

ISSN 0122-0942

Ocupación Humana

Vol. 15 • No.2 • 2015



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

Revista Ocupación Humana

Vol. 15 • Número 2 • 2015

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

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

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

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

Aleida Fernández Moreno. T.O. Mg. PhD. Universidad Nacional de Colombia.
Alejandro Guajardo Córdova. T.O. Esp. Mg. Universidad Andrés Bello, Universidad de Santiago de Chile, Chile.

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

Adriana María Ríos Rincón. T.O. Esp. Mg. PhD. Universidad del Rosario, Colombia.

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

Colaboradores

Preparación para la publicación en línea: Judith Lorena Salamanca, T.O., Juan Camilo Nempeque, T.O., 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. 9 B No 117A - 15
Bogotá D.C., Colombia
www.tocolombia.org
info@tocolombia.org
Tel: (57)(1) 4606559

Consejo Directivo Nacional Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

Presidenta: Lida Pérez Acevedo

Vicepresidenta: Marisol Cruz Perdomo

Secretaria General: María Angélica Murcia Ramírez

Tesorera: Karol Guerrero Alvarado

Suplente de Tesorera: Lina María Pinzón Quintero

Fiscal: María del Rosario Yepes Camacho

Presidenta Regional Norte: Eliana Peñaloza Suarez

Secretaria Regional Norte: Gloria Maitté Flórez Linares

Presidenta Regional Oriente: Mónica Fuentes Liévano

Secretaria Regional Oriente: Leidy Diana Cuello Reyes

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

*Lida Pérez Acevedo, Liliana Álvarez Jaramillo, Margarita González,
Aída Navas de Serrato* 3

Jane Addams y Eleanor Clarke Slagle: política, equidad social y ocupación
desde los inicios de la Terapia Ocupacional
Rodolfo Morrison J. 5

Intervenção Terapêutica Ocupacional junto à duas jovens com Ataxia de
Friedreich: um relato de caso
*Aristela De Freitas Zanona, Anne Carolline A. Santos, Ana Lucia Gomes
Gonçalves, Marcia Peixoto Da Silva, Renata Nascimento Dos Santos,
Ricardo Passos Do Espirito Santo, Tatiana Menezes Silva Dos Santos,
Maria Natália Santos Da Silva* 18

Discurso para la apertura del Programa de Terapia Ocupacional en la
Escuela Nacional del Deporte, Cali, 27 de abril de 2015
Solángel García Ruiz 31



Editorial

El año 2016 marcará un evento histórico en el desarrollo de nuestra profesión en el país, con la celebración de los primeros 50 años de formación profesional en Terapia Ocupacional en Colombia. A lo largo de este tiempo, diversos acontecimientos y contextos sociales y económicos han marcado nuestra profesión; hoy, queremos hacer un alto para invitar a los lectores de la Revista Ocupación Humana a reflexionar sobre las implicaciones de medio siglo de historia y el compromiso que tenemos por delante, que nos conducen a avanzar hacia nuestro primer centenio.

La Terapia Ocupacional en Colombia tiene matices únicos y una voz que hoy hace eco en las reflexiones mundiales sobre ocupación, participación y salud. Nacida y moldeada bajo las presiones propias de un país sumergido en profundas inequidades sociales y económicas, y en un conflicto armado con raíces insondables, la concepción de ocupación que hemos forjado como profesión trasciende el quehacer cotidiano y se mezcla con la identidad, la dignidad y las dinámicas de poder, saber y ser. Es esa concepción, esa voz que emerge de una historia como pocas, la que ha ganado fuerza en las esferas internacionales y hoy se posiciona como la esperanza de profesionales que, como nosotros, navegan en situaciones de conflicto, o post-acuerdo, y que también reconocen las nuevas visiones y opciones del ser humano funcional y diverso.

