudiantes de último semestre de Terapia Ocupacional de la Universidad Metropolitana. Ellos, con acompañamiento y orientación docente, realizaron previamente el entrenamiento requerido.

Consideraciones éticas. El estudio se realizó en el marco del Convenio docencia-servicio celebrado entre el Centro Terapéutico Reencontrarse y la Universidad Metropolitana, el cual incluye el desarrollo de prácticas formativas y de procesos investigativos. Siguiendo los lineamientos de la Re-

solución 008430 del Ministerio de Salud, se protege la privacidad y se guarda total confidencialidad de los datos de cada uno de los usuarios, a quienes se les informó previamente de las características y propósitos de esta investigación, decidiendo voluntariamente participar en la misma sin recibir ninguna remuneración económica. De acuerdo a la citada Resolución, se considera este como un estudio sin riesgo, ya que no se realiza ninguna intervención de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes.

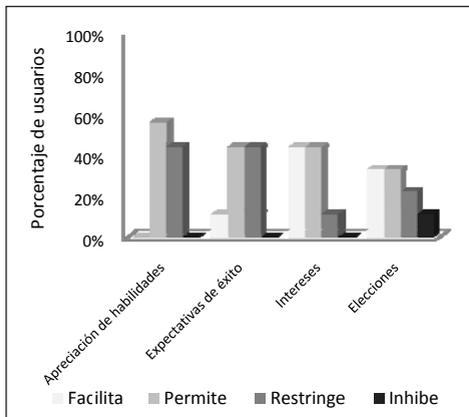
Resultados

Motivación por la ocupación / Volición. En los nueve adultos evaluados las elecciones se representan en un 66% como fortaleza, debido a que presentaron disposición para el cambio al enfrentar su proceso de reha-

bilitación, demuestran motivación e iniciativa, sentido de importancia y significado hacia los objetivos trazados en su proceso; sin embargo, se expresa como desafío ocupacional para un 33% de ellos, en quienes se evidencia bajo sentido de pertenencia, poca motivación e iniciativa frente a su proceso (Gráfica 1).

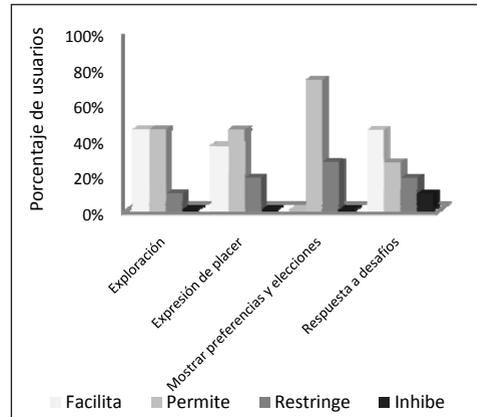
Entre tanto, las preferencias y elecciones de los once usuarios jóvenes, en un 73% pueden verse como fortalezas, ya que realizan elecciones, demuestran agrado y disposición frente a las actividades; ello les permite una participación eficiente y eficaz ante las demandas generadas por el contexto en el que se encuentran. No obstante, el 27% de ellos presenta desafíos en este aspecto, debido a la falta de disposición y motivación al asumir cambios derivados de su proceso de rehabilitación (Gráfica 2).

Gráfica 1. Motivación por la ocupación en adultos.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 2. Volición en jóvenes.



Fuente: Elaboración propia.

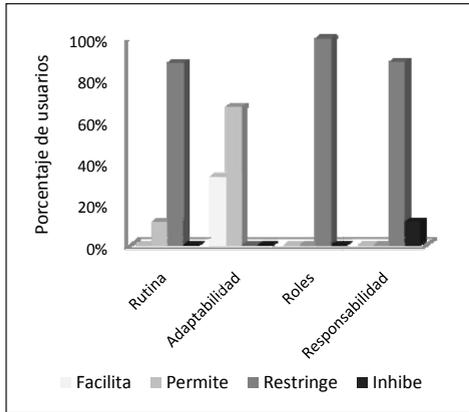
Patrón de ocupación / Habitación. Todos los adultos presentan desafíos en este aspecto, ya que al iniciar la

hospitalización la identificación con los roles que desempeñan dentro del centro, la pertinencia, e involu-

cramiento en los mismos restringe su adaptación al proceso (Gráfica 3). En los jóvenes se presentan desafíos que restringen (73%) e inhiben (27%) el desempeño, ya que sus expectati-

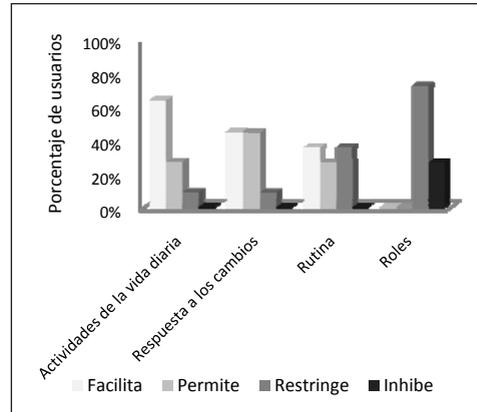
vas respecto al cumplimiento de las demandas de los roles interiorizados dentro del centro, no se cumplen hasta que logran comprometerse con el proceso (Gráfica 4).

Gráfica 3. Patrón de ocupación en adultos.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 4. Habitación en jóvenes.

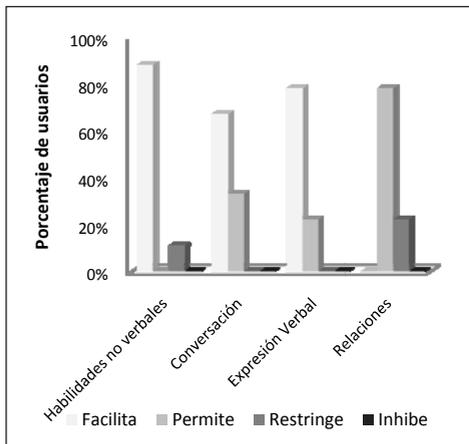


Fuente: Elaboración propia.

Habilidades de comunicación e interacción. El 88% de los usuarios adultos demuestran fortalezas en sus habilidades no verbales (Gráfica 5), mientras entre los jóvenes el 81% de-

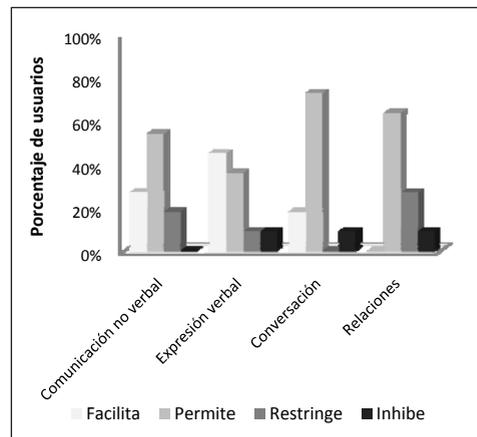
muestran fortalezas (Gráfica 6) en este aspecto. Ello se refleja particularmente en el porte y la actitud de los adultos, e impacta positivamente su participación ocupacional. De igual forma, se

Gráfica 5. Habilidades de comunicación e interacción en adultos.



Fuente: Elaboración propia.

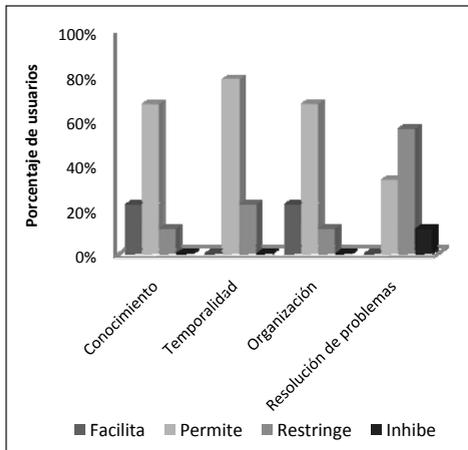
Gráfica 6. Habilidades de comunicación e interacción en jóvenes.



Fuente: Elaboración propia.

evidencia que 78% de los adultos presentan fortalezas al iniciar y mantener relaciones de interacción, mostrando dentro del grupo cooperación, colaboración y manejo de límites (Gráfica 5); entre tanto, el 64% de los jóvenes presentan fortalezas a este nivel. Es de resaltar que 36% de ellos presentan desafíos al momento de iniciar y mantener relaciones de interacción, esto debido a la falta de compromiso con el proceso de rehabilitación (Gráfica 6).

Gráfica 7. Habilidades de procesamiento en adultos.



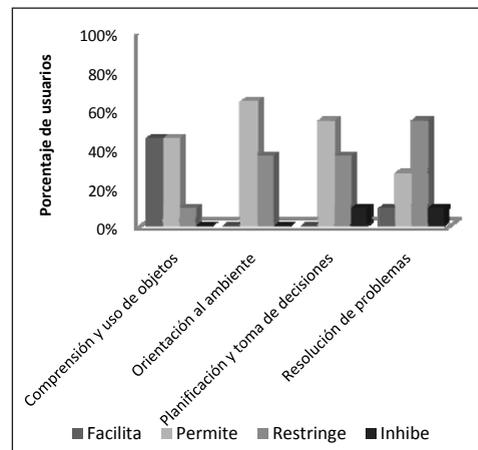
Fuente: Elaboración propia.

mandas contextuales que les exigen la capacidad de dar solución a diferentes situaciones. El 63% tiene desafíos, dado que no se mostraron asertivos en la identificación y resolución de problemas planteados en las rutinas del centro (Gráfica 8).

Habilidades motoras. Todos los adultos muestran fortalezas en este aspecto, destacándose el uso de las mismas en su participación dentro del contexto (Gráfica 9). Entre los jóvenes

Habilidades de procesamiento. En la población adulta se presentan desafíos en la resolución de problemas, lo cual restringe (56%) o inhibe (11%) su participación; estos usuarios presentan dificultades en cuanto a sus habilidades de juicio, adaptación, toma de decisiones y análisis, lo cual no les permite emitir respuestas asertivas ante las demandas contextuales (Gráfica 7). El 36% de los jóvenes presentan fortalezas, ellos muestran habilidad para dar respuestas asertivas a las de-

Gráfica 8. Habilidades de procesamiento en jóvenes.

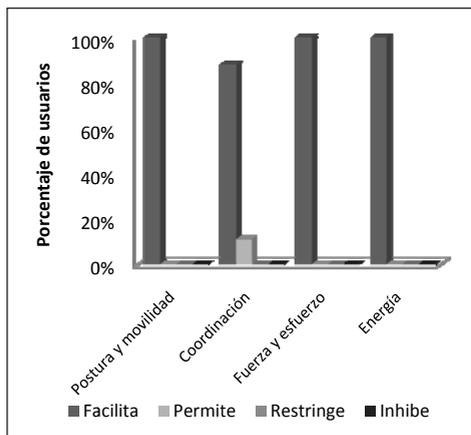


Fuente: Elaboración propia.

ven se evidencian fortalezas en el 82% y desafíos en el 27%; entre estos últimos se observaron: falta de energía, dificultades en la coordinación y en la planeación de movimientos, aspectos que limitaban su desempeño (Gráfica 10).

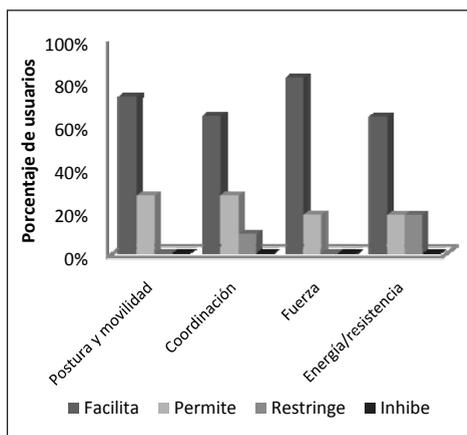
Entorno. Llama la atención que todos los jóvenes y adultos presentan un desafío en lo que respecta al ítem de grupos sociales, ya que en el contexto extra-hospitalario se encuentran

Gráfica 9. Habilidades motoras en adultos.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 10. Habilidades motoras en jóvenes.



Fuente: Elaboración propia.

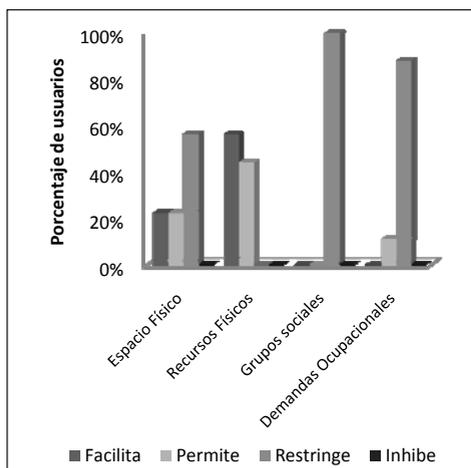
inmersos en ambientes sociales donde su participación social adaptativa se ve restringida por la influencia que sobre ellos ejerce el grupo que frecuentan (Gráfica 11 y 12).

Discusión

Eberhard y Torrico (2013) enuncian que la observación en la actividad es uno de los métodos de evaluación más

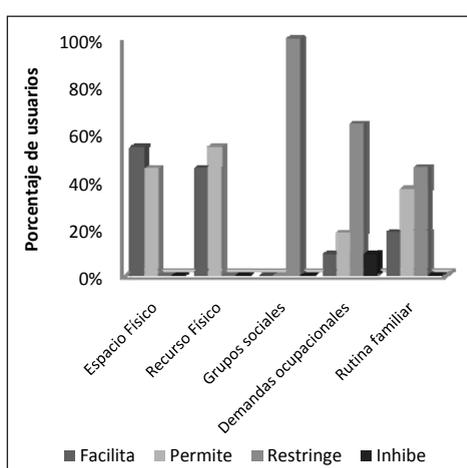
utilizados para determinar comportamientos y capacidad funcional de los usuarios en las diversas áreas ocupacionales; en este estudio la observación directa de los usuarios en la ejecución de actividades y rutinas dentro del centro, acompañada del uso de los instrumentos mencionados, resultó ser una estrategia adecuada para dar cuenta de los aspectos que se buscaba identificar.

Gráfica 11. Entorno en adultos.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 12. Entorno en jóvenes.



Fuente: Elaboración propia.

Rojo (2013) refiere que se carece de instrumentos validados para aplicar en población farmacodependiente, lo cual representa un obstáculo para la investigación científica para la disciplina; sin embargo, los instrumentos empleados en esta investigación muestran propiedades psicométricas útiles para evaluar cualquier tipo de usuario y bajo condiciones ambientales diversas.

Coincidiendo con lo sugerido por Rojo (2008), en lo relacionado con el tratamiento de adicciones desde Terapia Ocupacional, los métodos e instrumentos usados en este estudio permitieron hacer una aproximación a la influencia de las habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción en la participación ocupacional de usuarios farmacodependientes hospitalizados.

De otra parte, Valverdi y Alvarez (2012) afirman que la adicción afecta todos los niveles de desempeño ocupacional, vuelve disfuncional a la familia, altera roles e instaura hábitos nuevos. En este sentido, se destaca que en la población joven participante la rutina familiar demostró representar un desafío importante que restringe la participación en ocupaciones satisfactorias. Así mismo, el desempeño de roles, tanto en la población joven como en la adulta, se convierte en un desafío mayor en el contexto hospitalario, puesto que con frecuencia no se involucran ni ven la pertinencia e importancia de adoptarlos.

En un estudio denominado *Residencia diurna: una alternativa clínica para pacientes abusadores / adictos a psicotrópicos*, Souza y sus colaboradores

(2006) concluyen que se debe orientar a esta población para la toma de decisiones, la resolución de problemas y para hacer elecciones ocupacionales. Esta afirmación entra a discutir con lo encontrado mediante este estudio, dado que para algunos de los participantes las habilidades de procesamiento y elaboración, como la toma de decisiones y la resolución de problemas, representan fortalezas que les permiten hacer elecciones y participar en actividades que les resultan significativas. Ello lleva a afirmar que la presencia de tales habilidades como fortalezas o desafíos varía de un usuario a otro, de manera que las necesidades de soporte o apoyo deben considerarse de manera diferencial para cada caso.

Conclusiones

Las fortalezas de los jóvenes y adultos en lo relacionado con la comunicación e interacción, particularmente en las habilidades no verbales, resultan fundamentales para el establecimiento de relaciones interpersonales con los compañeros y los miembros del equipo terapéutico. Cabe destacar que las habilidades verbales son reeducadas en el centro debido a la importancia que tienen para el establecimiento de relaciones interpersonales, las cuales, para muchas personas farmacodependientes, resultan difíciles de crear y mantener. En algunos jóvenes las habilidades de comunicación e interacción restringen la participación en su contexto, pues las relaciones que establecen no se basan en el respeto y la colaboración.

En relación con las habilidades motoras, estas se manifiestan a través de

la coordinación de movimientos, la fuerza y energía que emplean para participar activamente en las rutinas dentro del centro. En algunos jóvenes se observa restricción en el uso de las habilidades motoras para participar en las rutinas establecidas que requieren de movimientos finos y gruesos, esto debido a los efectos de la medicación.

Respecto a aquellas características concernientes a la motivación por la ocupación, se destaca la capacidad de algunos participantes para hacer elecciones de acuerdo a lo que consideran significativo e importante para su proceso de rehabilitación. Especialmente en los jóvenes también se identifican fortalezas en las habilidades de procesamiento y elaboración para resolver problemas y situaciones que se presenten en su contexto.

En cuanto a los desafíos ocupacionales, tanto en jóvenes como en adultos se observa que el desempeño de roles se encuentra alterado, esto debido a las dificultades que se presentan como consecuencia del consumo y por el impacto de la vinculación al proceso de hospitalización, sobre todo al inicio del mismo. Respecto a las habilidades de procesamiento y elaboración, específicamente la resolución de problemas, se observan dificultades que restringen en algunos de ellos la toma de decisiones asertivas en situaciones que, dentro del contexto hospitalario, así lo requieren.

Se destaca que para algunos usuarios la motivación por la ocupación se altera, debido a que la capacidad de hacer elecciones de acuerdo con sus preferencias restringe su participación

en actividades que sean de su agrado y tengan significado para ellos.

Respecto a los instrumentos usados, se concluye que ambos miden características similares relacionadas con los subsistemas del MOH; sin embargo, las variaciones en la denominación de los ítems evaluados dificulta hacer comparaciones entre grupos etarios. Por esta razón, en este estudio se privilegió el paralelo entre aquellos aspectos que tienen igual denominación.

Cabe reiterar que en este investigación se evaluaron los aspectos que permiten o restringen la participación ocupacional en un ambiente intrahospitalario, los cuales pueden variar en condiciones extrahospitalarias o en el ambiente cotidiano de los usuarios. Los hallazgos dejan entonces abierta la posibilidad de dar continuidad a la investigación a través del diseño e implementación de estrategias que permitan convertir los desafíos detectados en fortalezas, con miras a mejorar la participación ocupacional de personas en proceso de rehabilitación. Así mismo, a la necesidad de explorar los elementos que afectan la participación ocupacional de personas farmacodependientes en contextos diferentes al de la hospitalización.

Además de los beneficios que lo anterior pueda significar a futuro para los procesos de rehabilitación en el centro, se espera que a partir de este estudio se optimicen la evaluación y la intervención teniendo en cuenta las fortalezas y desafíos ocupacionales.

Referencias

Berruecos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia:

- definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17 (49), 61-81.
- Bowyer, P., Kramer, J., Kielhofner, G., Maziero-Barbosa, V., & Girolami, G. (2007). Measurement Properties of the Short Child Occupational Profile (SCOPE). *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27 (4), 67-85.
- Chaves, L. (2013). La Terapia Ocupacional en el abordaje de las adicciones: una revisión actualizada. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (2), 57-64.
- Eberhard, A., & Torrico, P. (2013). Terapia Ocupacional en salud mental de corta estadía en clínica de atención privada. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (2), 45-55.
- Eslava, D., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L., & Miotto, M. (2009). El consumo de drogas y su tratamiento desde la perspectiva de familiares y amigos de consumidores en Bogotá, Colombia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17, 788-795.
- Farias, L., Guerra, V., Cifuentes, T., Rozas, S., & Riveros, M. (2010). Consumo problemático de drogas y Terapia Ocupacional: componentes ocupacionales evaluados durante el proceso de tratamiento y rehabilitación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 10 (Diciembre), 45-56.
- Gobierno de la República de Colombia. (2012). *Ley 1566 de 2012*. Bogotá: Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Gobierno de la República de Colombia. (2014). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia-2013*. Bogotá: ALVI Impresores.
- Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, (Sup.1), 153-170.
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. Buenos Aires: Médica Panamericana .
- Kielhofner, G. (2011). *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner, G., Fan, C.W., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., Forsyth, K., ... & Taylor, R. (2010). A Psychometric Study of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20 (2), 63-70.
- Rojo, G. (2008). Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos adictivos*, 10 (2), 88-97.
- Rojo, G. (2013). Terapia Ocupacional en adicciones y psicopatología asociada. *Terapia Ocupacional Galicia*, 10 (8), 55-74
- Santana, Z. (2009). Modelos propios para la práctica de la Terapia Ocupacional. *Espacio T.O. Venezuela*, 3. Recuperado de http://espaciotovenezuela.com/pdf_to/modelospropiosto.pdf
- Souza y Machorro, M., Quijano, E., Reséndez, R., Arroyo, F., García, L., Quintanilla, J., ... & Guisa, V. (2006). Residencia diurna: una alternativa clínica para pacientes abusadores / adictos a psicotrópicos. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7 (4), 308-324.