Un ejemplo de esta voz que se amplifica, es que Colombia haya sido elegida para ser anfitriona de la 32ª Reunión de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) para el año 2016. Este evento, que se lleva a cabo cada dos años, congrega a los delegados de todos los países miembros de la WFOT en una semana llena de importantes discusiones, toma de decisiones y definición de políticas fundamentales para nuestra profesión. Adicionalmente, se constituye en una oportunidad para que los desarrollos propios del país anfitrión y la región tomen roles protagónicos, y para animar alianzas y actividades de conocimiento, crecimiento y cooperación internacional en todos los frentes. La elección de Colombia como anfitriona es motivo de orgullo, pero sobre todo, resalta las responsabilidades y compromisos que hoy, a las puertas de celebrar estos 50 años de formación profesional, adquirimos con los colectivos nacionales y con la comunidad internacional.

De otra parte, el próximo XVI Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional se constituye en el escenario ideal para reflexionar

juntos sobre estos 50 años, alrededor de las prácticas y saberes tradicionales que nos han permitido forjar los caminos que hoy recorreremos y, al mismo tiempo, desarrollar una visión conjunta del futuro a partir de los saberes y prácticas emergentes que prometen ampliar escenarios y construir nuevas rutas hacia el fortalecimiento de la ocupación como pilar de la innovación, la justicia y la participación.

Les invitamos entonces a navegar por estas páginas, conscientes del momento histórico: somos parte de una profesión que de manera persistente ha generado estrategias para que nuestro país sane, emerja; hemos ocupado espacios, tiempos; hemos ayudado a formar ciudadanía. Mientras recorren la Revista, les invitamos también a reflexionar sobre la importancia de construir gremio, de unirnos, de propulsar cambios y transformaciones de manera colectiva.

En 2016 les esperamos entonces para compartir, en y con el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, la continuación de su proyecto misional en pro de los derechos humanos, la justicia, la participación y el bienestar para todos los colombianos.

Lida Pérez Acevedo

Presidenta, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

Liliana Álvarez Jaramillo

Delegada Principal Colombia, WFOT

Margarita González

Primera Delegada Alterna, WFOT

Aída Navas de Serrato

Segunda Delegada Alterna, WFOT

Comité de Planeación del XVI Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional y la 32ª Reunión de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)

Jane Addams y Eleanor Clarke Slagle: política, equidad social y ocupación desde los inicios de la Terapia Ocupacional

Jane Addams and Eleanor Clarke Slagle: politics, social equity and occupation from the beginning of Occupational Therapy

Rodolfo Morrison J.¹

Recibido: 10 de agosto 2015 - Enviado para modificación: 20 de noviembre 2015 - Aceptado: 1 de diciembre 2015

Morrison, R. (2015). Jane Addams y Eleanor Clarke Slagle: política, equidad social y ocupación desde los inicios de la Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 15(2), pp. 5-17.

Resumen: El objetivo del artículo es describir y reflexionar sobre algunas ideas y perspectivas de dos mujeres relevantes en el origen de la Terapia Ocupacional: Eleanor Clarke Slagle, y su mentora, Jane Addams. Ambas, a principios del siglo XX, desarrollaron acciones y constructos teóricos relacionados con la igualdad de género, la política y la justicia social; además, trabajaron juntas en un asentamiento social denominado *Hull House*, centro de gran influencia en Estados Unidos, principalmente por expandir el poder de las mujeres y por participar como generador de políticas a favor de la erradicación de las diferencias de clase y género. Este trabajo explora la vida de Clarke Slagle, sus relaciones con Addams y su fuerte lucha respecto a "lo social", presente en los inicios de la disciplina. Se evidencia como Addams y su enfoque en la equidad social, incluyendo la igualdad de género y el derecho a desempeñar diversas ocupaciones, fueron una piedra edificante para la Terapia Ocupacional que forjó Clarke Slagle, junto con otros pioneros de la disciplina.

Palabras clave: Historia, Terapia Ocupacional, feminismo.

Abstract: The aim of this paper is to describe and reflect on some of the ideas and perspectives of two important women relevant to the origins of Occupational Therapy: Eleanor Clarke Slagle, and her mentor, Jane Addams. In the early twentieth century, both developed actions and theoretical constructs related to gender equality, political and social justice, also both worked together on a social settlement called *Hull House*, a center of great influence in the United States, primarily for expanding women's empowerment and participating in crafting public policies in favor of the eradication of class and gender differences. This paper explores the life of Slagle, her relationship with Addams and her fierce struggle to address social issues, present at the beginning of the discipline. It makes evident how Addams and her focus on social equity, including gender equality and the right to participate in various occupations, were a milestone for Occupational Therapy. They were forged by Slagle along with other pioneers of the discipline.

Key words: History, Occupational Therapy, feminism.

¹ Licenciado en Ciencias de la Ocupación, Terapeuta Ocupacional. Doctor y Máster en Lógica y Filosofía de la Ciencia. Académico y coordinador, Área Investigación, Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sociedad Chilena de Ciencia de la Ocupación. Comité de Estudios en Ciencia de la Ocupación. Núcleo I+D Gestión para la Diversidad, Área de Trabajo Social, Universidad de Chile. rodolfomorrison@med.uchile.cl - morrison.rodolfo@gmail.com

Introducción

“El terapeuta ocupacional (...) debe mirar el pasado y al futuro. Del pasado adquiere la razón de ser, del futuro recibe una invitación para aplicar su herencia a colaborar en el desarrollo de una nueva sociedad”.
(Guillette, 1973, p. 51).

Este artículo sintetiza y propone diversas reflexiones del autor sobre algunas perspectivas iniciales de la Terapia Ocupacional, en donde se destacan conceptos como política, justicia social e igualdad de género. Para ello, se presenta parte de la vida de Eleanor Clarke Slagle y algunas de sus relaciones y construcciones teóricas efectuadas gracias a los fundamentos teóricos de Jane Addams.

Así, un aspecto relevante es considerar que la historia de la Terapia Ocupacional presentaría más de una versión (Morrison, 2011a). En una se expondría una perspectiva en la cual los varones son los generadores del conocimiento y de la fundación de la disciplina, y en otra, versión alternativa, se identificaría como esta fue generada, difundida y posicionada por mujeres.

Esta afirmación se sustenta en los *estudios feministas sobre la ciencia* (González y Pérez, 2002), que permiten una posición para criticar la historia “oficial” por considerarla androcéntrica y alejada de “la realidad de los hechos”. Además, se plantea desde esta perspectiva que el conocimiento ha sido validado y construido solo por varones, incluso, por un grupo reducido de ellos, a saber: blancos, cristianos, heterosexuales y de clase media (Haraway, 1991), lo que genera maneras particulares y perspectivas ses-

gadas de validar lo que entendemos por “realidad”.

Una historia que no es justa con las mujeres y un conocimiento que no considera sus puntos de vista, son representaciones sesgadas de la realidad, lo que impide una concepción más amplia, justa y objetiva de lo que observamos y conocemos.

Desde este posicionamiento epistemológico feminista se establece que una de las figuras más relevantes en la construcción de la Terapia Ocupacional fue Eleanor Clarke Slagle. Ella habría sido una piedra angular en el desarrollo de la disciplina, debido a que contribuyó con fuertes fundamentos teóricos empleados hasta hoy por las y los terapeutas ocupacionales, y por expandir la profesión formando profesionales y posicionándola en centros hospitalarios (Kielhofner, 2009; Metaxas, 2000; Morrison, 2011a; 2011b; Sanz y Rubio, 2011).

Los fundamentos de Slagle provendrían de diferentes corrientes teóricas como el tratamiento moral, el movimiento de artes y oficios, el movimiento de higiene mental y el pragmatismo (Morrison, 2014). Estas perspectivas se consolidaron en lo que se conoce por Terapia Ocupacional, a raíz de un curso tomado por Slagle en la Hull House en 1911 (Breines, 1986; Quiroga, 1995). En este curso, Slagle se vincularía más de cerca con la Hull House y con las ideologías de las decenas de mujeres que trabajaban allí. Una de ellas, la cofundadora de la Hull House, Jane Addams.