Conceptualizaciones sobre cultura, socialización, vida cotidiana y ocupación: reflexiones desde espacios formativos

Conceptualizations of culture, socialization, daily life and occupation: reflections from formative spaces

Mónica Palacios Tolvett¹

Recibido: 21 de mayo 2016 • Enviado para modificación: 29 de julio de 2016 • Aceptado: 7 de agosto de 2016

Palacios, M. (2016). Conceptualizaciones sobre cultura, socialización, vida cotidiana y ocupación: reflexiones desde espacios formativos. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 56-69.

Resumen: Se presenta una reflexión desde el curso Ocupación Humana II, en pregrado, y desde una de las líneas de investigación del Magíster de Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello de Chile, respecto a las nociones de cultura, socialización, cotidianidad, y sus relaciones con ocupación, en tanto producción y reproducción social. En el desarrollo del magíster se ha discutido esta relación con la cultura como espacio en disputa en la producción de subjetividad e intersubjetividad acerca de situaciones sociales de exclusión y vulnerabilidad. Así mismo, como una entrada para comprender los valores, creencias y categorizaciones de los procesos de salud - enfermedad y la intervención de Terapia Ocupacional. El vínculo entre ocupación y cultura no siempre es visible para el terapeuta ocupacional, la tendencia a banalizar e invisibilizar estas relaciones en los actos de la vida cotidiana, incluida la intervención, está presente en nuestras acciones y produce ciertas maneras de subjetivar al otro y a nosotros mismos. Reflexionar sobre estos procesos nos ayudaría como terapeutas ocupacionales a generar intervenciones situadas culturalmente, a comprender la ocupación sujeta a ciertas condiciones producidas en los procesos de socialización y en las condiciones concretas de la vida cotidiana.

Palabras Claves: ocupación, cultura, socialización, vida cotidiana.

Abstract: The reflection is presented from the course Human Occupation II, and from one of the lines of research from the Master's in Occupational Therapy UNAB Chile, about the notions of culture, socialization, daily life and their relations with occupation, in both production and social reproduction. During the master's, this relationship with culture has been discussed as an area in dispute in the production of subjectivity and inter-subjectivity about social situations of exclusion and vulnerability. Also, as an input to understand the values, beliefs and categorization of health - disease processes and Occupational Therapy intervention. This link between occupation and culture is not always visible to the occupational therapist; the tendency to trivialize and make these relations invisible in the daily life acts, including occupational therapy intervention, is present in our actions and creates certain ways to subjectify the other and ourselves. Reflecting on these processes would help us occupational therapists to generate interventions that are culturally situated, to understand

¹ Terapeuta Ocupacional. Magíster en Psicología Social-Comunitaria. Doctoranda en Salud, Bienestar y Calidad de Vida. Docente Facultad de Rehabilitación, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile, Chile. mpalacios@unab.cl, monicapalacios.psc@gmail.com

occupation subject to certain conditions produced in the socialization processes and in the concrete conditions of daily life.

Keywords: occupation, culture, socialization, daily life.

Introducción

Este artículo pretende poner en diálogo algunas conceptualizaciones sobre cultura, socialización, vida cotidiana y ocupación. Estas reflexiones se han dado en el contexto de la asignatura de pregrado Ocupación humana II y del Magíster de Terapia Ocupacional de la escuela de Terapia Ocupacional, Sede Santiago, de la Universidad Andrés Bello de Chile².

Se propone reflexionar acerca de la relación entre cultura y ocupación en Terapia Ocupacional, como una manera de entender la ocupación como ser en el mundo, de forma situada e historizada. Aunque hay corrientes que asumen la cultura como una expresión fotográfica del contexto, parece relevante poner en cuestión estos asuntos para visibilizar aquello que produce significados respecto a las actividades que realizamos. En este sentido, algunos autores en Terapia Ocupacional, entre ellos Iwama y Simó (2008), han planteado discusiones alrededor de la relación entre ocupación y cultura, y cómo la Terapia Ocupacional puede ir situando culturalmente sus intervenciones.

Iwama y Simó (2008) refieren que es imprescindible aumentar en las terapeutas ocupacionales la conciencia acerca de las problemáticas que surgen en la práctica con personas que vienen de nuevos contextos y culturas; señalan que tales intervenciones tienen que considerar las realidades y los significados compartidos de las personas a las que van dirigidas. Para ello, proponen que para que la Terapia Ocupacional sea efectiva, debe adaptar su respuesta a los patrones culturales en los que está siendo practicada. Según Simó (2016), los modos de comportamiento ocupacional son constituidos en el diálogo entre el ser humano y su medio ambiente, y señala que la cultura es una dimensión clave en nuestra profesión.

En concordancia con lo planteado, se asume que comprender la intervención en Terapia Ocupacional de manera culturalmente situada tiene implicancias concretas en la vida cotidiana de las personas. Estos procesos suceden en las relaciones entre personas (interventor/intervenido), adquiriendo ciertos simbolismos, ciertas relaciones de poder y ciertos significados anclados en valores y

² La asignatura Ocupación Humana II se imparte en segundo año de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Andrés Bello. En ella se articula el concepto de ocupación con los de cultura, socialización y vida cotidiana, entre otros. En esta asignatura han participado distintos profesores entre los años 2003 y 2015, aportando cada uno a las reflexiones sobre los conceptos abordados: Ximena Porras, Alejandra Jara, Gloria Silva, Ana Maturana, Vicky Parraguez, Valeria Rey, Alejandro Guajardo. La participación de la autora data del año 2011 hasta ahora.

creencias culturales; ello nos puede colocar en la situación de respetar, liberar, vulnerar u oprimir a quien culturalmente está en una posición de desventaja social, quien está fuera de los códigos culturales hegemónicos, o bien, quien proviene de una cultura distinta, desconocida para nosotros y, por tanto, sujeta a la discriminación. Así, la relación dada en el proceso interventivo de la Terapia Ocupacional se constituye en un lugar donde vivimos procesos de socialización y donde nos constituimos, en el decir de García (2002), como aparatos culturales o dispositivos sociales.

Para entender cómo se articulan los procesos de socialización, vida cotidiana, cultura y ocupación, a continuación se plantean los conceptos y la reflexión que los vincula.

Procesos de socialización

La socialización es el concepto que representa el proceso mediante el cual las personas, desde su niñez, aprenden los modos de comportamiento que caracterizan a las sociedades en las que nacen y se desarrollan, haciéndolas propias. Ocurre en el momento (tiempo y espacio) en que una persona participa de un mundo social y se da en la relación, a partir de “estar con otros”, en la colectividad. En el proceso de socialización, a partir de las prácticas sociales y de las experiencias, se transmite la cultura, en tanto códigos normativos, pautas de comportamiento, creencias, valores, costumbres, hábitos, entre otros, de manera que las personas se adaptan a un modo organizado de vida (Simkin y Becerra, 2013).

Comienza cuando nacemos y continúa durante toda la vida, se entiende como un proceso de aprendizaje de la cultura de los individuos en un grupo social y un momento histórico determinados. La socialización es la adquisición de la cultura de una sociedad, a partir de esta adquisición se forma nuestra identidad (Tuñón, 2010). El proceso de socialización permite la conformación de personas con valores, preferencias, comportamientos, creencias, entre otras, conformes con las expectativas de la sociedad y de los grupos en los que se desenvuelve. De acuerdo a lo planteado por Fromm (1984), las personas adquieren ciertas condiciones de base que les hacen desear comportarse como se espera de ellos en relación al lugar que ocupan en la sociedad, de manera que esta funcione. De ese modo, las personas desean realizar lo que es necesario que hagan, deben querer hacer aquello que se debe, para desempeñarse en una forma que permita que la sociedad se mantenga y se reproduzca.

Para Fromm (1984), el capitalismo como modo de producción genera la necesidad de mantener una organización social, con sujetos que deseen trabajar, disciplinados y cuyo interés sea la retribución económica; así se transmite, a través de los dispositivos sociales, el valor del trabajo y de la disciplina, conformándose en ciertas creencias y códigos sociales. Por ejemplo, actualmente la sociedad necesita sujetos interesados en gastar y consumir, por tanto, la cultura del consumo y del exitismo se propaga por los diversos agentes de socialización. Estas predisposiciones a hacer lo que se

debe hacer son reforzadas por todos los medios de una sociedad: su sistema educativo, su religión, su música, sus sistemas de entretenimiento, los modos de crianza, los sistemas laborales, los sistemas de salud y los medios de comunicación.

La sociedad entonces se vale de diferentes canales / instituciones / dispositivos, a través de los cuales construye y se construyen, transmite y se transmiten aquellos elementos necesarios para su desarrollo. Estos son los llamados *agentes de socialización*, o como los llama García (2002), *aparatos culturales*, los cuales se constituyen como instituciones sociales que cumplen la función de transmitir la cultura a través del tiempo y en los diversos espacios físicos y simbólicos. Según el momento histórico y las características del contexto social, los aparatos culturales serán distintos o se constituirán de diferentes maneras. Su grado de influencia y la importancia que un grupo social le otorgue a cada uno de ellos pueden reflejar las características particulares de una cultura determinada, lo que nos facilita su comprensión y nos permite situarnos en ella (Basabe, 2004).

Entre los aparatos culturales predominantes en nuestra cultura (latinoamericana y en particular chilena) se encuentra, a nivel primario, la familia. Es en ella donde se adquieren hábitos y costumbres, se transmite la cultura de generación en generación, así como los factores emocionales y afectivos que originan lo que allí se vive (Simkin y Becerra, 2013). De esa manera, determinan el sentido de identidad y apego que las personas sienten

respecto a elementos de su cultura, como ciertos valores y creencias sobre sí mismos y sobre otros grupos sociales, ciertos modos de comportamiento que muchas veces están teñidos por prejuicios, basados en creencias que se reproducen y se generalizan, y que suelen estar en la base de procesos de discriminación (Barriga, Leon & Gómez, 1998).

También encontramos a nivel secundario otros aparatos culturales, entre ellos, la educación, el trabajo, las instituciones religiosas, los medios de comunicación y también los sistemas de salud, donde tradicionalmente se inscribe la Terapia Ocupacional. Entonces, a través de los aparatos culturales se transmiten ideas, valores, normas y sistemas de creencias, constituyéndose en dispositivos que pueden afectar la estabilidad, el mantenimiento y la reproducción o cambio de una cultura (García, 2002).

Acerca de la cultura

Al hacer una revisión conceptual acerca de cultura, nos encontramos con muchas definiciones desde distintas perspectivas, especialmente desde la Antropología. En estas definiciones existen elementos comunes que la comprenden como un sistema que hace percibir el mundo, pero que en sí mismo no es perceptible, operando como un código de reglas que actúa de manera irreflexiva (Geertz, 1957; Heller, 1977; Lotman, 2000).

Una experiencia que nos hace pensar acerca de nuestra cultura es el encuentro con otras, esto nos hace más sencillo comprender aquella a la cual pertenecemos. Como objeto de pen-

samiento, nos permite tomar conciencia de la cultura en la que estamos inmersos, de sus valores, creencias, costumbres, hábitos, etc. (Taylor, 1995).

La cultura, desde la Real Academia Española (2015), tiene tres acepciones: a) el conjunto de modos de vida, costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico e industrial de una época o grupo social; b) las nociones populares incluyen en ocasiones aspectos de raza e identidad étnica, y c) lo que ha venido a llamarse alta cultura: moda y formas artísticas. En estas definiciones la cultura es entendida como algo más bien estático, con cierto tinte de folclore, de etnia o de conocimientos adquiridos, y dista de una concepción dinámica que produce y reproduce relaciones sociales.

Una manera de ampliar el concepto de cultura es desde el aporte de la Semiótica³. Un autor que aporta en esta reflexión es Geertz (1957), quien propone que el hombre es un animal inserto en tramas de significación; entonces, la cultura es la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencias, así mismo como conducen sus acciones. En consecuencia, considera que la cultura es esa urdiembre y que el análisis de la cultura ha de ser, por lo tanto, interpretativa, en busca de significaciones.

Lotman (2000) también plantea una noción de cultura basada en la se-

miótica, donde analiza el sentido y el signo en el texto / cultura, en oposición a la idea de no cultura. Señala que la cultura es la determinación del contexto de interacción, basada en la manera en la que lo entendemos, pero también de las formas en las que nos relacionamos unos con otros. La cultura puede ser vista en múltiples dimensiones desde diferentes niveles de relación. Así, el espacio de intersección entre personas, procesos, estructuras y límites se vuelve el espacio natural para la comunicación, a partir de la cual es posible la conformación de una organización y, por lo tanto, de cualquier sistema cultural.

Por otro lado, Lotman (1998) plantea la idea de cultura como memoria, que al ser vivida por una colectividad, se relaciona necesariamente con la experiencia histórica pasada. La creación de una nueva cultura implica que parte de su experiencia se volverá memoria; entonces, la cultura va contra el olvido, actúa como mecanismo de conservación y transmisión de lo que nos identifica en un momento histórico. Plantear la cultura como memoria de la colectividad implica un sistema de reglas semióticas según las cuales la experiencia de vida humana se hace cultura.

García (1981) por su parte propone repensar algunas categorías con las que habitualmente se aborda la idea de cultura. El concepto más difundido es el que plantea Tylor (1995), quien

³ La Semiótica estudia los diferentes sistemas de signos que permiten la comunicación entre individuos, sus modos de producción, de funcionamiento y de recepción. Se conoce como Semiótica a la teoría que tiene como objeto de interés a los signos. Esta ciencia se encarga de analizar la presencia de estos en la sociedad. Eco (1981) define a la Semiótica como el estudio de todos los procesos culturales, entendidos como procesos de comunicación. De ahí que el autor la considere como una teoría general de la cultura y un sustituto de la antropología cultural.

la define en oposición a naturaleza (como todo lo creado por el hombre). Este concepto tiene implícito un supuesto que coloca a todas las culturas como iguales, pero no muestra sus desigualdades; también pone en un mismo nivel todos los ámbitos que forman la sociedad, la organización económica, las relaciones sociales, las prácticas artísticas, etc., sin jerarquizar el peso de cada una.

Por lo anterior, García (1981) plantea limitar el uso del término cultura a la producción de fenómenos que contribuyen, mediante la representación o reelaboración simbólica de las estructuras materiales, a reproducir o transformar el sistema social. La definición que propone este autor no supone que lo cultural y lo social puedan analizarse separadamente; por el contrario, los procesos simbólicos son referidos a las estructuras materiales, a las operaciones de reproducción o transformación social, a las prácticas e instituciones que se ocupan de la cultura e implican una materialidad concreta. Por tanto, no hay producción de sentido que no esté inserta en estructuras materiales. Toda producción significativa (filosofía, arte, la ciencia misma) es susceptible de ser explicada en relación con sus determinaciones sociales. Pero esa explicación no agota el fenómeno, la cultura no solo representa la sociedad, también produce sentido, la función de reelaborar las estructuras sociales e imaginar nuevas. Además de representar las relaciones de producción, contribuye a reproducirlas, transformarlas e inventar otras.

Uno de los análisis realizados por García (2002) nos hace notar la disputa,

en el campo de la cultura, entre cultura dominante y cultura popular. Esto es particularmente interesante para la Terapia Ocupacional latinoamericana, sujeta en su historia a la dominación cultural, a niveles de colonización y dominación ideológica, económica y política. Así, critica enfoques románticos de la cultura popular que la imaginan como comunidades puras, sin contacto con el desarrollo capitalista y que no están atravesadas por las ideologías dominantes y contradictorias; es una idealización folclórica, con una visión del pueblo intacto e inmóvil, cuyos productos (ocupaciones, artesanías, etc.) para los turistas son adornos para decorar. En tales enfoques, la cultura es igual que la naturaleza y se transforma en un espectáculo. Ello cobra un carácter dramático en las situaciones de vulneración y discriminación de pueblos, etnias migrantes, entre otros grupos humanos.

Como hemos revisado, García (1981, 2002) hace un recorrido crítico por las diferentes posiciones sobre la cultura, desde la concepción evolucionista, pasando por aquellas vinculadas a la reproducción cultural que asocian el concepto solo al campo de creencias, valores e ideas. Por otro lado, desestima el relativismo cultural, ya que este se apoya en una concepción atomizada y cándida del poder, y no permite ver las conflictividades dentro de una misma cultura y entre estas.

En síntesis, las ideas que plantea García (2002) están referidas a que: a) el capitalismo en su avance no siempre elimina las culturas tradicionales, sino que se apropia de ellas y las (re)estructura y las (re)organiza en su sig-

nificación y función, (re)ordenando la producción y el consumo; b) los sectores dominantes (des)estructuran –subordinando a una lógica común lo producido por los sectores populares en su proceso de integración al capitalismo– y lo (re)organizan en un sistema unificado de producción simbólica; separándolos de la base económica, quiebran la unidad entre producción, circulación y consumo. Simultáneamente, (re)componen los pedazos subordinándolos a una organización transnacional de la cultura, correlativa de la transnacionalización del capital, reproduciendo lo étnico o lo típico.

Se presentan así procesos de (des) contextualización y (re)funcionalización de las manifestaciones culturales, como las artesanías, en distintos espacios y sectores sociales; ello convierte a la celebración en un espectáculo, a la participación colectiva en consumo programado y al orden ritual agrícola / religioso en organización del ocio turístico (García, 2002).

Para García (2002) no existe una cultura popular, sino culturas populares; estas se configuran por un proceso de apropiación desigual de los bienes económicos y culturales de una nación o etnia por parte de sus sectores subalternos, y por la comprensión, reproducción y transformación, real y simbólica, de las condiciones generales y propias de trabajo y de vida.

Este autor establece un vínculo entre los conceptos de cultura, producción, superestructura, ideología, hegemonía y clases sociales, para señalar que a las culturas subalternas se les impide todo desarrollo autónomo o alterna-

tivo, reordenando su producción y su consumo, su estructura social y su lenguaje, para adaptarlos al desarrollo capitalista.

Al respecto, es interesante retomar lo que plantea De Sousa (2009) en su *Epistemología del Sur*, relacionándolo con la idea de García (2002) acerca de las culturas subalternas. Para De Sousa el centro está en la diversidad, para él existen diferentes maneras de pensar, de sentir, de actuar y de relacionarnos, que quedan ocultas detrás del conocimiento hegemónico.

En la disputa entre culturas dominantes y culturas populares se van hegemoneizando ciertos modos de conocimiento-modos de pensamiento- y un conocimiento adquirido que la persona utiliza para interpretar sus experiencias y generar comportamientos (García, 2002).

La cultura, al ser un sistema de códigos y de normas que permite que nos orientemos en las decisiones cotidianas, va naturalizando nuestro accionar en el mundo. Determina formas de vida de los miembros de una sociedad o de grupos de ella. Al ser naturalizada su forma de producción y reproducción, existe una estrecha relación entre los conceptos de cultura y socialización y vida cotidiana, ya que la cultura se expresa en las costumbres y en el modo de ser de una sociedad, es decir, en el modo de vida

Para profundizar en los modos de vida podemos abordar el concepto de *capital cultural* aportado por Bourdieu (1997), quien lo describe como la acumulación de cultura propia de una clase, que es heredada o adquirida

mediante la socialización, entendiendo que la cultura es un conjunto de informaciones que los grupos sociales acumulan y transmiten. La *herencia social* enfatiza el carácter histórico de la cultura y sus posibilidades de cambio y desarrollo, siendo esta el ámbito particular de producción y reproducción social. Para Bourdieu, el capital cultural se transmite a través de dispositivos sociales y se internaliza en las personas y grupos humanos generando hábitos y prácticas, entendidas como estructura de nuestra vida cotidiana. De esta manera, los modos de vida se expresan en la vida cotidiana.

De la vida cotidiana

Berger y Luckmann (1968) asumen que el conocimiento que orienta a la vida cotidiana es un saber acerca de su realidad que los sujetos asumen como ordenado, coherente y objetivo. Los autores plantean que la vida cotidiana no necesita verificaciones sobre su existencia, está ahí, evidente por sí misma. Así, la vida cotidiana se expresa en un espacio y en un tiempo determinados; de un sujeto a otro es distinta, y al mismo tiempo, similar. Este vínculo entre la vivencia personal de la vida cotidiana y la comprensión de esta como modo de vida es producida intersubjetivamente, surge de relaciones directas entre las personas y puede entenderse como las apreciaciones subjetivas que hacen los individuos de la (su) realidad y que son compartidos, de tal forma que se constituyen en esquemas recíprocos. De esta manera, la vida cotidiana permite la ubicación de las personas en la sociedad.