Jane Addams fue la primera mujer del continente americano en ganar el Pre-

mio Nobel de Paz, en 1931, y es reconocida como una de las cien mujeres más influyentes de todos los tiempos (Kuiper, 2010); desarrolló una política social fundamentada en el pragmatismo y en la igualdad de género, que influyó a Slagle (Breines, 1986; Knight, 2005).

A continuación se revisa parte de las vidas de Slagle y Addams, se presenta un esbozo de su importante trabajo, sus desarrollos teóricos, y cómo estos posicionaron conceptos como política, equidad social y ocupación desde los inicios de la disciplina, por lo que son parte inherente de la formación de terapeutas ocupacionales.

Eleanor Clarke Slagle. Breve biografía y relaciones con la Hull House

Eleanor Clarke Slagle nació en Hobart, Nueva York, en 1871. Fue la menor de dos hermanos, sus padres fueron William John Clarke y Emmaline J. Clarke (su apellido de soltera era Davenport) (James, 1971; Quiroga, 1995; Metaxas, 2000; Kielhofner, 2009; Encyclopædia Britannica, 2011; Sanz Valer y Rubio Ortega, 2011).

Emmaline Davenport se casó a los 16 años de edad con William Clarke, arquitecto de 36 años, después de que este retornara como segundo teniente de la Infantería de Nueva York durante la Guerra Civil en Estados Unidos. Tuvieron a su primer hijo, John, en 1896, y dos años después a su segunda hija, antes de que Emmaline cumpliera 20 años (Quiroga, 1995; Sanz y Rubio, 2011).

Según la historiadora Virginia M. Quiroga (1995), la infancia de Clarke Sla-

gle fue similar a la de otras niñas y niños de su época, marcada por una tradicional división de los roles de género; su padre, un hombre estricto y frío, inculcaba reglas y responsabilidades, mientras su madre, con tono suave, consentía a sus hijos.

Clarke Slagle estudió música entre 1885 y 1886 en Claverack College. El objetivo de esa escuela no era inculcar valores cívicos de responsabilidad o participación (características por las cuales se destacaría en su adultez), sino educar en “maneras refinadas, carácter social elevado, un gusto culto y valores cristianos” (Sanders, citado por Quiroga, 1995, p. 43); ello hace suponer que gran parte de sus valores sobre la responsabilidad social provendrían de su familia.

Historiadores e historiadoras relatan que Clarke Slagle no dejó documentos relacionados con su vida personal, por lo que existen vacíos sobre su adolescencia, su vida de casada y la época previa a su vinculación con la Hull House (Quiroga, 1995).

Pese a lo anterior, se sabe que se casó con Robert E. Slagle en 1894. Robert era hijo del reverendo Peter y la señora Cordelia Slagle, ambos de Chicago. Se desconoce en qué trabajaba Robert para vivir, cómo se conocieron, si su matrimonio fue feliz, si tuvieron hijos, por qué vivieron en San Luis o por qué se divorciaron (Quiroga, 1995). Así pues, no se tienen datos sobre los 17 años que Eleanor estuvo casada con Robert, ni cómo habría llegado en 1911 a la Escuela de Cívica y Filantropía de Chicago (Chicago School of Civics and Philanthropy), por

ello, es difícil identificar con precisión las influencias que la llevaron a ser una líder de la Terapia Ocupacional (James, 1971).

En un documento de 1934, Clarke Slagle señaló que desde hace algunos años había estado interesada en la injusticia social hacia las personas con discapacidad física y enfermedad mental, debido a las influencias del profesor Henderson, de la Universidad de Chicago, así como de Jane Addams y Julia Lathop, de la Hull House, quienes habrían sido su inspiración para implicarse aún más en las reformas de salud mental, bajo el Movimiento de Higiene Mental.

Pese a lo anterior, algunas autoras y autores, entre ellos Quiroga (1995), Metaxas (2000) y Kielhofner (2009), refieren que la familia de Clarke Slagle, y sus condiciones de salud, ejercieron una fuerte influencia sobre ella, impulsándola a interesarse en un método que permitiera a las personas con algún tipo de incapacidad participar en actividades sociales y lograr una mejor calidad de vida.