Schutz y Luckmann (2001) reconocen, al igual que Berger y Luckmann (1968),

que la vida cotidiana de cada persona es única e irrepetible, es decir, que todas las experiencias que tienen un sentido apuntan a una vivencia particular. Goffman (1989) plantea que en el mundo inmediato de las personas, estas no actúan solas como si estuviesen en un tipo de espacio individual, por el contrario, se encuentran inmersas en una escala mayor de representación, ya que las actuaciones se extienden más allá de los límites naturales de individuo mismo y se ponen en práctica a través de un conjunto de personas.

Para Heller (1977) la vida cotidiana se presenta como el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los sujetos particulares, esto supone que a cada quien le corresponde cierto tipo de vida cotidiana. Esta a su vez no es escogida en primera instancia por el sujeto cuando nace, no se da a escoger entre una u otra. Cuando nacemos, lo hacemos en cierta vida cotidiana, la cual es interiorizada como instrumento de reproducción particular que nos asigna la sociedad; una vez se ha pasado por un proceso de socialización primaria, se tiene la oportunidad de escoger entre sus distintas formas.

Es importante rescatar que Heller (1977) no ve a los hombres como seres pasivos, a los cuales se les presenta una realidad frente a la cual quedan sometidos. Esta autora habla de un proceso de socialización en el cual los sujetos, en primera instancia, deben aceptar esa vida cotidiana que les fue dada, pero en la medida en que han asimilado ese esquema, empiezan a cambiarlas a través de un proceso de reproducción social. Por lo que queda siempre la opción de rebelarse.

Arendt (2003) profundizó en la idea de vida cotidiana, formulando que el espacio público era el lugar donde la civilización humana efectuaba la transmisión a las generaciones siguientes. Caracterizó a la cultura de masas del siglo XX como una sociedad en la que las actividades de producción e intercambio de bienes de consumo iban extendiéndose de manera alarmante al ámbito de la cultura. Antes, ya había manifestado su preocupación por una sociedad de consumidores, definida porque las actividades humanas están bajo el común denominador de asegurar los artículos de primera necesidad y procurar su abundancia.

Pampliega y Racedo (1990) entienden la vida cotidiana como el espacio y el tiempo en los que se manifiestan, de manera inmediata, las relaciones que los seres humanos establecen entre sí y con la naturaleza en función de sus necesidades, en un tiempo, un ritmo y un espacio donde las complejas relaciones sociales que regulan la vida en una época histórica determinada configuran, lo que junto a Pichón han denominado, las *condiciones concretas de existencia* (Pichón & Pampliega, 1990). A cada época y a cada organización social corresponde un tipo de vida cotidiana que le es propia. Así, esta se expresa como un conjunto de hechos, actos, objetos, relaciones y actividades que se nos presentan como acción en el mundo o como prácticas sociales, o lo que los terapeutas ocupacionales hemos denominado *ocupación*.

Para estos autores la crítica a la vida cotidiana consiste en desnaturalizar las prácticas sociales que se han vuel-

to evidentes, aquello que por ser obvio y muchas veces banal, no se ve o está silenciado. Los sujetos producen y reproducen su vida en una doble relación con la naturaleza, los objetos y los otros.

Los objetos, los medios, las formas de producción, así como la inserción de los sujetos en ese proceso productivo y las formas de distribución de lo que se produce, determinan sus formas de vida, su cotidianidad. Este hecho, por tanto, es condición de existencia y desde allí constituyente y condicionante a su vez de toda su experiencia. De esta manera, las experiencias concretas, la acción y la práctica determinan la subjetividad, no viceversa. Ello implica abordar al ser humano en sus condiciones concretas de existencia, su condición de seres con necesidades en intercambio permanente con su contexto.

Desde autores de la Terapia Ocupacional como Kielhofner (1995), la vida cotidiana ha ocupado un lugar que se ha tendido a operacionalizar en actividades y acciones cuyos significados se limitan a conceptos como rutinas, patrones, equilibrio, etc. Por otro lado, Wilcock (1998) enfatiza en los sentidos que tiene la vida cotidiana para las personas. En la práctica, un centro / eje de identidad para la Terapia Ocupacional es la vida cotidiana, por lo que la reflexión acerca de sus alcances y el análisis de su comprensión son obligaciones para la disciplina.

Durante la revisión conceptual realizada se ha ido intentando articular, en distintos momentos, con la noción de ocupaciones. En este sentido, Gua-

jardo (2011) pone de manifiesto que éstas son prácticas sociales indivisibles del sujeto. Toda ocupación es al mismo tiempo sujeto, contexto y cultura.

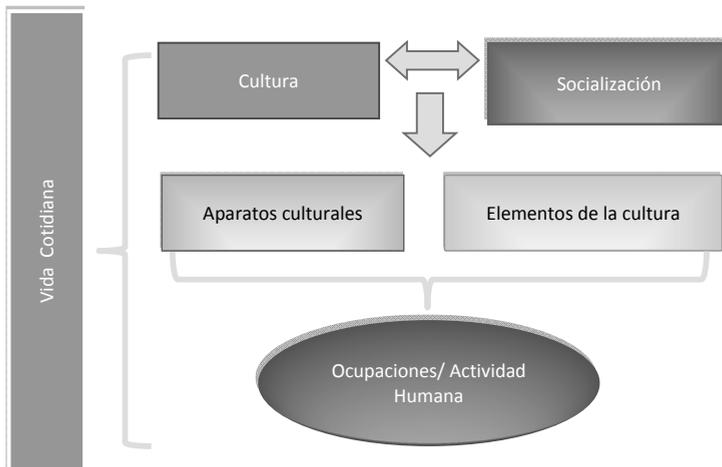
Discusión

Esta discusión teórica ubica a la cultura como omnipresente en la cotidianidad, y a lo cotidiano como una manifestación de la cultura. Lo anterior lleva a seguir insistiendo sobre lo importante que es estudiar la vida cotidiana para comprender la cultura y viceversa, en tanto que en la cotidianidad las tramas sociales se entrecruzan, mediante determinaciones transmiti-

das por los aparatos culturales en los procesos de socialización, y constituyen las posiciones que ocupamos en las estructuras sociales.

Al establecer algunas de estas relaciones conceptuales podemos entender que la vida cotidiana se constituye en el escenario (espacio / tiempo) donde se manifiesta la cultura, a través de los aparatos culturales en el proceso de socialización. Es en estas relaciones donde se producen las ocupaciones, en tanto condiciones concretas en que son producidas y significados que le son atribuidos (Figura 1).

Figura 1. Relación entre los conceptos revisados.



Fuente: Elaboración propia.

Como este proceso se da en un contexto socio-histórico determinado, las ocupaciones así producidas también son naturalizadas y banalizadas desde culturas dominantes. Así, las ocupaciones pueden constituirse en un discurso dominante o en un discurso subyugado, dependiendo en qué posición / lugar se constituyen. Este discurso va siendo aprendido y subjeti-

vado en el proceso de socialización, donde la Terapia Ocupacional opera como aparato cultural, transmitiendo también ciertos elementos culturales dados en las intervenciones y en el contexto en que estas se producen.

Los autores revisados llevan a reconocer la vida cotidiana como una expresión cultural, lo que implica un

proceso en el que intervienen el comportamiento de los sujetos y lo social donde es producido. Este reconocimiento nos lleva a una discusión que se da en el campo de la intervención de Terapia Ocupacional.

Para la Terapia Ocupacional la vida cotidiana ha sido asumida históricamente como actividades de la vida diaria (AVD), tendiendo a reducirse en su comprensión y alcances. Desde esta reflexión, la vida cotidiana está en el centro de la profesión y se materializa en el espacio de intervención que identifica su actuar. Entonces, ¿cuáles son las implicancias de entender vida cotidiana como AVD? Ciertamente una de sus consecuencias es la invisibilización de las condiciones donde dichas actividades transcurren, así como una tendencia a banalizar, objetivar y estandarizar su ocurrencia.

Algunos terapeutas ocupacionales han establecido ciertas posiciones en el diálogo entre vida cotidiana, ocupación y cultura. Iwama (2005) plantea una discusión entre la cultura occidental dominante con su determinismo individual, narcisismo, temporalidad futura, control racional y autonomía, versus modelos para prácticas relevantes y culturalmente pertinentes, cuyo centro está en el mundo de significados de la vida diaria – mundos ocupacionales. Para Iwama la globalización nos interpela a la superación de barreras culturales; como respuesta, propone el Modelo Kawa, que se constituye en un modelo conceptual de Terapia Ocupacional con relevancia cultural y que entiende al individuo como un ser inmerso en el medio ambiente.

Simó (2016) releva que la transformación social de la cultura se detiene en el surgimiento del estigma, la relación centrada en el consumo, el capital, el mercado y la individualización. El mismo acto terapéutico puede representar una “cotidianidad aparente”, con significados totalmente distintos. Este autor pone especial énfasis en la relación entre la Terapia Ocupacional y el poder.

Por su parte, Kronenberg, Simó y Pollard (2006) plantean la naturaleza política de la ocupación, relevando una participación digna y con significado de las personas en la vida diaria. Existe una dimensión social, cultural y política de las ocupaciones humanas. Plantean las actividades de la vida diaria como actividades políticas, realizando un análisis crítico de la naturaleza de aquellas en las que participan las personas.

Estos autores de la Terapia Ocupacional nos desafían a comprender que el ejercicio de la profesión nunca es neutro y que, por lo tanto, debemos ser conscientes de la posición que ocupamos. En lo particular, considerar la cultura de manera dinámica y viva, en pugna y en disputa desde las culturas subalternas, es una obligación cuyo centro es el derecho humano a una identidad, a una pertenencia y a una divergencia.

Conclusiones

La cultura, implícita en la vida cotidiana, frecuentemente nos pasa inadvertida. Nuestras experiencias compartidas no llegan a ser percibidas. Si pudiéramos, por un momento, ver y apreciar otras visiones del mundo y

otras perspectivas de la realidad, mejoraríamos el conocimiento de nuestra propia cultura, así como el de nuestros propios modos de ver y de conocer.

En este artículo se han revisado algunas ideas respecto a conceptos centrales para nuestra disciplina, visiones del mundo que van determinando cómo se construye la relación entre subjetividad y sociedad. La manera en que se configura una comprensión de la realidad produce significados y sentidos a las prácticas / acciones y define un lugar / posición en el mundo. La noción de ocupación, en tanto actividad humana, se constituye en una expresión de la cultura en la vida cotidiana; por tanto, también es producida en circunstancias simbólicas y materiales.

Por lo mismo, la noción de ocupación tiene una serie de significados situados culturalmente en un contexto determinado, tanto para las acciones de los sujetos como para los propios terapeutas ocupacionales, como sujetos a su propia cultura. El peligro de aplicar nuestra mirada del mundo, nuestros propios significados y escala de valores y creencias es eminente cuando nos desconocemos, es decir, cuando no tenemos consciencia de ser un dispositivo social o un aparato cultural y de socialización que se puede imponer a otros.

En este sentido, la Terapia Ocupacional en su intervención puede debilitar, en vez de fortalecer; someter, en vez de emancipar, y excluir / discriminar, en vez de incluir. Es importante entonces establecer la relación con una perspectiva de derechos humanos, desde los derechos colectivos y de los pueblos, el derecho a la iden-

tidad. Cuando proponemos una Terapia Ocupacional comprometida con los problemas sociales debemos tener conciencia de los alcances políticos y sociales de los cuales somos parte, así como reconocer qué cultura estamos construyendo como profesión.

Una de las preguntas que ha guiado esta revisión conceptual es ¿qué significa considerar la cultura, la socialización y la vida cotidiana en el trabajo con personas? Las posibles respuestas implican reconocer la existencia de una gran *diversidad* de culturas, tanto en el contexto inmediato de la intervención como en la historicidad de nuestros contextos y de los de las personas con quienes trabajamos.

Reconocer la cultura como constituyente de los grupos humanos, que está en todos nosotros y que es imposible no tener presente en la relación terapeuta / usuario – interventor / intervenido. Es importante considerar aquellos aspectos de la cultura que son importantes para nosotros mismos y que podrían conflictuarnos en la relación con las personas con quienes trabajamos.

Supone evitar los juicios de valor respecto de las características y elementos de una cultura determinada, más bien, buscar aquellos aspectos significativos de ésta que puedan favorecer el autoconocimiento y el desarrollo de las personas, mejorando así su calidad de vida.

Implica conocer, estudiar e investigar acerca de nuestra cultura, comprender y situarnos en la cotidianidad de nuestras prácticas y las de nuestros usuarios a fin de ser conscientes de las

opiniones que emitimos y de las decisiones que tomamos en nuestro trabajo como terapeutas ocupacionales.

Referencias

- Arendt, H. (2003). La crisis de la cultura: su significado político y social. En H. Arendt *Entre pasado y futuro. Ocho ejercicios de reflexión política* (pp. 303-345). Barcelona: Península.
- Barriga, S., León, J. M., & Gómez, T. (1998). Estereotipos, prejuicios y discriminación. En S. Barriga, B. González, F. Cantero, J.M. León, T. Gómez, S. Medina (Coord.) *Psicología social: orientaciones teóricas y ejercicios prácticos* (pp. 133-142). España: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Basabe, N. (2004). Salud, factores psicosociales y cultura. En D. Paéz, I. Fernández, S. Ubillos, E. Zubieta (Eds.), *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 891-913). Madrid: Pearson Educación.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bourdieu, P. (1997). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI.
- De Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del Sur*. México: Clacso y Siglo XXI.
- Eco, H. (1981). *La estructura ausente. Introducción a la Semiótica*. Barcelona: Lumen.
- Fromm, E. (1984). *Humanismo socialista*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- García, N. (1981). Cultura y sociedad: una introducción. *Cuadernos de información y divulgación para maestros bilingües*. Dirección General de Educación Indígena de la SEP México.
- García, N. (2002). *Las culturas populares en el capitalismo*. México: Editor Nueva Imagen/ Grijalbo.
- Geertz, C. (1957). Ritual and social change: A Javanese example. *American Anthropologist*, 59(1), 32-54.
- Goffman, E. (1989). *La presentación del sujeto en la vida cotidiana*. Argentina: Amorrortu.
- Guajardo, A. (2011). Prólogo. En C. Rojas, Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana (Ed.), *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente* (pp. 13-19). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Heller, Á. (1977). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península.
- Iwama, M. (2005). The Kawa (river) model: Nature, life flow, and the power of culturally relevant occupational therapy. En F. Kronenberg, S. Simó, N. Pollard (Eds.), *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes* (pp. 214-228). Madrid: Médica Panamericana.
- Iwama, M., & Simo, S. (2008). Aspectos de significado, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 5 (8). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo1.pdf>
- Kielhofner, G. (1995). *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Kronenberg, F., Simó, S., Pollard, N. (2006). *Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Lotman, Y. (1998). *La semiosfera II: semiótica de la cultura, del texto, de la conducta y del espacio*. Madrid: Ediciones cátedra.
- Lotman, Y. (2000). *La semiosfera III*. España: Ed. Desiderio Navarro.
- Pampliega, A., & Racedo, J. (1990). *Crítica de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Editorial Cinco.

- Pichón, E., & Pampliega, A. (1990). *Introducción a la vida cotidiana*. Buenos Aires: Paidós.
- Real Academia Española. (2015). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Schutz, A., & Luckmann, T. (2001). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Simkin, H., & Becerra, G. (2013). El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, docencia y tecnología*, XXIV (47), 119-142.
- Simó, S. (2016). Terapia ocupacional, cultura y diversidad. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24 (1), 163-171.
- Taylor, E. (1995) [1871]. La ciencia de la cultura. En J. S. Kahn (comp.): *El concepto de cultura*. Barcelona: Anagrama.
- Tuñón, I. (2010). Determinantes de las oportunidades de crianza y socialización en la niñez y en la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8 (2), 903-920.
- Wilcock, A. (1998). *An Occupational Perspective of Health*. Thorofare: Slack.

Post-colonial occupational therapy: Perspectives from an old empire¹

Terapia Ocupacional Post-Colonial: Perspectivas desde un viejo imperio

Nick Pollard²

Recibido: 18 de marzo 2016 • Aceptado: 19 de julio de 2016

Pollard, N. (2016). Post-colonial occupational therapy: Perspectives from an old empire. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 70-83.

Abstract: This article explores post colonialism from the experience of a white middle class British professional who grew up in the 1960s at the end of the colonial era. In it, I will give a narrative based in personal experience of how this period and its influences impacted on my development as an occupational therapist, applying a 3P archaeological process: Personal, Political, and Professional, a simple tool for identifying a critical position. Parts of Europe are experiencing a postcolonial phenomenon of population diversity which has become the focus of increased attention following migrant crises from conflict and instability in Northern Africa and the Middle East, as well as serious inequalities in opportunity. Many of these people have experienced considerable psychological as well as physical trauma, in addition to any other health issues they may have acquired. Clinical conditions cannot be seen in isolation from the complex social and cultural environments in which they arise. This presentation will not assume to propose solutions, but will conclude with some proposals about developing collective actions through which occupational interventions can be inclusive, and which can take some inspiration from the epistemologies of the south.

Key words: colonialism, health, migration, collectivism, occupation.

Resumen: Este artículo explora el post colonialismo desde la experiencia de un profesional británico blanco que creció en la década de los sesentas, al final de la época colonial. Utilizo una narrativa basada en la experiencia personal de cómo este período, y sus influencias, han afectado mi desarrollo como terapeuta ocupacional, a través de la aplicación del proceso arqueológico 3P: Personal, Político y Profesional, como una herramienta sencilla para identificar una posición crítica. Partes de Europa están experimentando un fenómeno post-colonial de diversidad poblacional, el cual se ha convertido en un foco de atención cada vez mayor a raíz de las crisis migratorias causadas por conflictos e inestabilidad en el norte de África y Medio Oriente, así como de graves desigualdades en oportunidades. Muchos de estos migrantes han experimentado traumas psicológicos y físicos considerables, además de otros problemas de salud. Las condiciones clínicas no pueden ser vistas de forma aislada, sino ligadas a los entornos sociales y culturales complejos en los que surgen. Desde hace algún tiempo se ha hecho evidente la necesidad de que profesiones como la Terapia Ocupacional desarrollen habilidades para trabajar con diferentes personas y de reflejar la diversidad de la población.

¹ Este artículo se deriva de la ponencia presentada por el autor el 4 de marzo de 2016 en la ciudad de Medellín, en el marco del XVI Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional.

² Terapeuta Ocupacional. Máster en Psiquiatría, Filosofía y Sociedad. Magíster en Terapia Ocupacional. Doctor en Terapia Ocupacional. Profesor Titular Facultad de Salud y Bienestar. Sheffield Hallam University. Sheffield, Reino Unido. N.Pollard@shu.ac.uk

Esta presentación no pretende proponer soluciones, pero concluye con propuestas sobre el desarrollo de acciones colectivas a través de las cuales las intervenciones ocupacionales pueden ser incluyentes, inspiradas en las epistemologías del sur.

Palabras clave: colonialismo, salud, migración, colectivismo, ocupación.

Introduction

The root of the word occupation is *occupacio*, to seize or take possession (Yerxa, 2000). The possession of territory is not only a human instinct, but one shared with many animal species, who will defend territory and have a concept of it. In the personal element of the 3P process (Pollard, Kronenberg & Sakellariou, 2008), I can explore some early narratives of how my concept of occupation was formed.

As a small boy I grew up in the village of Borough Green, in Kent, in the south east corner of the United Kingdom (UK). When I was 7, my 1926 school atlas featured a map of the British Empire in which roughly a third of the world was coloured pink. My teacher told us to be proud that so much of the world was 'ours'. To me, this was amazing, and of course at seven years old the ideological implications were never realised. Although of course there were class differences, the community I lived in then was very homogenous, in which everyone was white. Nearly 50 years later the crowd I might mingle with is much more diverse racially and culturally.

Since the 1950s institutions such as the National Health Service employed many workers from the common wealth countries amongst its doctors and nurses (Ramdin, 1987). Howev-

er, occupational therapy, as a profession which aims to serve the needs of this diversity, is still predominantly a white, female and more or less middle class profession in the UK (Owens, *in press*). This is recognised by some commentators, but as Beagan & Chacala (2012) point out, even where it is acknowledged the assumption is that the differences are the experienced by the dominant professional rather than the person who is considered to be divergent. Given that occupational therapists are very much a minority profession this may be paradoxical. I believe this has to change, and soon.

Colonialism is a manifestation of power and inequality, through the exploitation of populations, their land and their environments for their economic resources. In the post colonial relationship, people from exploited countries come to the lands of their colonisers to find the wealth that was extracted from their ancestors. This is clearly an issue of occupation, but not one taught as part of an occupational therapy curriculum. Perhaps the connection of a post colonial understanding of the term occupation with that of therapy is confusing. It is time to think over what the occupational adjustments have been, what the occupational and historical narrative of that experience is, and how it might work out in the future.

Britain's postcolonial legacy really came home in the period after the Second World War, and is still coming home. The war left the UK heavily indebted to the USA (Ferguson, 2004). Its new Labour administration could not afford both global empire and the domestic welfare state promised to the UK electorate. As the welfare state structures came into being Britain began retreating from its possessions and the commonwealth was developed, a linked partnership between formerly dependent states.