Clarke Slagle estuvo rodeada de familiares muy cercanos con enfermedades que reducían su capacidad para desenvolverse en la sociedad. En ocasiones fue la “vigilante” de la familia y su experiencia le sirvió para estar preparada para el trabajo con personas con discapacidad física o mental (Quiroga, 1995).

Su padre regresó de la Guerra Civil con un grado de inmovilidad parcial, producto de un disparo en el cuello (Sanz Valer y Rubio Ortega, 2011). Su hermano John contrajo tuberculosis

en su juventud y habría desarrollado adicción al alcohol, impulsado por diferentes problemas emocionales; ella luchó junto a él intentando resolverla, hasta que este falleció en un accidente automovilístico en 1933.

El hijo de John, Jack, sobrino de Clarke Slagle, contrajo poliomielitis en 1908 a la temprana edad de dos años, lo que limitó la movilidad de su brazo derecho, reduciendo a su vez sus habilidades para desempeñar las actividades de su vida diaria. Durante los años veinte, John puso a Jack bajo la tutela de su hermana, mientras él trabajaba en el Congreso de Estados Unidos como abogado (Quiroga, 1995).

Las experiencias con su padre, su hermano y su sobrino habrían sido las razones por las cuales Clarke Slagle buscó una manera de ayudar a personas con dificultades. Bajo los fuertes mandatos de género de su época, necesitó un nuevo significado para “ganarse la vida” después de su separación, por lo que tales experiencias fueron fundamentales para que dedicara su vida a la Terapia Ocupacional (Quiroga, 1995, p. 45).

Clarke Slagle, mientras trabajaba en el hospital de Kankakee (Illinois), habría observado los efectos nocivos de la inactividad, surgiendo su preocupación por el uso de artes y oficios en el tratamiento de personas con enfermedad mental (Sanz Valer y Rubio Ortega, 2011).

En 1911 comenzó a interesarse en la reforma de salud impulsada por el Movimiento de Higiene Mental, tomando el curso *Curatives occupations and recreations* (Ocupaciones curativas y

recreación) en la Escuela de Cívica y Filantropía de Chicago, perteneciente a la Hull House y dictado por Julia Lathrop (1858-1932) (Metaxas, 2000; Kielhofner, 2009; Sanz Valer y Rubio Ortega, 2011). La metodología de este curso fue muy innovadora para la época, las estudiantes aprendían teóricamente por medio de lecturas y recibían entrenamiento en oficios, además de experiencia en la práctica clínica (Quiroga, 1995).

Fue entonces cuando comenzó a vincularse cercanamente con la Hull House, que para ese tiempo era el motor de la reforma social en Estados Unidos y fue centro del feminismo por décadas. En ese lugar muchísimas mujeres, lideradas por Jane Addams, introdujeron a la cultura estadounidense la posibilidad de un cambio en la estructura de la sociedad; uno de sus conceptos estaba vinculado a la igualdad en el desempeño de diferentes ocupaciones por parte de la sociedad, lo que puede relacionarse con el concepto contemporáneo de Justicia Ocupacional (Townsend y Wilcock, 2004).

Antecedentes de la formación de Eleanor Clarke Slagle como terapeuta ocupacional

Clarke Slagle se formó como terapeuta ocupacional en un ambiente muy particular, producto de diferentes revoluciones de las cuales podemos identificar tres: *sociales, políticas y epistemológicas* (Breines, 1986; Quiroga, 1995; Morrison, 2011a; 2011b;).

Primero, el movimiento feminista, entendido como la segunda ola que comienza a principios del siglo XX,

corresponde a una revolución social que buscaba reivindicar y posicionar el rol de las mujeres en el espacio público (Freedman, 2003). Las mujeres durante años habían permanecido en sus hogares al cuidado de sus hijos y orientadas a un rol secundario en la sociedad; en aquel entonces exigieron salir a la calle, manifestarse y argumentar cómo sus cualidades “naturales” para el cuidado y el servicio debían ser puestas en práctica a favor de la sociedad (Quiroga, 1995). Exigían igualdad frente a sus pares varones y manifestaban que no soportarían más que sus opiniones no fueran escuchadas.