Many commonwealth citizens from former Empire dominions came to work in new state services such as the railways or the National Health Service (Ramdin, 1987). Post war migration has significantly changed UK culture over the last 50 years. Popular music has incorporated different cultural influences, British cooking is no longer a mess of overcooked stodge, and British literature has many new and diverse voices. British life is entering a period of fusion – not without some conflict. The differences are evident within a lifetime – within my lifetime. The relationships which result from this combination of cultures are complex and diverse, they are certainly not a multicultural homogeneity, or a zombie multiculturalism (Gilroy, 2012) which excludes ideas of difference, particularly failing to recognise racial difference (Lentin & Titley, 2012).

There are now many ways in the UK to 'do, be, become and belong' as Wilcock might say. The world is here with every cuisine and every language you can think of. In Slough some of the street signs are in Polish. In Lin-

colnshire there are posters in Portuguese reminding agricultural workers of their rights. Cultural diversity is complex, not simply black and white. Lily Owens (*in press*) points out that the problem of a white middle class cultural dominance, and its marked dominance in the occupational therapy profession, is that of 'seeing white' (Nelson, 2007). Rather than being blinkered, occupational therapists need to critically examine the evolution of this dominance (Hammell, 2009, 2011) or risk what Guajardo (2011, 2013) calls "professional narcissism".

Inequality is a key issue affecting life in the UK. The social world of the 1950s was an unequal one in which class divisions were marked, but the range of incomes appears to have been narrower than the trend for inequality which has generally increased since the 1970s (Taylor-Gooby, 2013). Many of the people who migrated to the UK in the intervening years to find work could earn better money than in their home countries, but from the beginning they were often excluded from white society and had to establish their own networks (see Sevlon, 1956). Today 7.5 million people in England and Wales originate overseas, making up 11.9% of the 13% of the population with an ethnic minority background (ONS, 2015). While these proportions are fairly average for European states these populations tend to be younger, have lower status and less secure jobs, income and housing, less access to education. This combination of inequalities is reflected in poorer health outcomes (Lee, Sissons & Jones, 2013).

Through diversity the dynamics of society are becoming more complex. Social class and social capital do not operate along simple stratifications. The economic changes of the post-war period have also produced new social positions. Savage et al. (2013) found that at one end of UK society there is an elite class, and at the other a “precariat” of people on benefits, with very little money. The working class, formerly a significant group, now represents only 14% of the population. Occupational therapists are part of the ‘established middle class’, a group representing 25% of the population, including many other health professionals (Savage et al., 2013). Although another study found that majority of British people *perceive* themselves as working class (Taylor-Gooby, 2013), the established middle class has a significant dominance in the hegemony of health and social systems, and a position in the most numerous class, with substantial social cultural capital. It is a powerful influence, and as like to see the world as replicated in itself rather than to take a critical examination of its power and lack of diversity (Beagan & Chacala, 2012; Owens, *in press*). This would coincide with a government policy of relative cultural values, about what is acceptable and what is not. The result would not be a negotiated way of living, but a demand for conformity to what Lentin and Tilley (2012) term a *leitkultur* - zombie multiculturalism, that avoids critical discussion of difference.

Growing up

My generation, born in the late 1950s, grew up in a period of affluence that

lasted until the 1970s. My parents, born in the 1930s, were the first generation in their working class families to obtain higher education in the post war welfare state. This economically difficult period none the less reaped its economic benefits from previous years of empire and colonialism. Many of the things that enabled an ordinary life and sustained everyday occupations were the products of this relation with the rest of the world. It did not occur to us that so many of the cultural attributes of that way of life, from the baked beans to the cups of tea, from the sugar and fruit in an English tea cake to the willow pattern china crockery it was all served on, were originally very un-English. However, in much UK occupational therapy intervention this monoculture prevails. Assessing the capacity to make a cup of tea in the occupational therapy kitchen is a frequent determinant of whether a person who experiences dementia or has had a recent stroke can be discharged home. The cultural implications of this assessment have been documented by Fair and Barnitt (1999), who found in their office alone that there were over 16 different ways to make a cup of tea.

In the late 1960s my parents divorced and my brother and I moved to Swindon, a large industrial town west of London, surrounded by the ancient remnants of prehistoric culture. It was here that I began to encounter people from cultural minorities. Once a turban wearing Sikh bus conductor pulled a Scalextric catalogue from my hands saying to my astounded face ‘yes, *our children like these things too, you know*’. He flicked through it and returned it to me. It was a brief, but

important cultural lesson. Other people live their lives just like us.

As the UK sank into economic decline during the late 1970s, racism began to increase (Witte, 2014 [1996]). It was acceptable, part of the culture: racial jokes and stereotypes were even included in children's television, but this sat awkwardly with other aspects of the popular culture of the time. I began to feel uncomfortable, and my white certainty (Owens, *in press*) was challenged. I was attracted to a racist notion of patriotism, but at the same time enjoyed the music of Desmond Dekker, Tamla Motown, and Bob Marley. I had to recognise that even the British artists I liked were borrowing wholesale from Black American musicians.

A further change, that of attending full time polytechnic education was to question all that much further. The advantages of free higher education enabled me to have a reason to move away from home and gain my independence earlier than my friends who left school to work. I went to Sheffield, a large northern city, where I mixed with many students from different countries. The isolated perspective which I had grown up with was confronted with diversity and this awakened the political aspect in my 3P archaeology. I became involved in protests, particularly against the rising fascist National Front, which preyed on popular fears about migration.

In the 1980s I moved to Stoke Newington, a deprived and culturally diverse area of London. I became involved in the community publishing and worker writers' movement, the

Federation of Worker Writers and Community Publishers (FWWCP) and joined a local workshop at Centreprise, a radical bookshop. I was a member of the FWWCP for nearly a decade before becoming an occupational therapist. Writing, sharing and publishing our narratives of working people and the communities we lived in was an absorbing occupation, intended to get people to think critically about the importance of the immediate things they did in their daily occupational lives.

These narratives of community and their publication was a revelation to me. My polytechnic idealist Marxism was knocked into touch in the robust debates which I encountered in this grass roots movement, full of contradictions and unresolved issues concerning race, culture, disability, sexuality and gender as well as politics, with a creative and experimental element to it (Morley & Worpole, 2009). It included anyone, from people who could not read and write to university lecturers. I learned things about history and culture that you could never learn in formal education. I was exposed to writers like Louise Bennett (1966), Samuel Selvon (1956) and Benjamin Zephaniah (1985) who used Caribbean idiom to challenge conventional expression. Another rich literature which this movement exposed me to was Irish writing, through books such as Ó Tuama and Kinsella's (1981) *An Duanaire, 1600-1900: Poems of the Dispossessed*. In the late 1500s Ireland became England's first colony, and its experience shaped all that was to follow in the next 400 years. This book traced the change of focus

in the bardic tradition from an exiled Celtic nobility to the situation of a dispossessed and colonised people. My father had already introduced me to English folk music, another buried culture, and much of what I encountered in these other literatures with strong oral elements rekindled my interest in this too.

FWWCP workshops tended to be inclusive. Often the writing they produced had a political edge about the immediacy of community life, and black writing became increasingly confident. When I later researched what people obtained from this movement, a key finding was that people enjoyed meeting others whom they would not have otherwise encountered (Pollard, 2010). The experience went against the prevailing norms in UK society of people rubbing shoulders with each other but not actually mixing socially. We stayed at each other's homes and ate each other's food, partied together and argued together. Above all else, it opened my eyes and ears to the cultural possibilities of the Britain I had grown up in.

Culture and occupation

All this had a profound impact on the professional element in my 3P archeology. When I trained as an occupational therapist in the late 1980s, I was surprised to find that the clinical and medical understanding of occupation being developed in the profession did not then include a community understanding of shared occupational knowledge. The FWWCP's tacit and vernacular sources derived from voicing direct experience were unknown.

This lack of perspective is indicated by other occupational therapy writers such as Hammell (2004) and Beagan (2007, 2012). For me it is really important. I feel that I learned about human occupation as a transformative practice through the FWWCP, based in Paulo Freire's (1972) ideas about education and democracy, of conscientization through the shared exploration of social contradiction, which reflects Lily Owens critique of 'seeing white'. Occupational therapists might call this reflective practice based on experiential narratives. As FWWCP members, our practice of shared narratives took place outside the cultural and pedagogical frames of reference, in a space and with ground rules that we had negotiated amongst ourselves. This was very exciting to me, because it tried to draw strength from the shared and critical exploration of differences of gender, culture, disability, and of literacy: any form of human experience.

I regarded this experience as a vernacular university, a tremendous opportunity. We were probably no more numerous than many of the other small political movements of the time but we were not hampered by ideology (Stanley, 1997; Morley & Worpole, 2009). These people encouraged me to read writers I would never had looked at; to editing the FWWCP magazine *Federation*, informed my use of writing groups as an intervention medium, and set me off onto the journey that led to writing and editing occupational therapy books. These books owe something to the FWWCP tradition in trying to include new writing and represent diverse narratives of

occupation and communities (Pollard & Sakellariou, 2014; Pollard, 2016).

This smorgasbord of cultural possibilities also contained many very uncomfortable lessons. UK communities contain people from all over the world with whom at some point the country has had a colonial relationship. Many different groups have a story of colonial oppression. The need to reclaim origins through the significance of language and its relationship to power was very significant in the community publishing movement. People were discovering their dialects and using them to write with instead of the Queen's English. Black poets were writing in patois, and there were even white working class kids trying to express themselves in patois too. This might seem incongruous, but it was a search for authenticity, in which we, as FWWCP members, were all engaged. It was about rediscovering identities, or making them, or at least claiming them as different to the dominant cultural identity.

This was not merely rebellious adolescence. Some people could talk about how they had experienced a life of cultural oppression, often dismissed by the education system, or denied their identity (e.g. Smart, 2005). As Morley and Worpole's (2009) book about the worker writer movement revealed, these were the voices of people and communities which had been written out of the culture, or outside the culture. Nor could it often be recognised as culture. Coming from the vernacular and the tacit forms of working class knowledge rather than an academic socialist discourse, it was

to be dismissed as of little value, as being only therapeutic, or as atheoretical. In *Keywords*, Raymond Williams (1983) describes community as having no negative connotations. With the poverty from the high unemployment of Thatcher's 1980s and the 1990s Charles Murray (1990) identified an underclass of entrenched dysfunctional poverty, which later became Cameron's 'broken communities'. If anything, current economic and social policy in the UK is hardening these differences and exclusions with in groups and out groups drawn up along the lines of inequalities, not a new concept but one which has resurfaced (Taylor-Gooby, 2013; Pantazis, 2016). Occupational therapy's emergence during the early 20th century was in part a response to anxiety about the health consequences of deep social inequalities in industrial societies (Frank & Zemke, 2008) which has resurfaced at the end of the 20th century in the form of occupational justice (Townsend, 1998; Stadnyk, Townsend & Wilcock, 2010).

As a concept, occupational justice was a response to arguments around the rationing of health and social care resources which presented ethical dilemmas for occupational therapists (Townsend, 1998). The concept of occupational justice became a question of rights to meaningful activity (Stadnyk, Townsend & Wilcock, 2010), but the teaching is largely divorced from the experiences of people in the communities, a similar problem to the oversights that Beagan (2007, 2012) and Owens (*in press*) identifies. Occupational therapists develop a representative case study or else

consider extremes as a starting point for an argument, they do not consider these narratives as told by these people themselves. The humdrum everyday nature of inequality as it is experienced, is reconstructed by professionals and academics who have the privilege of defining terminologies.

My peers in the Federation of Worker Writers and Community Publishers would not tolerate this, because no one could tell their story but them. If they could not write it down, you would have to write it down for them, and then read it back to them to make sure that you had not added anything, or left anything out (Smart, 2005). This is a collaborative first principle for post-colonial encounters, but not one for which occupational therapists are always renowned for respecting, for example in research (Hammell, Miller, Forwell, Forman & Jacobsen, 2012).

Occupation and colonisation

The problem of colonialism in occupational therapy lies in that encounter where someone's story becomes a neat case study. In establishing *ourselves* as the experts on disability without permission that representation is misrepresentation, because that personal narrative is someone's intellectual copyright. A post-colonial approach from the occupational therapy profession implies a transitional process which explores cultures, narratives, exchanges and requires open minds (Block, Kasnitz, Nishida & Pollard, 2015). Whiteford and Townsend (2011) talk about participatory occupational justice but such an approach is often hard to enact, and beset with

barriers. In participatory research, the problem often is that the participants do not often get the same benefits from participating as the other researchers. They do not have the job security of academic posts, or the connections to represent themselves at conferences with an equality of recognition.

The political lesson for my 3P archeology of this experience is that occupational therapists need to think critically about the processes through which they work with others holistically. These processes have ramifications beyond the clinical. In community publishing people take control of the dissemination of their ideas work on them together, because they are 'local publics' and, as they might argue 'because we live here' (Goldblatt, 2007). While they can share their ideas very effectively within a small community it becomes very difficult to reach a wider audience, or develop wider participation. A critical community and the communities of critical discourse are often separate entities, with separate distributions and dissemination systems.

Occupational therapists must question what their position in the struggle represents (Owens, *in press*) and how to disseminate what they uncover. This process takes a lot of energy and organisation to work with professional bodies and publishing companies and yet, maintain an integrity which respects all participants and their needs. The price is, sometimes, a compromise about access and affordability in order to attain the means of publication and distribution of ideas through commercial markets for books and research.

For me, these issues resonate with the narrative themes that could be derived from the experience of community publishing and worker writing. The occupational therapies without borders and associated books (Kronenberg, Simo-Algado & Pollard, 2006; Pollard, Kronenberg & Sakellariou, 2008; Kronenberg, Pollard & Sakellariou 2011; Pollard & Sakellariou, 2012; Sakellariou & Pollard, *in press*) were an attempt to begin to bridge some of these access and representation issues and exchange some of these histories. We tried to pursue a similar objective in the team which produced *Occupying Disability* (Block et al., 2015). Occupational therapies without borders sounds like a romantic and even charismatic identity. When this term was first discussed I was anxious that it might suggest an impossibly aspirational association with *Medecins Sans Frontieres*. However, a local plumber had called his business 'plumbers without borders'. I was reassured: to be without borders is very ordinary, an everyday life experience. Yet, developing a new chapter, or even a whole new text for occupational therapy, requires the discovery of an appropriate language for a post-colonial practice. Even in English, occupation does not translate well across all cultures, and the language of occupational science is difficult, indeed it may not be the narrative form that allows other forms of expression to come to the fore. Sometimes a radical breach is required. Ngugi wa Thiongo (2009) decided that he would no longer write in English, the colonial tongue, but in his own language, *Gikuyu*, asserting his post-colonial identity. It is also an

occupational identity, for the gift of a mother language is in the concepts which are unique and untranslatable and hold truth in its particular context, rather than one imposed on it (Ikiugu & Pollard, 2015).

Thus consensus is not without difficulty, the desire to share practice and value it, is offset by the problem that concepts cannot always be reduced into the terms of other languages or communities. Practically speaking, such work is often done for the love of it. Translation costs are very expensive. Academic communities, such as university faculties, rarely value the production of books over research money. Educating the professions is a business. As occupational therapists without borders we sometimes have to work underground (Stouffer, *in press*), below the radar, working where we can with what we can manage.

This space without borders can be difficult to inhabit, but in this underground network, this community, we are free to develop new occupational therapies. In countries like the UK, with their newly complex cultural communities, we are discovering needs that are familiar to people working in the southern hemisphere. From editing our first book it was evident that southern epistemologies have been addressing these issues for a long time, but in other languages than English, drawing on philosophies and concepts that are rarely touched on in the more clinical focus of English occupational therapy education. In the 1950s and 1960s, occupational therapy was exported as part of the colonial economic and ideological

package to the health systems of the southern hemisphere. In some of those countries it has undergone a transformational experience. When problems are explored in an occupation based analysis, they are clearly more than a clinical problem; not an occupational dysfunction, but dysfunction impacting on the right to occupation, and that dysfunction is connected to wider problems in the community, the economy and inequalities, and the world. This demonstrates a need for advocacy as well as for health intervention, and the fact that both are interlinked is, as Aida Navas (2015) says, one of the paradoxes of the profession. The solution to those problems probably begins with addressing something around differences in the community.

The rapid effects of community change produced by migration, without sufficient support into areas which have already experienced intergenerational poverty and deprivation, are spilling out into parts of the social fabric which hitherto were unaffected. There are increasing numbers of beggars. There are groups of young people on the street with nothing to do, and they are creating a groundswell of discomfort across Europe. The possibility that new groups might threaten the host culture has been consistently exploited by far right racist groups, and these have become frequent scenes in some cities and towns across the UK, where there are more migrants or high numbers of mostly Muslim people, often in the most deprived areas of the country. There has been an increasing concern about significant problems amongst white working class people (whether English, Welsh, Scots, or Northern

Irish), which have not been addressed, and there is a dangerous idea that they have been chronically left behind in favour of the new arrivals (Evans & Tilley, 2015). Now, however, in the post 9/11 world, with terrorism being associated with the current migrant crisis from Syria, North Africa, and Afghanistan, and at the same time, the evident difficulty of cultures trying to live together but with very different values, many more people are becoming intolerant; and this includes people from previous migrations, who have become successful but, see their position as threatened.

The movements of impoverished generations can be traced from the industrial age into the post industrial age following traditional paths in inequality, but the scale has moved from internal migration to global migration. These are many of the people who come along to the Accident & Emergency departments in the NHS whose needs are not met because they do not speak English. I will not assume to project these issues onto Colombia, but a quick review of recent literature shows some potential parallels: migration to the cities (although this is in response to internal conflict), and rising inequality. Some of Colombia's specific experiences, -over a half century of internal conflict, very high internal displacement, the impact of colonial legacies on racial and ethnic diversity, and land rights issues in rural areas-, would mean regarding any apparent correlations with caution (e.g. Lucumí, Gómez, Brownson & Parra, 2014; Melo, 2015). As García Ruiz (García-Ruiz, González, Carrillo-Araujo & Cobos-Baquero, 2008; in press) and

others have written, these issues have led to policy approaches which are focused on meeting a diversity of population needs.

Occupational therapy has a key task, which is about the assertion of the value of occupational identity through a shared narrative of doing, the fundamental aspect of occupational participation (Law, 2002). We have not really begun. Britain is only a small country, but increasingly it reflects what is happening in the rest of the world, rather than imposes itself on the rest of the world. The inequalities we see evidently within the UK are reflective of the bigger issues of opportunity and injustice, which are a major concern in occupational therapy literature.

A post-colonial occupational therapy has to be realised through action for change. Much of the pressure the profession is building for change is being worked out through examples of practice. Recent research shows the increasing focus on cultural awareness in Latin American occupational therapy programmes and its results on students (Castro, Dahlin-Ivanoff & Mårtensson, 2016). There are insufficient occupational therapists globally to acquire a critical mass for transformation. The profession has to develop its diversity, rather than reflect the narrow dominance of a white middle class. Sharing and exchanging is a key part of a transformational practice which both realises the global scale of the idea of occupation as doing, yet translates this into the narratives of local practices and idioms.

Occupation is a greater concept than the profession itself because it is a ba-

sic right. What occupation concerns is everyone to determine as people, irrespective of our histories but with sensitivity to our narratives (Galhiego, 2011). A key message I brought home from the XVI Colombian Occupational Therapy Congress was the significance of an occupational base in a strong culture of identity. Occupation can build bridges between divided communities, create synergies and collaboration for meaningful life qualities and health, and promote healthy and sustainable bonds within communities. These might be occupational therapies without borders, but thinking of a human right as focus for a therapy indicates the scale of the challenge, when occupation is something that we all do naturally with whatever we have to hand. This is more than a clinical intervention; it is part of a social expression. What we might be calling on is not the clinical principle, but the transformational principle in the professional narrative. I haven't given many examples; those are for everyone to develop together.

References

- Beagan, B.L. (2007). The impact of social class: learning from occupational therapy students. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 125-33.
- Beagan, B.L., & Chacala, A. (2012). Culture and diversity among occupational therapists in Ireland: when the therapist is the 'diverse' one. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 144-151.
- Bennett Coverley, L. (1966). *Jamaica Labyrinth*. London: Harper Collins
- Block, P., Kasnitz, D., Nishida, A., & Pollard, N. (Eds). (2015). *Occupying Disability: Critical Approaches to Community, Justice*

- and *Decolonizing Disability*. New York: Springer
- Castro, D., Dahlin-Ivanoff, S., & Mårtensson, L. (2016). Development of a Cultural Awareness Scale for Occupational Therapy Students in Latin America: A Qualitative Delphi Study. *Occupational Therapy International*. DOI: 10.1002/oti.1424.
- Evans, G., & Tilley, J. (2015) The new class war: Excluding the working class in 21st-century Britain. *Juncture*. 21(4), 298-304.
- Fair, A., & Barnitt, R. (1999). Making a Cup of Tea as part of a Culturally Sensitive Service. *British Journal of Occupational Therapy*, 62 (5), 199-205.
- Ferguson, N. (2004). *Empire: The Rise and Demise of the British World Order and the Lessons for Global Power*. Basic Books.
- Frank, G., & Zemke, R. (2008). Occupational therapy foundations for political engagement and social transformation. In: N. Pollard, D. Sakellariou, F. Kronenberg. (Eds.) *A political practice of occupational therapy* (pp. 111–36). Edinburgh: Elsevier.
- Freire, P. (1972). *Pedagogy of the oppressed* Harmondsworth. UK: Penguin.
- Galhigo, S. (2011). What needs to be done? Occupational therapy responsibilities and challenges regarding human rights. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 58(2), 60-6.
- García-Ruiz, S., González, M.S., Carrillo-Araujo M.V., & Cobos-Baquero, A.M. (2008). *Cuadernos de Discapacidad y Rehabilitación Basada en Comunidad*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública.
- García-Ruiz, S. (in press). Occupational Therapy in a Globalized World. In D. Sakellariou, N. Pollard (eds.) *Occupational Therapies Without Borders: integrating justice with practice*, 2e. Edinburgh: Elsevier Science.
- Gilroy, P. (2012). My Britain is fuck all' zombie multiculturalism and the race politics of citizenship. *Identities: Global Studies in Culture and Power*. 19(4), 380-397.
- Goldblatt, E. (2007). *Because we live here: Sponsoring literacy beyond the college curriculum*. Hampton Pr.
- Guajardo, A. (2011). Construcción de identidades, episteme y prácticas en Terapia Ocupacional en América Latina. In: Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 12.; Congreso Latinoamericano De Terapia Ocupacional, 9. São Paulo: ATOESP.
- Guajardo, A. (2013). Terapia Ocupacional: apuntes de una historia inconclusa. In: Congreso Chileno de Terapia Ocupacional, 1.; Jornadas Nacionales De Terapia Ocupacional, 8., Viña del Mar: Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile.
- Hammell, K.W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5) 296-305.
- Hammell, K.W. (2009). Sacred texts: a sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(1), 6-22.
- Hammell, K.W. (2011). Resisting theoretical imperialism in the disciplines of occupational science and occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 27-33.
- Hammell, K.W., Miller, W.C., Forwell, S.J., Forman, B.E., & Jacobsen, B.A. (2012). Sharing the agenda: pondering the politics and practices of occupational therapy research. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 297–304.
- Ikiugu, M., & Pollard, N. (2015). *Meaningful living through occupation*. London: Whiting and Birch.
- Kronenberg, F., Simo-Algado, S., & Pollard, N. (Eds.). (2006). *Terapia Ocupacional Sin*

- Fronteras - aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Panamericana.
- Kronenberg, F., Pollard, N., & Sakellariou, D. (Eds.). (2011). *Occupational therapies without borders: Towards an ecology of occupation-based practices* (Vol.2). Edinburgh: Elsevier Science.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life, 2002 Distinguished Scholar Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640–649.
- Lee, N., Sissons, P., & Jones, K. (2013). *Wage inequality and employment polarisation in British cities*. London: The Work Foundation.
- Lentin, A., & Tilley, G. (2012). The crisis of 'multiculturalism' in Europe: Mediated minarets, intolerable subjects. *European Journal of Cultural Studies* 15(2), 123–138.
- Lucumí D.I., Gómez, L.F., Brownson R.C., & Parra, D.C. (2014). Social capital, socioeconomic status, and health-related quality of life among older adults in Bogotá (Colombia). *Journal of Aging and Health*, 27(4), 730–750.
- Melo, J.B. (2015). The intersection of race, class, and ethnicity in agrarian inequalities, identities, and the social resistance of peasants in Colombia. *Current Sociology*, 63(7), 1017–1036.
- Morley, D., & Worpole, K. (Eds.). (2009). *The republic of letters* (2nd ed.). Philadelphia: New Cities Community Press/Syracuse University Press.
- Murray, C. (1990). *The emerging British underclass*. London: Institute of Economic Affairs, Health and Welfare Unit.
- Navas, A. (2015) Palabras de Aida Navas durante el celebración de los 45 años de egreso del primer grupo de terapeutas ocupacionales de la Universidad Nacional de Colombia. *Revista Ocupación Humana*, 15(1), 48-54.
- Nelson, A. (2007). Seeing white: a critical exploration of occupational therapy with indigenous Australian people. *Occupational Therapy International*, 14(4), 237-255.
- Office of National Statistics. (2015). *2011 Census analysis: Ethnicity and religion of the non-UK born population in England and Wales: 201*. Retrieved from: <http://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/ethnicity/articles/2011censusanalysisethnicityandreligionofthenonukbornpopulationinenglandandwales/2015-06-18>
- Ó Tuama, S., & Kinsella, T. (Eds.). (1981). *An Duanaire, 1600-1900: Poems of the Dispossessed*. Portlaoise, Ireland: Dolmen.
- Owens, L. (in press). Our professional existence is political: critical reflections on 'seeing white' in occupational therapy. In N. Pollard, D. Sakellariou (eds.) *Occupational Therapies Without Borders: integrating justice with practice*, 2e. Edinburgh: Elsevier Science.
- Pantazis, C. (2016). Policies and discourses of poverty during a time of recession and austerity. *Critical Social Policy*, 36(1), 3–20.
- Pollard, N., Kronenberg, F., & Sakellariou D. (2008). A political practice of occupational therapy. In Pollard, N., Sakellariou, D., & Kronenberg, F. (Eds.) *A Political Practice of Occupational Therapy*. (pp. 3-20). Edinburgh: Elsevier/Churchill Livingstone.
- Pollard, N. (2010). Occupational narratives, community publishing and worker writing groups: Sustaining stories from the margins. *Groupwork*, 20(1), 9-33.
- Pollard, N., & Sakellariou, D. (Eds.). (2012). *Politics of Occupation-Centred Practice*. Oxford: Wiley.
- Pollard, N, & Sakellariou, D. (2014) The occupational therapist as a political being. *Cadernos Terapia Ocupacional da UFS-Car*, 22(3) 643-652.
- Pollard, N. (2016). A narrative of cultural occupational performance. *Cadernos Tera-*

- pia Ocupacional da UFSCar, São Carlos*, 24(1), 191-203.
- Ramdin, R. (1987). *The making of the Black working class in Britain*. Aldershot: Gower.
- Sakellariou, D., & Pollard, N. (eds.). (in press). *Occupational Therapies Without Borders: integrating justice with practice*, 2e. Edinburgh: Elsevier Science.
- Savage, M., Devine, F., Cunningham, N., Taylor, M., Li, Y., Hjellbrekke, J.,..., & Miles, A. (2013). A new model of social class? Findings from the BBC's Great British class survey experiment. *Sociology*, 47(2), 219-250.
- Sevlon, S. (1956). *The lonely Londoners*. London: Heineman.
- Smart, P. (2005). A beginner writer is not a beginner thinker. In F. Kronenberg, S. Simo-Algado, N. Pollard (Eds.) *Occupational therapy without borders*. (pp. 46-53). Oxford: Elsevier.
- Stadnyk, R., Townsend, E., & Wilcock, A. (2010). Occupational justice. In C. H. Christiansen & E.A. Townsend (Eds.), *Introduction to occupation: The art and science of living* (2nd ed., pp. 329-358). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education
- Stanley, J. (1997). To celeb-rate and Not Be-Moan. In: P. Mahony, C. Zmroczek (Eds.) *Class matters, 'working class' women's perspectives on social class*. (pp. 175-189). London: Taylor and Francis.
- Stouffer, S. (in press). Working as an Underground Occupational Therapist/Occupational Scientist. In D. Sakellariou, N. Pollard (eds.) *Occupational Therapies Without Borders: integrating justice with practice*, 2e. Edinburgh: Elsevier Science.
- Taylor-Gooby, P. (2013). *Future Identities: Changing identities in the UK - the next 10 years*. London: HM Government office for science.
- Thiongo, N. (2009). *Something torn and new: An African renaissance*. New York: Basic Books.
- Townsend, E. (1998). Occupational therapy language: Matters of respect, accountability and leadership. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 45-50.
- Whiteford, G., & Townsend, E. (2011). Participatory occupational justice framework (POJF) 2010: Enabling occupational participation and inclusion. In F. Kronenberg, N. Pollard, D. Sakellariou (Eds.) *Occupational therapies without borders: Towards an ecology of occupation-based practices* (pp. 65-84). Edinburgh: Elsevier.
- Williams, R. (1983). *Keywords*. London: Fontana.
- Witte, R. (2014 [1996]). *Racist violence and the state: A comparative analysis of Britain, France and the Netherlands*. London: Routledge.
- Yerxa, E. (2000). Occupational science: a renaissance of service to humankind through knowledge *Occupational Therapy International*, 7 (2), 87-98.
- Zephaniah, B. (1985). *The Dread Affair: Collected Poems*. London: Arena

Terapeuta ocupacional: sujeto político¹

Occupational therapist: political subject

Solángel García Ruiz²

Recibido: 21 de junio 2016 • Aceptado: 22 de julio de 2016

García, S. (2016). Terapeuta ocupacional: sujeto político. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 84-90.

Resumen: Se presentan algunas reflexiones que surgen del cuestionamiento alrededor de la identificación como terapeuta ocupacional y de los cambios en el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos; hechos que necesariamente impulsan y demandan transformaciones de la Terapia Ocupacional, pero sobre todo, de los terapeutas ocupacionales. A partir del concepto de sujeto político, se sitúa y justifica la discusión alrededor del mismo para los terapeutas ocupacionales, invitando a cuestionar su lugar frente a las personas y colectivos con quienes interactúa, pero también frente a las realidades sociales, políticas y económicas que le rodean, a su quehacer, al conocimiento disciplinar, a los ámbitos en los que logra posicionarse, ser reconocido y asumir liderazgos.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, ciudadanía, ética profesional.

Abstract: This article presents some reflections on occupational therapist identity in light of the changes in recognizing people as subjects with rights. This relationship is necessary to demand and drive transformation, not only from the Occupational Therapy profession, but from occupational therapists themselves. The article situates and justifies the discussion around the concept of 'political subject' for occupational therapists. It invites occupational therapists to question their position as political subjects in relation to the individuals and groups with whom they interact, and to the social, political, and economic realities that surround them, their work, their disciplinary knowledge, and the contexts in which they achieve recognition and assume leadership.

Key words: occupational therapy, citizenship, professional ethics.

Introducción

Las reflexiones que quiero compartir se desenlazaron en un encuentro de egresados de Terapia Ocupacional en el que nos invitaron a organizarnos por áreas de desempeño: discapaci-

dades físicas, salud mental, educación, etc. Cuando vinieron a mi, yo estaba fuera de los grupos, sencillamente no me sentí identificada con ninguna de las áreas de desempeño. Y valga decir que para ese entonces ya había comprendido que lo que yo hacía sí tenía

¹ Este artículo se deriva de la ponencia presentada por la autora el 3 de marzo de 2016 en la ciudad de Medellín, en el marco del XVI Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional.

² Terapeuta Ocupacional. Magíster en Desarrollo Social y Educativo. Presidenta Consejo Directivo Nacional, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. Centro Distrital de Educación e Investigaciones en Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Bogotá, Colombia. solecita_co@yahoo.com

que ver con la Terapia Ocupacional. En aquel encuentro Claudia Rojas³ escuchó mi sentir, ella me ha invitado a compartir estas reflexiones.

Por supuesto que una cosa es la conversación que comenzó en ese momento, pero esta reflexión lleva más años atrás, quizás desde el mismo proceso de mi formación. Aquí solamente voy a compartir dónde van mis reflexiones; algunas seguirán siendo parte de la intuición, algunas hacen parte de un texto que estará publicado en un capítulo de la tercera edición del libro *Terapia Ocupacional sin fronteras*.

¿Por qué generar esta discusión?

Son muchas las razones. Hemos hecho los tránsitos de las políticas asistenciales a las políticas públicas, a los modelos soportados en los derechos humanos. Mientras nosotros mismos como personas nos vamos configurando como ciudadanos (entiéndase que hemos vivido un proceso de transformación a partir de la Constitución de 1991, en el que todos los habitantes de este país nos reconocemos en esta condición), donde se da reconocimiento a las personas por su esencia, con sus diversidades, desde una mirada de los derechos humanos; sin embargo, a veces profesionales como nosotros, y las instituciones donde trabajamos, no alcanzamos a realizar este tránsito con la misma rapidez. Es decir, mientras las personas con quienes trabajamos se reconocen como sujetos de derecho, no se reconocen condiciones similares a los terapeutas ocupacionales, estableciendo, algunas

veces, las mismas relaciones laborales cercanas a las instituciones de caridad que generan grandes brechas e inequidades.

En este contexto se escuchan las historias de las rebeldías de los colegas. Rebeldía a los procesos, a los programas y a los currículos, mientras somos estudiantes; rebeldías frente a los sistemas, los horarios y los salarios, en nuestra vida laboral. ¿Cómo hacer que estas rebeldías individuales se conviertan en colectivas? ¿Cuáles son las inseguridades y miedos que nos limitan como sujetos políticos?

¿Por qué un sujeto político?

¿Por qué hablar de la Terapia Ocupacional, o más bien del terapeuta ocupacional como sujeto político, cuando se supone que las profesiones y los profesionales hacen parte de un cuerpo disciplinar que sigue unas normas y unas reglas? ¿Cómo, más bien, liberarse de esas ataduras y poder explorar el mundo de las posibilidades y de la liberación? ¿Cómo, más bien, avanzar en reconocer su posición frente a las decisiones de él y de los otros? ¿Qué significa ser un sujeto político? Son más preguntas que respuestas y no estoy segura de poderlas resolver.

Siguiendo al profesor Ranabir Samaddar (2014), ser sujeto político significa reusarse a ser objeto de la política, ser rebelde, interrumpir el modo predominante de la política, no compartir la realidad dominante, reconocerse como actor responsable de escribir la historia, no la historia conven-

³ Se refiere a la profesora de la Universidad Nacional de Colombia Claudia Rojas Castillo, coordinadora del Comité Académico del XVI Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional.

cional, sino esa otra, la que cuentan los actores que han vivido la historia.

El sujeto político se libera de la ataduras, ¿de qué ataduras nos liberamos, o más bien, nos debemos liberar? Quizás de las ataduras del masculino (aunque todavía me pierda en la perspectiva de género), del modelo médico, de los rezagos coloniales y post coloniales, como los estándares, los lineamientos, los modelos. Necesitamos aprender a dialogar y a explorar las situaciones extremas, esas que no tienen salida, *interrumpiendo* el modo predominante de la política; siendo, entonces, la voz de lo oculto.

Por eso la historia, y en especial nuestra historia política colombiana, la que está inmersa en los conflictos inacabados, en los cacicazgos, en las distintas fuerzas de poder que nos dejan en medio de una guerra. Esa de las relaciones de poder en los distintos escenarios de actuación en el trabajo, en la universidad, donde tan fácilmente replicamos los modelos, si, los modelos del desplazamiento, de las amenazas, y con los distintos actores individuales o colectivos, aquellos que reciben nuestros servicios, colegas, jefes, subalternos, otros; esa historia debe ser interpretada, analizada y escrita por nosotros mismos, teniendo una posición frente a los hechos y a las circunstancias que la rodean.

En este sentido, nosotros, como sujetos políticos, somos resultado de coyunturas, de circunstancias o *situaciones* conflictivas que nos llevan a tomar *posiciones*. En otras palabras, cada uno de nosotros está sujet(ad)o a cierta configuración política; pero, consciente de la sujeción, quiere someter

la política a su propia visión, es decir, quiere ser su autor (Samaddar, 2014). Ser sujeto político significa tener una concepción del mundo, conocer la situación que nos circunda, comprender la realidad, esto es, tener la capacidad de ver y comprender el mundo donde estamos inmersos, poner posición, criterio y puntos de vista frente a ello. Esta capacidad crítica y reflexiva, este carisma, trasciende el estado actual de las cosas, es consciente de su realidad, no solo desde lo legal, lo económico o lo político, sino que integra todas las esferas humanas; no para movilizar masas, más bien con la pretensión de crear consciencia y de lograr sujetos autónomos en sociedades complejas.

La construcción de este sujeto político se hace con pasión, con medida y con carisma. Cuando hablamos de pasión, hablamos de la fuerza de los seres humanos, de la que viene de la panza, de la que se sale de la emoción, de lo profundo del ser; esa pasión es la que nos debe hacer dueños de una posición, ojalá crítica, es decir, que nos dé la fuerza de desaprender el conocimiento académico, político y de la vida.

Ser dueños de una posición crítica significa que es necesario desaprender el conocimiento, ya sea este académico, teológico, espiritual o económico, y prepararse a *hacer* aprendiendo nuevos asuntos, posturas. No emergemos de técnicas existentes del ejercicio del poder, de técnicas legales, más bien de la resistencia contra ellas.

Dejémonos entonces embargar de una ética de la resistencia, esa que nos permita tomar posición frente a

los conflictos, los eventos y los deseos, y dejemos fluir la rebeldía contra el mundo normalizador. Con mesura, como la capacidad de ser sencillo, simple y sabiamente limitado en las expresiones, esa que nos pone los límites de la cordialidad; y con carisma, como la capacidad de contagiar a otros en estas causas.

En los últimos años hemos estado armando y desarmando, entendiendo, preguntando, reflexionado sobre las historias de las terapias ocupacionales en Colombia, y luego de escuchar a colegas de distintas generaciones, de escuchar sus rebeldías en distintos momentos, incluso de pensar en mis rebeldías, vuelvo y pienso qué es lo que nos falta, dónde nos perdemos para que en Colombia efectivamente la Terapia Ocupacional no sea un asunto reconocido vital y trascendentalmente.

¿Cómo nos construimos como sujeto político?

Con la conciencia crítica, la de no pasar entero, la que deja emerger la rebeldía ante el sistema; con la voluntad de cambio, con capacidad para interpretar y resignificar las realidades, la formulación de ideas y de proyectos con la intencionalidad de transformar la realidad.

El sujeto político se construye con autonomía, en otras palabras, construye su propio pensamiento y sus estrategias. Es histórico, se nutre de su experiencia y reconoce los aportes de sus antecesores. Tiene capacidad de interpretación, de dar sentidos liberadores y emancipadores a los conocimientos y experiencias que interpretan la coti-

dianidad. Se nutre de colectivos, ejerce liderazgos, reconoce, promueve y visibiliza los liderazgos individuales y trata de construir liderazgos colectivos a partir de los saberes, las experiencias y las capacidades de los integrantes de la colectividad. Y por supuesto, cuenta con una propuesta política, con una interpretación de la realidad y un sueño de cómo deberían ser la sociedad y las relaciones sociales, económicas y políticas en todos los ámbitos sociales, convirtiéndose en un interlocutor válido, siendo referente para las alianzas, para el diálogo y la interlocución con el Estado o con otras instancias que toman decisiones.

Es así como nosotros, como terapeutas ocupacionales, estudiamos, vivimos, analizamos y proponemos relaciones entre el hacer, la ocupación y la felicidad. Es decir, buscamos la felicidad en el hacer y promovemos que la gente sea feliz con lo que hace. Buscamos contribuir con la liberación y la emancipación desde el hacer, tenemos todas las posibilidades de actuar como sujetos políticos (García, en prensa).

Tanto el quehacer como los desarrollos conceptuales de la Terapia Ocupacional se han transformado, tanto como el mundo. Lo han hecho para dar respuesta a los conflictos y los postconflictos, a las dictaduras, a los desastres naturales y las exigencias del cambio climático; en plena era de las políticas públicas, de la construcción de las democracias, de la descentralización y el desarrollo local. Es en esta circunstancia donde actuamos *glocalmente*, es decir, con pensamiento global y actuación local (García, en prensa).

Es como si el mundo de la vida nos reclamara por azar o por conocimiento, y puede significar todo esto que los terapeutas ocupacionales, bien sea por la práctica o por el interés de comprender estos procesos, nos hemos visto en la necesidad de dar respuesta a asuntos sociales, políticos, económicos e incluso ambientales de las personas y los colectivos. Y hemos tenido que aprender muchas veces sobre el camino; generando, en ocasiones, distancias entre la teoría y la práctica, con velocidades distintas y en ocasiones con una práctica que es más veloz que la teoría, con el riesgo de convertirnos en hacedores sin una reflexión conceptual que nutra y critique los postulados de la profesión.

Asuntos como la investigación deben ser un acto natural de la vida; tiene que ver desde la que se hace en el laboratorio, asépticamente, hasta la que sucede en cualquiera de sus escenarios. Con Fals Borda y Rodríguez (1986), desde la investigación acción participación, la sistematización se volvió natural en los procesos políticos y comunitarios, de ahí la posibilidad natural de convertir la práctica en un ejercicio investigativo, es decir, de hacer de la práctica una verdadera praxis.

En las conversaciones con colegas en Colombia y Latinoamérica, desde Chile, vamos haciendo camino de estas posibilidades. Así, nos vamos encontrando con compañeros en distintos lugares del mundo, vamos interactuando y reflexionando sobre nuestro quehacer y encontramos desarrollos, pensamientos e interlocuciones alrededor de las cuales nos identificamos.

Mi experiencia me lleva a reconocermelo como sujeto político en interacción con otros sujetos políticos, en una acción local con un contexto global e interpretada desde diferentes disciplinas que nutren el actuar (García, en prensa).

Así entonces, hemos ido construyendo terapias ocupacionales que transforman y son transformadas, que están contextualizadas y localizadas, que parten de la sencillez de la vida, que trabajan por la felicidad, por el bienestar, con justicia y equidad. Es ahí donde nos convertimos en sujetos políticos y transformadores de las realidades y las vidas locales.

En palabras de Foucault (2007), los sujetos políticos se reconocen como seres autónomos, libres, soberanos y con conciencia, es decir, están empoderados de sí mismos. Entonces, el terapeuta ocupacional como sujeto político es un actor que transforma y contribuye en la transformación de la vida de los sujetos con los que interactúa; de ahí las capacidades que se puedan generar a nivel individual y colectivo, y en la participación en la toma de decisiones, con miradas visionarias.

Finalmente, ¿de qué Terapia Ocupacional hablamos?, hablamos de muchas terapias ocupacionales, las del Sur, las del Norte, de Occidente y de Oriente. Las que invitan a actuar localmente y pensar globalmente, las que son críticas, las que se reconocen como una práctica social, las que invitan a desarrollar profesionales líderes con capacidades de dirigir, de organizar asuntos individuales y colectivos.

El mundo no solo requiere terapeutas ocupacionales para trabajar en proyectos, en ONG o en instituciones, se requieren profesionales dirigentes de ideas y de ideales, que también ayuden en la transformación desde escenarios de tomas de decisión, y me refiero a que debemos tener líderes en organismos de decisión: ministerios, institutos nacionales e internacionales.

En este contexto colombiano de los diálogos de paz, el postconflicto, el postacuerdo, propongo que nuestro proyecto político se oriente en hacer visible la Terapia Ocupacional, que a veces es invisible hasta para los terapeutas ocupacionales. Que dejemos de ser disciplinados, hagamos parte abiertamente en contextos como el de los diálogos de paz, desde el lugar y la práctica que ejerzamos, donde la integración de la política, la reconciliación política y la participación ciudadana, sean parte natural del proceso.

Reconociendo nuestra historia, la de la Terapia Ocupacional, en armonía con la comprensión de los conflictos armados internos, considerando los distintos actores (sociedad civil), la ampliación de la agenda, el sentido de pertenencia local, los límites de la soberanía, el mantenimiento de la paz.

Contribuyendo en asuntos tan sencillos como la búsqueda por superar el miedo y promover la confianza, con reconocimientos de los conocimientos, los de la vida de las mujeres, de los hombres, de los niños, de los jóvenes, de los indígenas y desplazados, pero también de los técnicos y los políticos.

Recuperando la historia... recuperarla, comprenderla significa partir

de cómo, cuando las víctimas somos todos los colombianos, con dolores y rabias acumuladas; desde el lugar de los géneros, con sus razones de amores y desamores, somos una sociedad que nos excluyó de lugares, que puso nuestra cotidianidad al servicio del miedo, la seguridad, la inseguridad o la incertidumbre.

¿Cómo se construye? Perdonando (se requiere verdad), aprendiendo a contribuir, cambiando el ordenamiento (económico, político, cultural); sin fórmulas, sino a partir de la comprensión de lo que somos, de quienes somos. Nutriendo la Terapia Ocupacional con las humanidades, las artes y el pensamiento crítico. Por su puesto que no se trata de adaptar los currículos a las instituciones y a las empresas, se trata de adaptarlos a las necesidades de las personas y los colectivos, y con una visión futurista. Si realmente queremos ser sujetos transformados y transformadores, críticos y no máquinas de los sistemas, no debemos perder de vista que nos debemos a la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad.

A manera de conclusión

Los caminos a transitar son muchos y es ideal que los terapeutas ocupacionales ocupemos el lugar, el lugar de este territorio, con los conocimientos que ayudan en las transformaciones de las vidas, con las propuestas innovadoras, creativas, justas, para que efectivamente las vidas y los lugares donde interactuamos encuentren el sello de la participación de un terapeuta ocupacional.

Referencias

- Fals-Borda, O., & Rodríguez, C. (1986). *Investigación Participativa*. Montevideo: Instituto del Hombre, Ediciones de la Banda Oriental.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- García-Ruiz, S. (en prensa). Occupational Therapy in a glocalized world. En: Saker, D., & Pollard, N. (eds.), *Occupational Therapies without borders: integrating justice with practice*. Edimburgo: Elsevier.
- Samaddar, R. (2014). La emergencia del sujeto político. (Juaneda, C., & Reynares, J.M., Trads.) *Política común*, 6 (14), DOI: <http://dx.doi.org/10.3998/pc.12322227.0006.007>

Sistema Nacional de Rehabilitación Integral: Limitaciones en el concepto, el marco normativo y la formación profesional¹

National System of Integral Rehabilitation: limitations on the concept, the regulatory framework and training

Nancy Jeanet Molina Achury²

Recibido: 14 de junio 2016 • Aceptado: 19 de julio de 2016

Molina, N. (2016). Sistema Nacional de Rehabilitación Integral: limitaciones en el concepto, el marco normativo y la formación profesional. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 91-99.

Resumen: Esta reflexión trata sobre tres aspectos. En primera instancia, se afirma la inexistencia de un Sistema Nacional de Rehabilitación Integral; en su lugar, se caracterizan una serie de cuestiones que, a juicio de la autora, ocupan el espacio político de esta ausencia, convirtiéndose en una distracción en relación a un debate central en nuestra sociedad. En segundo lugar, se identifican aspectos que están en la base de esta situación y que se sintetizan en los mecanismos de permanencia de lógicas hegemónicas que terminan excluyendo a un grupo poblacional de ser objeto de políticas públicas que enfrenten las inequidades estructurales de un sistema en donde, la lógica de la funcionalidad para la productividad, es un aspecto central. En tercer lugar, se profundiza sobre el vínculo formación profesional - reproducción de lógicas de dominación y exclusión, se identifican algunos de los aspectos centrales que perpetúan el estado de cosas que contribuyen a la ausencia misma del sistema, y se sugieren algunos elementos que podrían promover un proceso de cambio en la formación profesional y contribuir a la definición de un Sistema Nacional de Rehabilitación.

Palabras clave: rehabilitación, política pública, formación profesional.

Abstract: This reflection is about three aspects. First, it states that there is an absence of a National System of Integral Rehabilitation. Instead, there is a characterization of a number of issues which, in the opinion of the author, occupy the political space of such absence, becoming a distraction in relation to a central debate in our society. Second, there is an identification of the aspects that form the basis of this situation and that are synthesized in the mechanisms of continuity of the hegemonic logic that ends up excluding one population group from being recipient of public policies that address the structural inequities of a system in which the logic of functionality for productivity is a central aspect. Third, it delves into the link that exists between professional training and the reproduction of domination and exclusion logics; identifies some of the central aspects that perpetuate the state of affairs that contribute to the very absence of the system, and suggests some elements that might promote a process of change in the professional training so that it contributes to the definition of a National Rehabilitation System.

Key words: rehabilitation, public policy, professional education.

¹ Este artículo se deriva de la ponencia presentada por la autora el 5 de marzo de 2016 en la ciudad de Medellín, en el marco del XVI Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional.

² Fisioterapeuta. Magíster en Ciencias de la Salud del Trabajo. Doctora en Ciencias. Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia. njmolinaa@unal.edu.co

La inexistencia del Sistema Nacional de Rehabilitación Integral

La página web del Ministerio de Salud refiere que:

“el concepto que se maneja en Colombia respecto a la rehabilitación integral, establece la visión multidimensional y biosicosocial de las personas con discapacidad, lo que implica la provisión continua y coherente de acciones dirigidas al individuo, a su familia y a su comunidad, desarrolladas en corresponsabilidad por los diferentes sectores: salud, educación, trabajo, cultura, recreación y deportes, comunicaciones y transporte, entre otros, con el objeto de facilitar la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación e inclusión social³ de la población.” (MinSalud, 2015).

Sin embargo, la Ley 1618 de 2013 define la rehabilitación integral como “mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad” (Gobierno de la República de Colombia, 2013).

Esta definición proyecta de forma clara tres aspectos centrales de la construcción social en torno a la rehabilitación como respuesta a la discapacidad. El

primero ratifica la idea establecida de que la discapacidad es un asunto que se define en el plano de los individuos, con énfasis en la dimensión biológica, particularmente centrada en la deficiencia / limitación. Segundo, en coherencia con lo anterior, proyecta el ámbito de la intervención a la familia y a la comunidad, no como expresión de la dinámica social, sino en vínculo instrumental de escenarios relacionales del individuo. Tercero, separa claramente la idea de rehabilitación funcional⁴ de la de inclusión social, siendo la rehabilitación integral la suma de las dos anteriores.

Esta interpretación se ratifica en diversos estudios que analizan los contenidos de las políticas públicas en Colombia. Así, en palabras de Angarita (2014), el análisis de los documentos normativos muestra:

una tendencia significativa hacia el modelo individual, con ambigüedad en la terminología utilizada que tiende a ser peyorativa y reactiva, (más evidente en normas anteriores a 2009) donde contenidos latentes se inclinan hacia la exclusión a partir del reforzamiento de estereotipos con una fuerte propensión a fomentar la adaptación individual al medio y a situaciones vitales de las personas con discapacidad. (...) Al ser el modelo individual el imperante en el marco nor-

³ “Es un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad” Ley 1618 de 2013. Art. 2, núm. 7. (Gobierno de la República de Colombia, 2013).

⁴ “Es el proceso de acciones médicas y terapéuticas encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes” Ley 1618 de 2013, Art. 2, núm. 6. (Gobierno de la República de Colombia, 2013).

mativo de apoyo a la discapacidad, las respuestas se centraron en el aspecto capacidad de funcionar, siendo el aspecto de oportunidad de elección el menos percibido (p. 87).

El país cuenta entonces con un acumulado de normas, planes y políticas de discapacidad que se vinculan al Sistema Nacional de Discapacidad (Ley 1145 de 2007 - Congreso de la República, 2007) y la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social (CONPES 166 de 2013 - Departamento Nacional de Planeación, 2013), los cuales muestran una cierta evolución en los conceptos, que sin embargo, denotan la ausencia de una visión de rehabilitación integral y de un sistema articulado, con procesos actualizados y continuos (Molina-Achury et al., 2016).

Así mismo, se plantea el poco impacto en el campo de la garantía de los derechos: se mantiene una lógica focalizada y fragmentada de respuestas a las necesidades de la población en materia de servicios de rehabilitación, caracterizadas por acciones de corte sectorial, sin una mirada integral del sujeto y sus necesidades, quien recibe del Estado beneficios por una condición particular, pero no por el conjunto de sus necesidades (Molina-Achury et al., 2016).

Con todo, se hace evidente el marcado individualismo en el concepto de proceso de rehabilitación integral, el cual le debe devolver a un sujeto, que recibe muchos servicios y de todas partes (la suma de todos), el volver a tener lo que se perdió o se debió tener. Así mismo, se identifica un concepto pasivo en relación a los sujetos

que son “intervenidos”. Esto se relaciona también con esa peligrosa escisión que se ha hecho entre el cuerpo funcional, la deficiencia, y el cuerpo social, la participación. Pareciera, desafortunadamente, que la entrada de la comprensión social de la discapacidad se asumiera como antagonica –excluyente– opuesta a las acciones de rehabilitación, poniendo en contraposición el componente médico-rehabilitador, frente al modelo social –de inclusión. En este mismo sentido, se observa una dicotomía entre intervención del cuerpo e intervención social, como si el cuerpo no fuese un elemento de la socialidad humana.

En términos de las prácticas concretas, particularmente en el sector salud, la manera de operar del sistema de salud favorece la sumatoria de acciones desarrolladas por distintos profesionales, centradas en lo funcional, que privilegian la realización de terapias. En este marco, la oferta de servicios no responde efectivamente a las necesidades de la población. Se reconoce la influencia de factores que son determinantes en la prestación de servicios de rehabilitación, como lo constituyen la focalización de la oferta a algunos grupos, en detrimento de una prestación de servicios equitativa; la falta de estándares de calidad y el limitado uso de procedimientos estandarizados; los escasos o nulos mecanismos de evaluación o seguimiento, y el limitado sistema de verificación del impacto logrado con las acciones.

Estos elementos se resumen en la idea presentada por María Teresa Buitrago (2013) en su tesis doctoral titulada: *Discapacidades peregrinas. Construc-*

ciones sociales de la discapacidad en Colombia: aportes para Salud Pública desde una perspectiva crítica, quien analiza el período 1970 - 2010 y plantea:

Los resultados mostraron una irrupción retórica del marco de derechos en la normativa sin respuestas concretas, la hegemonía de las representaciones desde el modelo biomédico, al igual que respuestas ancladas en la rehabilitación funcional. Las instituciones pasaron de la atención de beneficencia –caridad– a un modelo subsumido por la lógica neoliberal de prestación de servicios. Los principales desafíos para la Salud Pública son: ampliar el espectro de sus acciones, trascender la representación biomédica y optar por abordajes interdisciplinarios e intersectoriales que aboguen por la emancipación de esta población, basados en la pluralidad de saberes y maneras dignas de estar en el mundo, más allá de la mirada funcional del desarrollo y bienestar, que lo equipara a la productividad y los beneficios materiales que la misma provee (p. IX).

Elementos constitutivos de esta situación

En primer lugar, como se ha evidenciado, la rehabilitación se atrapa en el marco de la discapacidad y hereda las limitaciones de las visiones y prácticas construidas, las cuales mayoritariamente se centran en el sujeto y en la discapacidad como limitación, lo que distancia y desvanece el debate de las causas estructurales que la producen, tales como el no reconocimiento de la diversidad de capacidades o la *naturalización* de arreglos sociales que ge-

neran desigualdades e inequidades de forma sistemática, como mecanismo para garantizar la acumulación económica y el poder de unos grupos sobre otros: “Es muy difícil pretender incluir a los pobres (...o a las personas con discapacidad) cuando no se sabe, o no se quiere saber, la manera por la cual fueron excluidos” (Demo, 1988).

En segundo lugar, la construcción social de la discapacidad (Medeiros & Diniz, 2004) se nutre de la configuración de una identidad social caracterizada por la insuficiencia, la carencia y la falta de *normalidad*, de autonomía que es impuesta desde el entorno.

En tercer lugar, las prácticas en relación con la discapacidad se ubican en un lugar de especialización que despoja al sujeto de control y lo coloca en situación de *dependencia*.

Estos elementos dificultan la reflexión, la construcción y la acción en relación a la necesidad de garantizar socialmente oportunidades reales para capacidades y funcionamientos diferentes, a partir del reconocimiento de condiciones estructurales de desigualdad social, injusticia, explotación y la discriminación como razón de ser de un sistema de rehabilitación integral.

De otro lado, la problemática se complejiza si se tiene en cuenta que la posibilidad de acceder a los recursos socialmente disponibles está mediada por la capacidad que tienen los sectores subalternos de forzar procesos de redistribución en su favor (Hernández-Jaramillo & Hernández-Umaña, 2005), así como por el poder efectivo de que disponen estos grupos para

exigir la adopción de políticas públicas que propicien su integración social.

En esta línea, Fátima Correa (2013) llama la atención en algunas líneas de acción que buscan aportar al proceso de inclusión, tales como no reducir al otro a su condición de exclusión; decir no a la utopía del cuerpo perfecto y crear espacios de negociación para la persona, su familia, para la comunidad y para los servicios que se ocupan de ellos; ampliar la formación ética y política de profesionales de salud, educación, cultura, trabajo, arte, asistencia social, y ampliar la participación política de los profesionales y de la población con discapacidad.

Formación profesional, reproducción de lógicas de dominación y exclusión

Investigaciones previas han reseñado la necesidad de consolidar las competencias profesionales en rehabilitación para poder proveer intervenciones (no necesaria y exclusivamente clínicas) (Moreno-Angarita, et al., 2016). En términos de la práctica del talento humano en rehabilitación, se observa falta de delimitación normativa de las funciones según las profesiones involucradas en el proceso de rehabilitación y el rol poco claro de los profesionales en campos distintos al asistencial, con escasa cualificación para el ejercicio en ámbitos comunitarios, educativos, laborales y sociales. Parece que los profesionales no se asumieran como seres sociales, con la responsabilidad

de contribuir a mejorar la calidad de vida de la sociedad en la cual viven. Se destacan la falta de una visión integral, interprofesional e intersectorial, acorde con las necesidades de los usuarios de los servicios de rehabilitación, así como el desconocimiento de las características y mecanismos de acceso al sistema para la atención a las personas.

En este marco, vale la pena destacar que la educación profesional, vista desde las teorías crítico - reproductivistas, cumple un papel de permanencia / aceptación del estado de cosas en relación a la división social del trabajo por grupos (propietarios / asalariados) y las relaciones de dominación / explotación / injusticia que se derivan de ella. Así, la educación prepara al profesional para aceptar los arreglos sociales en términos de una organización y división del trabajo, unas lógicas de control y de fragmentación - descalificación que garantizan la productividad y la acumulación de capital en manos de actores sociales que no siempre son claramente reconocidos. Este proceso de aceptación / reproducción se finca en los siguientes dispositivos (Molina-Achury, 2015):

- *Naturalización* de las lógicas (no problematización) de dominación. En el proceso formativo se instalan y naturalizan la dominación por género⁵, profesional, laboral, que imperan en la práctica profesional y en la relación docente - estudiante; lo que posteriormente contribuye a

⁵ Como reconocimiento cultural, implica tener en cuenta la diversidad y el reconocimiento de identidades subvaloradas por el androcentrismo, la xenofobia, el heterosexismo y la violencia. Se viven segregaciones entre el estudiantado debido a la etnia, el desplazamiento forzado, la discapacidad, el fracaso escolar, las enfermedades.

naturalizar las lógicas dominantes por clase social, condición de discapacidad, etnia, entre otras.

- El peso de la estructura de conocimiento médico y su reconocimiento social hegemoniza la construcción disciplinar, definiendo con frecuencia sus lenguajes y limitando prácticas concretas, y reproduciendo con ello la lógica biológica y de funcionamiento, así como los patrones de “normalidad - anormalidad”.
- La presión de las lógicas instituidas de una objetividad declarada, fuente de verdad y ciencia que se retroalimenta cotidianamente con diversos mecanismos en la investigación, en las lógicas de publicación, en todo aquello que refiera legitimidad académica.
- La generación y apropiación del conocimiento aparece fragmentada. Se limita la posibilidad para el desarrollo disciplinar y profesional crítico como resultado de la presión que ejerce el interés del mercado, el cual define temas prioritarios, paradigmas válidos, métodos, e incluso para algunos, resultados en términos de nueva tecnología, que no necesariamente está vinculada con la efectividad y las necesidades.
- Distanciamiento de la realidad concreta, como fundamento del propio proceso educativo y que es reconocido como tardío en su aparición en el currículo. En el caso que nos ocupa, es clara la preocupación por favorecer un aprendizaje de técnicas y procesos en el

marco de lógicas de ordenamiento y comportamiento instituidas, sin conflictividad, para lo cual la realidad se amolda a los intereses del proceso educativo; con esto se debilita su posibilidad como elemento cuestionador.

- Las propias condiciones de trabajo docente y sus limitaciones se articulan con todos y cada uno de los aspectos mencionados. Es innegable que un análisis pormenorizado del mismo permite validar la idea de que en el ejercicio docente existe una permanente tensión por el desarrollo de un trabajo alienado, que se suma a la formación de trabajadores profesionalizados alienados: el docente no controla, no gobierna, no gestiona, no reconoce el proceso en su conjunto; al tiempo, instala unas habilidades en un sujeto que no domina la lógica del proceso, no está en capacidad de una interacción incidente o transformadora, y que opera mecánicamente unas habilidades. Se prepara para condicionarlos a una institucionalidad y a unas relaciones que ordenan el trabajo bajo la lógica de la productividad y que imponen paquetes restrictos de beneficios y de tiempos de atención, los cuales limitan la práctica profesional en lo que respecta al grado de autonomía, sujeto ahora por la racionalidad económica. Al tiempo, el profesional – trabajador, colocado en una lógica creciente de trabajador precarizado, enfrenta condiciones de trabajo cada vez más críticas, lo que restringe sus posibilidades de desarrollo como profesional, en el marco de un trabajo alienado que

le limita en su desarrollo como ser humano.

En este contexto, la educación profesional tiene el reto de replantearse como posibilidad de transformación, siempre y cuando se problematice a sí misma, a partir de lo cual identifique trayectos y nuevas referencias de sentido.

Elementos a considerar en la transformación del proceso formativo (Molina-Achury, 2015)

La interacción profesional - sujeto tiene como reto afinar el proceso de formación en el reconocimiento **de la diferencia como posibilidad de vida**; a partir de allí, superar la fragmentación, individualización y descontextualización, buscando centralmente combatir todos los sentidos y prácticas relacionados a la discapacidad como fuente de inequidad.

Dentro de los aspectos que a partir de este análisis pueden ser colocados como referencial, se parte en primera instancia de la necesidad de establecer, como un sentido básico del proceso de formación, el reconocimiento y la crítica a toda forma de relación de dominación, sea esta por género, clase, etnia o discapacidad, en una perspectiva que los vincule. Las lógicas de poder, siguiendo a Mayo (2004), basado en Gramsci, plantean comprender su naturaleza no estática (está constantemente abierta a negociación y renegociación, por tanto, a ser renovada y recreada), incompleta, selectiva y con posibilidad de crisis, lo que indica que puede haber espacio para una acción contra hegemónica,

en donde la educación y la formación cultural de adultos son claves.

Así mismo, se trata de cuestionar los contenidos de la cultura dominante, desde la apropiación crítica del conocimiento y la apropiación crítica y selectiva de la cultura dominante, y de abogar por una práctica que integre permanentemente reflexión y acción con capacidad de transformación, favoreciendo la articulación entre teoría y práctica, entre conciencia y acción, uno de los grandes vacíos en la formación profesional. Para esto, se rescata la necesidad de garantizar el vínculo con la realidad como fundamento educativo, con lo cual todos los escenarios de práctica deben ser asumidos como posibilidad para la democracia, a partir de una mayor comprensión del funcionamiento de la sociedad y del control sobre el proceso de trabajo, la identificación de los conflictos y de las posibilidades de resistencia y de cambio, de tal suerte que se oriente el proceso hacia la construcción de sujetos libres y con autodeterminación.

En este contexto, la coyuntura actual nacional del posacuerdo ha dado relieve al tema de discapacidad / rehabilitación, lo que se convierte en una oportunidad en un escenario de nuevas reformas y transformaciones del sistema de salud y las políticas sociales. Lo anterior, junto con las posibilidades y experiencias desarrolladas en torno a los modelos de la Atención Primaria en Salud, se planea como ventana de oportunidad para un proceso de replanteo de la formación profesional en torno a la rehabilitación. Estos escenarios hacen viable la posibilidad de

materializar la idea de integralidad en una perspectiva cotidiana y cercana a las personas, incluso en términos de su territorialidad, con una visión que amplía la idea de rehabilitación a todos los ciclos y al conjunto de requerimientos en salud, retomando aprendizajes y enfoques de la Rehabilitación Basada en Comunidad y la Atención Primaria en Salud.

Siendo un aspecto central la construcción de relaciones democráticas y dialógicas, tanto en la formación como en la sociedad, es fundamental en el proceso educativo la vinculación con grupos más amplios, movimientos y partidos que representan la perspectiva de las personas con discapacidad y que cimenten la posibilidad de alianzas con fuerza incidente en las políticas vinculadas con la rehabilitación.

Referencias

- Angarita, D.C. (2014). *Rehabilitación integral: un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad* (Tesis de Maestría). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Buitrago, M.T. (2013). *Discapacidades peregrinas. Construcciones sociales de la discapacidad en Colombia: aportes para la Salud Pública desde una perspectiva crítica* (Tesis de doctorado). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1145 de 2007. Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201145%20DE%202007.pdf
- Corrêa-Oliver, F. (julio, 2013). Ponencia. En *Seminario Rehabilitación Integral: aproximaciones teóricas y recomendaciones frente a su praxis*. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (2013). *Documento Conpes Social 166. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/CONPES166.pdf>
- Demo, P. (1988). *Participação é conquista*. São Paulo: Cortez.
- Gobierno de la República de Colombia. (2013). *Ley 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>
- Hernández-Jaramillo, J. & Hernández-Umaña, I. (2005). Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Revista Salud Pública*, 7 (2), 130-144.
- Mayo, P. (2004). *Gramsci, Freire e a educação de adultos: possibilidades para uma ação transformadora*. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. Porto Alegre: Artmed.
- Medeiros, M. & Diniz, D. (2004). A nova maneira de se entender a deficiência e o envelhecimento (Texto para Discussão Nº 1040). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasil. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/td_1040.pdf
- Ministerio de Salud Colombia. (2015). *Discapacidad*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>
- Molina-Achury, N. (2015). *Educación en Fisioterapia: análisis crítico desde la práctica profesional* (Tesis de doctorado). Sao Paulo: Universidad de São Paulo.

Molina-Achury, N., Mogollón-Pérez, A., Balanta-Cobo, P., Moreno-Angarita, M., Hernández-Jaramillo, B., Rojas-Castillo, C.P. (2016). Lógicas dominantes en la formulación de políticas y organización de servicios que inciden en el acceso a la rehabilitación integral. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15 (30), 94-107.

Moreno-Angarita, M., Hernández-Jaramillo J., Balanta-Cobo, P., Mogollon-Pérez, A., Molina-Achury, N., Rojas Castillo, C. (2016, en prensa). Análisis cualitativo del concepto y praxis de rehabilitación integral percibido por distintos actores involucrados. En prensa *Revista Facultad de Medicina*, Universidad Nacional de Colombia.

Antropología Médica y Terapia Ocupacional: Reflexiones preliminares de una conversación promisoría

Medical Anthropology and Occupational Therapy:
preliminary reflections of a promissory conversation

Vanesa Giraldo Gärtner¹

Recibido: 17 de mayo 2016 • Enviado para modificación: 23 de mayo de 2016 • Aceptado: 10 de junio de 2016

Giraldo, V. (2016). Antropología Médica y Terapia Ocupacional: reflexiones preliminares de una conversación promisoría. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 100-104.



La Antropología Médica es actualmente uno de los campos más fructíferos de las ciencias sociales, debido a la riqueza teórica, los diálogos que establece con una amplia variedad de disciplinas y el área de aplicación que ofrece para profesionales, tanto de ciencias sociales como de ciencias de la salud. El libro *Conceptos claves de Antropología Médica en Terapia Ocu-*

pacional, de Álvaro Pazos Garcianadía (2015), es un riguroso recuento de los conceptos, debates y abordajes metodológicos de esta área. Pazos Garcianadía es doctor en Antropología y profesor titular de la Universidad Autónoma de Madrid, España, con trabajos sobre historia social de la salud, subjetividad y memoria. En este libro el autor toma distancia de las perspectivas utilitaristas de la Antropología Médica como herramienta de la Medicina y reafirma la autonomía de este campo a través dos premisas esenciales: la centralidad del sujeto y la experiencia subjetiva, y el carácter político de los asuntos sanitarios.

El libro está dividido en siete capítulos, los cuales recrean el desarrollo histórico de la Antropología Médica y sus diferentes corrientes de pensamiento. Los primeros tres capítulos: *El paradigma del conocimiento*, *La experiencia de la enfermedad* y *La Antropología Médica Crítica*, describen tres discusiones clásicas que han marcado los prin-

¹ Antropóloga. Magíster en Salud Pública. Estudiante doctoral de Antropología, Universidad de Massachusetts, Estados Unidos. vgiraldo@umass.edu

principales ejes temáticos de este campo de saber, como lo son, la racionalidad de los sistemas médicos, los abordajes fenomenológicos del malestar humano, y la mirada de los procesos de salud y enfermedad desde la economía política. Similar a otros autores que han hecho una reconstrucción de estos debates (Good, 1994; Martínez-Hernández, 2008), Pazos Garciandía inicia su recorrido con los trabajos etnográficos de antropólogos europeos de los años cuarenta y cincuenta, quienes empiezan a preguntarse sobre las creencias y prácticas concernientes a la enfermedad en las comunidades indígenas que estudiaban en África y Oceanía. El análisis de los saberes sobre las enfermedades y sus tratamientos derivó en el entendimiento de los sistemas médicos como conjuntos de conocimientos y técnicas articuladas bajo una lógica común.

Dicha perspectiva cognitivista y funcionalista ha sido criticada porque simplifica los sistemas de salud a unidades discretas conectadas coherentemente con un entorno cultural específico; acepta que existen diversos modos de entender la salud, pero asume que la enfermedad es un fenómeno objetivo y la salud es un deseo universal, y supone que los individuos perciben la enfermedad siempre a través de un sistema de representaciones dadas por la cultura. Este paradigma tuvo una influencia destacable en el estudio de los sistemas médicos no occidentales que buscaron delinear los campos de acción de los sanadores y establecer su relación con los principios socio-culturales de cada comunidad. El autor señala que al reducir las nociones de enfermedad o padecimiento a

categorías culturales específicas, este paradigma reduce la complejidad de la experiencia del malestar, limita una postura crítica frente a la biomedicina y desatiende la importancia del contexto político y económico en el que el padecimiento se inscribe. Sin embargo, conviene señalar que esta perspectiva ha sido dominante, pero no hegemónica como el autor lo sugiere. Desde la década de los setenta, antropólogos y sociólogos en diferentes latitudes han planteado reflexiones críticas frente a las cuestiones de salud en términos de desigualdad de clase y opresión.

Como alternativa al paradigma del conocimiento, Pazos Garciandía reafirma la centralidad de la experiencia del sujeto para entender la enfermedad y el sufrimiento desde la Antropología. Dicha postura trasciende la definición biologicista de enfermedad y cuerpo de la biomedicina, y se opone a los análisis interpretativistas que limitan la perspectiva de los sujetos a la representación de la realidad. En este sentido, el cuerpo no es una entidad objetiva ni simbólica, sino una entidad subjetiva y social que constituye la experiencia de ser en el mundo. La enfermedad entonces es una experiencia corporal de desarreglo, desolación y constante construcción de significado.

Un ejemplo magistral de este tipo de análisis lo presenta Byron Good (1994) en su libro *Medicina, racionalidad y experiencia*, en el capítulo *El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico*. Good analiza el relato de un hombre

que sufre de trastornos de la articulación temporomandibular y describe como el dolor aturde cada una de las dimensiones de su propio mundo, tales como la percepción del sí mismo, el sentido de sociabilidad que nos permite compartir las experiencias del mundo con quienes están a nuestro alrededor y la noción del tiempo. Pese a que Pazos Garcian día no indaga las posibilidades del análisis de la experiencia en Terapia Ocupacional, cabe preguntarse si este abordaje aporta posibilidades teóricas y prácticas para esta disciplina. La enfermedad y la discapacidad son a todas luces fenómenos no comparables, pero pensar los modos en que cuerpos diversos participan en el mundo y configuran nociones de realidad particulares podría ser una pregunta a explorar desde la Antropología y la Terapia Ocupacional.

Retomando el hilo de Pazos Garcian día, la enfermedad como experiencia es reformulada desde la perspectiva de la Antropología Médica Crítica, que la entiende como el producto de factores sociales, políticos y económicos, y no solamente como expresión de la subjetividad. Esta corriente adopta una mirada desde la economía política para comprender los procesos de salud y enfermedad, e incluye como objeto de análisis la biomedicina, en tanto sistema cultural y relaciones de poder.

La preocupación que manifiesta el autor desde el inicio del libro, frente a la subyugación de la Antropología a los intereses de la práctica clínica, es una tensión que ha sido abordada por la Antropología Médica Crítica. A

diferencia de la distancia que sugiere este texto respecto a la Antropología Médica aplicada, varios autores han propuesto alternativas de reconciliación entre una mirada crítica y una práctica comprometida. Por ejemplo, Nancy Scheper-Hughes (1990) desvincula la Antropología Médica de la biomedicina, definiendo la primera como antropología de la aflicción y no antropología de la Medicina. Esta reconsideración del objeto de estudio supone entender la enfermedad como un producto social y reducir los alcances del poder biomédico, poniendo atención a las dimensiones de la aflicción y la sanación, que no son abarcadas por la Medicina. En la misma línea, Singer (1990) afirma que la Antropología Médica no debe conformarse con estudiar la biomedicina, sino aspirar a cambiarla. Para ello, propone el trabajo con proyectos comunitarios que alteren las intervenciones en salud hacia prácticas más inclusivas y menos jerárquicas, en las que el conocimiento médico esté al servicio de las necesidades y demandas de las comunidades.

La investigación basada en comunidades, que en Latinoamérica es mejor conocida como investigación-acción-participativa, aún es objeto de álgidos debates en cuanto a los procesos de colaboración con las comunidades, el significado y las consecuencias del desarrollo, las causas estructurales de los problemas de salud, la validez de diferentes formas de conocimiento, las agendas de los movimientos sociales, entre otros. Esta discusión no es exclusiva de las ciencias sociales, por el contrario, es una preocupación común con disciplinas de carácter más

aplicado, que buscan reflexionar críticamente sobre los retos del trabajo colaborativo con comunidades.

Los programas de promoción de la salud, por ejemplo, son campo de este tipo de reflexiones: ¿Hay una noción universal de salud o bienestar? ¿Quién y bajo qué condiciones se define lo “saludable”? ¿Cómo crear procesos de co-aprendizaje con las comunidades en proyectos que buscan mejorar el bienestar? Allí debe señalarse otro punto de confluencia importante entre la Antropología Médica y la Terapia Ocupacional, que el libro que nos convoca aborda tangencialmente, pero merece destacarse.

En los siguientes capítulos el libro da un paso más allá de la caracterización del paradigma del conocimiento, la experiencia de la enfermedad y la Antropología Médica Crítica, para ofrecer luces sobre la configuración política y económica de la salud en la sociedad moderna y contemporánea. Pazos Garcíandía hace una interesante exploración del análisis de múltiples dimensiones del concepto de salud que va, desde la defensa de Canguilhem (2002) del concepto vulgar de salud como percepción pre-reflexiva de un estado de malestar, en oposición al científico, hasta la definición técnica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que expande la idea de salud a un amplio rango de dimensiones sociales. Este análisis pasa por la salud como realidad histórica, como dispositivo normativo, como objetivo de administración política y como gestión del riesgo.

A partir de tal exploración, los capítulos cinco y seis introducen ideas cla-

ves sobre la constitución histórica de la Medicina como empresa política. Desde la idea Foucaultiana de *biopoder*, la Medicina moderna funciona como aparato de control sobre las poblaciones a través de la vida de los sujetos. A esta perspectiva, ampliamente aceptada en Antropología Médica, el autor añade preguntas acerca del rol de la Medicina en las lógicas económicas capitalistas y en lo que se ha denominado el *biocapital*.

La tercera y última parte del libro se ocupa de la salud internacional, en tanto “sistema de relaciones sociales, económicas y políticas entre naciones y otras instancias sociales, como las agencias nacionales e internacionales, las empresas, las organizaciones no gubernamentales, las iniciativas comunitarias, etc.” (Capítulo 7, párrafo 2). El proyecto de crear estándares de salud globales se remonta a la creación de organismos internacionales después de la segunda guerra mundial, que hacían parte de una estrategia de recomposición de los países y consolidación del sistema capitalista en occidente. Como hitos notables en salud internacional, también conocida como salud global, están la definición de salud propuesta por la OMS en 1948, el modelo de Atención Primaria en Salud de Alma Ata, la Carta de Ottawa para la promoción de la salud y las reformas de ajuste estructural de los años noventa, que aún determinan el funcionamiento de los sistemas de salud en los llamados “países del tercer mundo”. Pese a una ilustradora descripción de estas cuestiones, en este apartado tampoco se crean puentes de diálogo con las ciencias de la salud.

En términos generales, Pazos Garcíandía hace un recorrido detallado por las discusiones claves que han marcado el desarrollo de la Antropología Médica y que definen las corrientes actuales. Gracias a una gran capacidad de síntesis, este texto expone con claridad conceptos básicos de la reflexión antropológica sobre salud y los articula cuidadosamente a través de los siete capítulos. Por tanto, es un buen libro de consulta para quienes, desde las ciencias sociales y las ciencias de la salud, tengan interés en explorar estos caminos teóricos.

No obstante, el título *Conceptos claves de Antropología Médica en Terapia Ocupacional* corresponde parcialmente al contenido; entender entonces la relevancia de estas discusiones para la Terapia Ocupacional es tarea exclusiva del lector. El libro no hace ninguna mención a la Terapia Ocupacional y escasamente se refiere a la variedad de profesiones que se rigen bajo principios biomédicos, pero cuyos campos de acción difieren de la Medicina. Esta omisión limita, por un lado, el estudio de la biomedicina como un campo diverso de conocimientos y relaciones de poder en el que no todos los saberes gozan del mismo estatus y no todos los profesionales tienen el mismo rol social y político. Esta indagación la han hecho algunos estudios con enfoques feministas, los cuales problematizan la constitución de las profesiones biomédicas en tanto relaciones de género, clase y raza (Lorber & Moore, 2002; Lorente-Molina, 2004).

Por otro lado, el énfasis en la autonomía de la Antropología Médica,

excluyendo posibles relaciones con diferentes áreas de la salud, cierra diálogos que pueden ser profundamente constructivos. Esto no significa instrumentalizar la Antropología en función de la biomedicina, sino dar por sentado dicha autonomía y formular nuevas preguntas que tienen un suelo fértil en un campo que, desde sus orígenes, ha sido interdisciplinario.

Referencias

- Canguilhem, G. (2002). *Escritos sobre la Medicina*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality, and experience. Anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lorber, J., & Moore, L.J. (2002). *Gender and the social construction of illness*. Nueva York: State University of New York.
- Lorente-Molina, B. (2004). Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, 26, 39-53.
- Martínez-Hernández, Á. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Pazos Garcíandía, Á. (2015). *Conceptos claves de Antropología Médica en Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Síntesis. Formato digital.
- Singer, M. (1990). Reinventing Medical Anthropology: Toward a critical realignment. *Social Science and Medicine*, 30(2), 179-187.
- Schepter-Hughes, N. (1990). Three propositions for a critical applied Medical Anthropology. *Social Science & Medicine*, 30(2), 189-197.

Presentación del Libro *Terapias Ocupacionales desde el Sur*^{1,2}

Eladio Recabarren Hernández³



En primer lugar quisiera agradecer esta invitación a ser parte del lanzamiento de un libro que, al menos en Chile, marca un antes y un después en la forma en que comprendemos la Terapia Ocupacional en este país y en la región latino e iberoamericana, como adelantan los autores.

Mi entusiasmo por la cuestión social surgió en gran medida por los estudios de mi hermano mayor en la Escuela de Artes y Oficios de la ex Universidad

Técnica del Estado (UTE), que lo llevó a aportar en la generación de valor agregado desde el cordón industrial Cerrillos-Maipú en la empresa Fensa, pasada al área social de la economía en los tiempos en que se pensaba el país para una vida más digna y justa para las y los trabajadores, campesinos y empleados.

Como dice el profesor Guajardo (2016), este libro busca “incomodar el discurso imperante de la TO y promover una postura reflexiva, crítica con respecto a la propia TO” (p. 42).

El libro nos habla de una Terapia Ocupacional leída desde los excluidos y desde las contradicciones cotidianas que enfrentan y enfrentamos, y a veces reconocemos, decenas y cientos de miles de personas. Una Terapia Ocupacional que supera lo estrictamente disciplinar para transformarse en lo que los autores señalan como *Terapias Ocupacionales del Sur*, *Terapias Ocupacionales sin Fronteras* que rompen conscientemente con la matriz anglosajona, desafiándonos a repensar lo que hasta ahora ha sido una profesión cuya comprensión formal está, a

¹ Palabras de Eladio Recabarren Hernández para la presentación del libro en la Universidad de Santiago de Chile (USACH) el 19 de julio 2016. Agradecemos al autor, a Alejandro Guajardo y a la USACH por la cesión de este texto a la Revista Ocupación Humana.

² Simó, S., Guajardo, A., Correa, F., Galheigo, S., García-Ruiz, S. (Eds.). (2016). *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Santiago de Chile: Editorial USACH.

³ Terapeuta ocupacional. Jefe Departamento Políticas y Coordinación Intersectorial, Servicio Nacional de la Discapacidad, Gobierno de Chile. Santiago de Chile, Chile. erecabarren@senadis.cl

mi juicio, ampliamente superada por las prácticas en Chile y en diversos países de la América Latina.

A eso apunta el libro, a una propuesta situada, regional, de corte latinoamericano, centrada en grupos y personas excluidas, vulneradas, donde la práctica de Terapia Ocupacional es ética y políticamente comprometida con los Derechos Humanos y centrada en el acceso a esos derechos.

Como señalan los autores, es un primer esfuerzo colectivo con este fundamento.

¿Es entonces la construcción de comunidades reflexivas solo una materia académica? ¿Se trata de generar una nueva élite, de las que estamos agotados y distantes? Creo que no. Estamos profundamente demandados, por las circunstancias de la vida en el modo capitalista actual, a mirar más allá, y qué mejor que hacerlo con otros y otras.

Vaya por tanto mi saludo a esta comunidad de saberes e historia que son los autores principales de este libro, terapeutas ocupacionales sociales de oficio, que han lidiado con los contextos de desigualdad y exclusión social de Colombia, con una Solángel García empujando lo local, lo distrital, lo latinoamericano y lo gremial, en un país con un contexto de crisis constante y violencia histórica; Brasil, con una Fátima Oliver valiente, en medio de comunidades complejas, apuntando

a otra salud posible para las comunidades y con una voz propia en medio de la reciente crisis política e institucional que ha afectado a la clase política de Brasil y, en especial, al partido de los trabajadores; el valioso aporte de la profesora Sandra María Galheigo, y desde Chile, nuestro querido Alejandro Guajardo, promotor de los Derechos Humanos y la reparación humana en la postdictadura, impulsor de una salud mental comunitaria y docente incansable por otra Terapia Ocupacional posible, a pesar de las barreras propias del poder, la naturalización del temor y el desprecio a lo democrático.

Y por cierto, el aporte de Salvador Simó, de España, quien ha buscado mirar y trabajar con la *otredad excluida* del Norte; acompañando y estudiando un Sur en medio del desarrollo del Norte. Norte que también existe en nuestros países latinoamericanos, y que para lograr la mantención de sus privilegios, necesita apoyar y sostener sistemas de exclusión y desigualdad obscena.

Decenas de otros colegas y experiencias han aportado sus prácticas y reflexiones a este libro⁴, una constante que saludo muy sentidamente en este espíritu de Terapias Ocupacionales sin fronteras. No hay caminos individuales, son los procesos colectivos y conscientemente dialogantes los que nos permiten mantener la esperanza y la confianza de que otra sociedad es posible, y que las y los terapeutas ocu-

⁴ Nota de la editora: Participan en este libro cincuenta autores de Argentina, Brasil, Chile, España, Venezuela y Colombia. Hacen parte de la cuota colombiana: Adriana Caballero, Aleida Fernández, Carmen Helena Vergara, Jaqueline Cruz, Liliana Tenorio, Melania Satizabal, Solángel García, Jeannette Amanda Méndez, Claudia Patricia Rojas y Sara Rubio, terapeutas ocupacionales, y John Jairo Uribe, antropólogo.

pacionales podemos ser parte de esos procesos de cambio.

En mi experiencia de vida, trabajando en barrios populares al Sur de Vespuccio, con el aún vigente equipo de la Fundación EPES (Educación Popular en Salud), desde finales de la dictadura y pasada ya una década de la postdictadura, viví muchas veces un verdadero apartheid y sanción intelectual por parte de los que tenían el monopolio de la Terapia Ocupacional. “Lo que hace Eladio no es TO”, “los estudiantes solo aprenden activismo político”, eso, aún en tiempos en que los militares y agentes de la dictadura conservaban cuotas de poder importantes y en Chile se generaban acciones secretas para exterminar focos de resistencia a las democracias de los acuerdos.

Sin embargo, nunca dudé de que quien está mirando el mundo desde las comunidades, construyendo sus prácticas desde una visión crítica de las desigualdades, quien conoce los derechos humanos desde los testimonios reales de las personas, familias y organizaciones, rompe con las fronteras que el poder vigente busca sostener para evitar las miradas críticas que toda disciplina debe desafiarse a construir.

Este libro es sin duda un aporte enorme, sigue fortaleciendo la comunidad de terapeutas ocupacionales sociales y sin fronteras, sigue alimentando el trabajo por una nueva Terapia Ocupacional posible, dialogando desde el Sur entre actores académicos y terapeutas ocupacionales levantando comunidades de vida y transformación vital en decenas de barrios e instituciones en el continente.

No estamos solos, nunca lo hemos estado, pero si debemos tomar la decisión de avanzar y reconocernos, sostenernos, cuidarnos y transformarnos.

Y ese proceso no es solo desde la Terapia Ocupacional, nos permite hermanarnos con cientos de oficios y prácticas que van más allá de la Terapia Ocupacional y de lo estrictamente disciplinar. Es la vida misma la que está ante nosotros y nosotras, para reconocernos en los pueblos que deben migrar y aprender a vivir en *una cultura diferente*; es nuestra alma la que se hace grande cuando vemos nuestro caminar del lado de las personas viviendo con VIH-SIDA, personas luchando por ser amadas desde sus condiciones u opciones sexuales; desde las personas en situación de discapacidad o desde los pueblos indígenas aplastados en su cultura; mujeres, niños y niñas violentadas por un patriarcado aun plenamente vigente.

Crecemos cuando nos acercamos a enfoques de derechos humanos como pilar de toda nuestro quehacer. Ya no es una opción, es una obligación mirar los proyectos de vida desde un enfoque de derechos humanos, desafiándonos a asumir la perspectiva de género, la multiculturalidad de nuestros pueblos, las prácticas antidiscriminación y de superación de los estigmas de la personas y familias con enfermedad mental.

Ya no es una Rehabilitación de Base Comunitaria únicamente para ampliar coberturas de un Estado que solo subsidia y no garantiza derechos. Podemos hablar y construir sin temor una RBC para un desarrollo inclusivo, basado en las comunidades. No nece-

sitamos permisos, por lo menos para soñarlo y apostararlo desde y con las comunidades.

Como no va ser desafiante este libro, por supuesto que lo es. Gracias compañeros y compañeras, autores principales y aquellos que han aportado. Me siento orgulloso y honrado de ser parte de esta generación, a pesar de los aires que buscan el desaliento, el

abandono y la derrota, seguimos adelante.

Referencias

- Guajardo, A. (2016). Texto inaugural. En S. Simó, A. Guajardo, F. Correa, S. Galheigo, S. García-Ruiz (Eds.) *Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* (pp. 41-60). Santiago de Chile: Editorial USACH.

Intervención en el panel Nuevo modelo de salud y condiciones para la práctica laboral. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 26 de abril de 2016¹

Solángel García Ruiz²

Actualmente soy presidenta electa del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional y trabajo con la Secretaría Distrital de Salud en la conformación del Centro de investigación y educación para la salud. Sin embargo, hoy no represento ni soy delegada de ninguna de estas entidades para realizar esta conferencia, la hago más bien desde la vida y las reflexiones de la misma.

Quiero agradecer a la Universidad Nacional y a los profesores responsables de este seminario por la invitación y el honor que me hacen de compartir con ustedes algunas reflexiones en la tarde de hoy, a propósito de los cincuenta años de las luchas y las resistencias de los programas de Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Fonoaudiología en Colombia y en la Universidad Nacional; seguro que hay la intención de mirar hacia atrás con lo vivido y lo aprendido, lo dicho y lo callado, y con el deseo de mirar hacia adelante.

La invitación que me hacen, si entendí bien, es hacer una reflexión sobre los retos de los profesionales y, por supuesto, de las profesiones de “terapias” –entre comillas–, a partir del nuevo modelo de atención en salud.

Aunque pareciera sencilla la pregunta, la respuesta me ha dado muchas vueltas, entonces, algunas preguntas que me surgen son: ¿cuál es el nuevo modelo de atención en salud?, ¿qué contiene el nuevo modelo de atención?, ¿cuál es el rol y el papel de los profesionales de la rehabilitación en este sentido? y ¿cuál es nuestro futuro en este contexto?

El nuevo modelo de atención en salud, propuesto por el Ministerio de Salud de Colombia, está pensando para resolver las crisis del sistema de salud actual, las crisis relacionadas con el acceso, la equidad, la igualdad. Hace un tránsito de la contingencia al riesgo. Entender este nuevo modelo de

¹ Presentada por la autora el 26 de abril de 2016 en el Auditorio José María Lombana Barreneche de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá. El panel hizo parte del *Seminario Construcciones, luchas y resistencias en el campo de los estudios en rehabilitación*, realizado como parte de las actividades que, con motivo de los cincuenta años de existencia de los programas de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de Colombia, vienen realizando los tres programas curriculares.

² Terapeuta Ocupacional. Magister en Desarrollo Social y Educativo. Presidenta Consejo Directivo Nacional, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional. Centro Distrital de Educación e Investigaciones en Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Bogotá, Colombia. solecita_co@yahoo.com

atención es entrar en el lenguaje del enfoque de gestión del riesgo, del aseguramiento y de un concepto de salud urbana intersectorial. Se espera que con su implementación la atención sea integral, entendida desde los determinantes sociales de la salud, con una articulación de la entidad territorial, las aseguradoras y las prestadoras, estas últimas organizadas en red. El centro de actuación es la persona en el lugar donde se encuentre, ya sea en las áreas rurales, urbanas o dispersas, y la prestación desde la atención primaria y la salud familiar, con enfoque diferencial y la perspectiva del cuidado.

Este es un modelo soportado en el riesgo, que propone una atención desde la promoción, la prevención, la atención, la rehabilitación y la paliación. Con un plan de intervenciones colectivas con acciones soportadas en un análisis de la situación de salud de carácter poblacional, un proceso de planeación en salud y una gestión territorial. Un plan de atención individual que incluye intervenciones específicas por riesgo, a través de procesos de caracterización de la población afiliada, gestión clínica y manejo de la enfermedad.

Este modelo incluye la caracterización de la población acorde con el Plan Decenal de Salud Pública, la regulación de rutas integrales de atención en salud, la implementación de la gestión integral del riesgo en salud, la delimitación territorial, las redes integradas de servicios de salud, la redefinición del rol del asegurador, la redefinición del sistema de incentivos, los requerimientos y procesos del sistema de información, el fortalecimiento del

recurso humano en salud y el fortalecimiento de la investigación, la innovación y la apropiación del conocimiento.

Así, por ejemplo, las rutas estarán organizadas en grupos de riesgo, los cuales son dieciséis, entre los que se encuentran enfermedades cardíacas, cerebro-vasculares, metabólicas manifiestas, infecciones respiratorias y otras. Se asignan roles específicos para los prestadores primarios, los complementarios, las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y el ente territorial. La red del prestador primario es una cascada desde la comunidad, el puesto de salud, el centro de salud y el hospital de baja y mediana complejidad, articulada con los prestadores complementarios de acuerdo con la especificidad que se requiera.

Con relación al fortalecimiento del recurso humano en salud se propone la formación a corto, mediano y largo plazo; la formación para la planeación y la gestión territorial en salud; la armonización del talento humano con el esquema de cuidado integral de la salud y de provisión de servicios, y los asuntos relacionados con la gestión, planificación y condiciones laborales.

Desde el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación para la salud se propone el establecimiento de la rectoría del sistema de salud, estrategia para garantizar su sostenibilidad financiera; la gestión eficiente de los recursos humanos en salud; el fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes; mecanismos efectivos de transferencia de

conocimiento en políticas públicas; investigaciones en el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud, y el fortalecimiento de la capacidad de investigación en salud pública.

Luego de revisar los textos y los documentos se tiene la sensación de que los problemas de salud, o más bien de las enfermedades de los colombianos, quedan resueltas; sin embargo, estas transformaciones exigen de asuntos como suficientes capacidades instaladas, la articulación público - privada y la gobernanza, entre otros.

Son varias las reflexiones, retos y luchas que se avecinan con estas propuestas para las profesiones y los profesionales como nosotros:

1. Desde el punto de vista del fortalecimiento de las capacidades del talento humano y para dar respuesta a las necesidades de la población a partir de este modelo de atención, habría que preguntarse desde qué perspectiva se propone, por ejemplo, desde la educación para el trabajo, el significado de aprender a desarrollar guías y protocolos para la atención a las “enfermedades”, o en una perspectiva para la vida, que nutra los deseos y los intereses de quienes trabajan en la salud. Será que más bien seguimos nuestros instintos emancipadores y le damos camino a procesos de formación que nos permitan comprender los mundos de los sistemas de salud, los sistemas de información, las perspectivas de la seguridad social, los determinantes sociales, políticos, medio ambientales
2. Con este modelo de atención existe el riesgo de perder las personas en el riesgo y en las enfermedades, pues el centro de atención realmente son las enfermedades, aunque el discurso esté puesto en las personas; esto termina siendo antropocéntrico, y realmente el centro debe estar en la vida, en cualquiera de sus expresiones. Así como influye el enfoque diferencial (con el cual no estoy de acuerdo, porque prefiero hablar de lo poblacional o lo interseccional), que tampoco se desarrolla y se pierde dentro de la enfermedad.
3. Por su parte, no se puede olvidar que uno de los principales asuntos del contexto se relaciona con el conflicto o postconflicto armado

y económicos, e ir construyendo conceptos de salud que se parezcan a la vida y las relaciones con los entornos. Desde esta perspectiva, no solo se trataría de aprender mejores técnicas o procedimientos para la atención de un grupo de enfermedades, sino de tener la capacidad de generar propuestas que incluyan los análisis de situación de los grupos poblacionales, las atenciones individuales o colectivas, el desarrollo de investigaciones, entre otros, y la posibilidad de nutrir, recrear estrategias como la rehabilitación basada en comunidad como una forma de hacer promoción de la salud y la calidad de vida de la población. Finalmente, se trata de la posibilidad de construirnos como sujetos políticos con capacidades de comprender y contribuir en las transformaciones de las realidades.

colombiano, de ese que hablamos ahora, de ese que fue parte del silencio de muchas generaciones de colombianos, de ese que tenemos que estudiar, analizar, comprender. Creo que es compartido por todos el desear un futuro donde la confianza, la dignidad y el respeto hagan parte natural de la vida de todos quienes habitamos este país. Así que además de generar proyectos desde la salud mental o cualquier otra área es necesario incluir en los estudios, las historias del conflicto colombiano y su comprensión.

4. Es necesario construir o participar en la construcción de los análisis de situación de salud en Colombia, donde se invite a entender a las poblaciones también desde la ocupación, el movimiento y la comunicación humana; contribuir en la construcción del análisis de situación de la rehabilitación en Colombia. Lo anterior desde la construcción y el desarrollo de las redes de rehabilitación sectoriales e intersectoriales, públicas y privadas, con los prestadores primarios y complementarios. También debemos tener claro el número de profesionales por habitante, el que hay y el que se requiere, las áreas del país cubiertas y las áreas del país donde no hay profesionales dando respuestas a las necesidades y a las capacidades. Estoy segura de que se requiere un mayor número de profesionales para dar respuesta a las necesidades de la población y a la presencia en todas las regiones del país.
5. La construcción de conocimiento y la apropiación social del mismo, alrededor del tema de la rehabilitación, implica claridades respecto a desde cuáles perspectivas se habla y se construye, y cuáles son las contribuciones que hacemos a la vida de las personas, a los programas, proyectos y políticas. De igual forma, es de considerar el debate respecto a las siguientes preguntas: ¿En qué formatos (artículos, libros, etc.) se está socializando el conocimiento?, ¿está dirigido este a la sociedad en general?, ¿a los profesionales?, ¿a los hacedores de políticas? Tenemos las responsabilidades con nuestras profesiones, pero sobre todo, tenemos las responsabilidades con la sociedad y con la vida de este país. Por ello, no solo se trata de la información, sino sobre todo de la comunicación.
6. Entonces, son grandes las responsabilidades con las nuevas generaciones, porque más allá del aprendizaje o enseñanza de las técnicas, es necesario nutrir la formación con las reflexiones filosóficas y epistemológicas del conocimiento, en una construcción de ciudadanos y sujetos políticos quienes contribuirán en el futuro en la comprensión de la situación de salud y en la construcción de respuestas acordes a las necesidades y capacidades de la población en cualquiera de sus contextos. Por ello, los currículos, las prácticas deben ampliar todos los espectros.
7. Desde el punto de vista de la inclusión de los profesionales de “terapias” en los distintos escenarios

de atención de los prestadores primarios, es necesario identificar claramente las terapias: Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Fonoaudiología; cada una con su identidad y su especificidad, cada una con sus liderazgos, cada una con sus aportes y contribuciones para el desarrollo de procesos, cada una en sus contribuciones desde áreas del conocimiento parecidas, pero distintas para la vida. Recientemente, en una reunión de construcción de las orientaciones para los servicios de rehabilitación en los distintos niveles de atención realizada con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), uno de los puntos centrales fue la identificación de las competencias de cada una de las terapias dentro de los procesos de rehabilitación en los diferentes niveles de atención, con miras a construir los lineamientos para las Américas y haciendo especial énfasis en la participación en la promoción de la salud y la vida.

8. A su vez, es necesario tomar medidas y avanzar en el reconocimiento social y político de las profesiones. Mientras las personas con discapacidad (con quienes tradicionalmente hemos trabajado) han hecho parte de una lucha por el reconocimiento como sujetos de derecho en la que seguramente muchos de nosotros hemos participado, no ha sucedido lo mismo con nosotros, los profesionales, quienes seguimos siendo actores de la caridad, manifiesta en las condiciones laborales y en los bajos reconocimientos económicos de nuestra labor.

9. Por otra parte, la participación de los profesionales no debe ser solo en la prestación de los servicios en los distintos escenarios de atención, sino en los distintos procesos (prestación de servicios, administración de servicios, liderazgo y gestión de procesos, investigación, capacitación, entre otros) y con los distintos actores (prestadores, entidades aseguradoras de planes de beneficios y entidades territoriales de los órdenes nacional, departamental y local o municipal). Recientemente, algunos de los terapeutas ocupacionales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, con acompañamiento del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, hemos estado trabajando en la inclusión del perfil profesional de la Terapia Ocupacional en distintos cargos y niveles de la planta de personal, con el ánimo que en el futuro los colegas tengan la posibilidad de aplicar o ser designados en subsecretarías, direcciones, subdirecciones o cargos de alto rango. Sin embargo, más allá de esta abogacía, se requiere que los documentos de la práctica de la profesión (leyes, documentos de competencias, lineamientos, entre otros) estén armonizados; por ejemplo, que la definición de la profesión en la Ley sea lo suficientemente amplia, de manera que dé la posibilidad a los profesionales de desempeñarse en distintas áreas; que las competencias y los grupos en los que estamos insertos en los documentos de talento humano, donde aparecemos en el grupo de terapias, permita a los profesionales el desempeño en

áreas distintas. Entonces, el trabajo es mayor, porque significa que todos los documentos e instrumentos que soportan nuestro actuar profesional deben estar pensados en el futuro, no en el pasado o en el presente; deben tener las prospectivas y las proyecciones del mundo de la vida de los sujetos en este país, de tal manera que siempre exista la posibilidad de aportes desde nuestro conocimiento al desarrollo del mismo.

Finalmente, las luchas y los retos continúan; tenemos todo un futuro por construir y el conocimiento y la com-

prensión de la vida que hacemos es fundamental para el devenir de este país.

Muchas Gracias.

Referencias

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015. Ley estatutaria de Salud*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política Integral de Atención en Salud – PAIS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Guía abreviada para autores

Antes de enviar un artículo a la Revista Ocupación Humana, los autores deben asegurarse de haber leído la “Guía de Autores” completa, disponible en la página <http://www.tocolombia.org/revista-oh/>. Los artículos o documentos deben enviarse al correo electrónico editorial@tocolombia.org, adjuntando la carta remitora con los nombres y firmas del autor o autores, especificando sus correspondientes datos de identificación (nombre, dirección, dirección electrónica y teléfonos). Se anexará además una carta con la certificación de responsabilidad del (los) autor(es), la cesión de los derechos de publicación y la declaración de conflictos de interés. Una vez recibido el artículo y tras la verificación del cumplimiento de los requisitos, la Editora hace su presentación ante los Comités Editorial y Científico, quienes evalúan su mérito científico. Posteriormente el artículo será sometido a evaluación por pares, quienes revisarán y aprobarán su contenido y podrán realizar observaciones sobre el mismo.

La Revista considera la publicación de documentos de los siguientes tipos: Artículos de Investigación, de reflexión, de revisión, reportes de caso, revisiones de tema, cartas al editor, reseñas bibliográficas, artículos cortos y revisiones temáticas.

Los textos presentados reunirán las siguientes características: Elaboración en tamaño carta, letra Arial, tamaño 12, interlineado 1.15, y referencias bibliográficas en letra tamaño 10. La extensión máxima será de 15 páginas, las cuales deben ir numeradas. Debe incluirse un resumen en español e inglés, entre 150 y 200 palabras, con sus respectivas palabras clave (máximo cinco) de acuerdo al índice de Tesoro de la Unesco, los Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS y MeSH. Es responsabilidad de los autores asegurar la calidad de la traducción presentada.

Las tablas y figuras deben estar referenciados en el texto y contener numeración y título, si ya han sido publicadas, se debe mencionar la fuente. Si el artículo cuenta con fotografías, estas deben ser de alta resolución y calidad; si se trata de imágenes de usuarios o pacientes, se debe anexar el respectivo consentimiento para su publicación.

Las figuras y tablas serán enviados en archivos separados del texto, en formato Word para Windows; deben ser legibles, presentados en blanco y negro o en escala de grises. Se deben seguir las

normas de la American Psychological Association (APA), en su última versión publicada.

Las referencias bibliográficas se organizarán en orden alfabético según el primer apellido del autor y se ubicarán en una hoja aparte al final del artículo, con la estructura que se presenta a continuación:

Trujillo, A. (2002). *Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Otro tipo de citación (revistas, artículos electrónicos, entre otros) será consultada por los autores en la norma APA.

Suscripción a la Revista

Los profesionales y estudiantes colegiados reciben en su dirección de correspondencia en Colombia y sin costo alguno, los dos números anuales de la Revista.

Para los interesados no colegiados los costos son:

- Valor unitario: \$20.000
- Suscripción anual para residentes en Colombia (dos números + gastos de envío a nivel nacional): \$50.000.
- Suscripción anual para residentes fuera del país: \$50.000 + gastos de envío (tarifa vigente al momento del envío).

Para suscribirse a la Revista Ocupación Humana diligencie el formato y envíelo por correo postal a la Cra. 9B # 117 A 15, Bogotá - Colombia, o escaneado al correo electrónico editorial@tocolombia.org

Formato de suscripción:

Nombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre(s)	Apellidos(s)
Documento de identidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tipo	Número
Correo Electrónico	<input type="text"/>	
Teléfono fijo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código de área	Número
Celular	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código de área	Número
Dirección de correspondencia	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ciudad/Municipio/Estado	País