Una segunda revolución corresponde a lo político. Las fuertes diferencias de clase presentes en los inicios de 1900 en Estados Unidos, generaron varios cuestionamientos a las reformas laborales. Lo anterior, sumado a la potente entrada de inmigrantes provenientes principalmente de Europa y a la segunda revolución industrial (1870-1914, aprox.), provocó que las políticas públicas fueran puestas en tela de juicio por el movimiento obrero. En este sentido, y debido a que los trabajadores laboraban más de doce horas al día, se buscaron diferentes alternativas para “reparar” su salud mental. Es así como se fortalecen el *Movimiento de Artes y Oficios* y la *Higiene Mental*, ambos orientados a mejorar la salud de las personas (Addams, 1895). Julia Lathrop, trabajadora social de la Hull House, habría propuesto a Clarke Slagle cómo aplicar estas disciplinas en los hospitales (Quiroga, 1995).

Una tercera revolución corresponde a lo epistemológico. Durante el siglo XIX la ideología que explicaba la mayo-

ría de los fenómenos alrededor era el *racionalismo fundamentalista bajo un enfoque positivista* (Echeverría, 1998). Se establecía una verdad objetiva, externa al ser humano, comprobable, única y universal; así como un conocimiento positivo, lineal y acumulable, del cual se podía dar cuenta a través de la mente (la que estaría separada del cuerpo) (Marcos, 2010). A fines del siglo XIX se comienza a cuestionar esta manera de comprender la ciencia y la realidad, uno de esos cuestionamientos provenía del *pragmatismo*.

El pragmatismo señala de qué manera la verdad será relativa a los observadores de acuerdo a los métodos que se empleen para mirar, indica cómo no es posible escindir al objeto del sujeto y explica cómo la mente no está separada del cuerpo. El pragmatismo rompe con los cánones tradicionales de verdad entregando a las ideas validez y verdad, de acuerdo a su utilidad en la sociedad (Addams, 1902; Pierce, 1907; James, 1909; Dewey, 1916). Desde esta perspectiva *la verdad es variable y constantemente cambiante, de acuerdo a los requerimientos de la sociedad* y no sólo de los métodos que se empleen, los cuales no tendrían la característica de ser objetivos *per se*.

En medio de estas tres revoluciones, Clarke Slagle se formó como terapeuta ocupacional en la Hull House de Jane Addams.

Jane Addams y la Hull House

Jane Addams fue sin duda una mujer excepcional. Su fuerte causa a favor de la cohesión social estaba fundamentada en la ideología pragmatista que inundaba los círculos intelectua-

les de Estados Unidos (Knight, 2005). Desde la perspectiva frente a la cual nuestras ideas son “representaciones mutables de la realidad” (James, 1909), Addams creaba “realidades” en la práctica que luego eran “teorizadas”, o fundamentadas o descritas en términos teóricos y viceversa, en una reciprocidad constante, recursiva, sistémica y circular (Addams, 1895; 1902; 1912a; 1916). Esto era, como el pragmatismo lo señala, integrar la teoría y la acción desarrollando una filosofía aplicada inmersa en la acción social, involucrando una perspectiva de género y de clases sociales, un tipo de pragmatismo mucho más radical que el expuesto por otros teóricos (Hamington, 2006).

Addams (1902; 1916) comprendía que las desigualdades sociales representaban aprendizajes y hábitos arraigados en la sociedad, los cuales con esfuerzo podrían ser modificados. Sin embargo, éstos no podían ser impuestos por un externo sin conocer la realidad y el concepto de verdad de quienes se pretendía ayudar; de este modo, criticó la labor de ciertos *settlement workers* (trabajadores de la caridad) que suponían conocer o preconocer las necesidades y carencias de la gente, manifestando su creencia en una “moral superior”, y que en muchas ocasiones culpaban a las mismas personas por su situación de pobreza (Addams, 1902).

Addams mantuvo la convicción de que las personas y las comunidades son capaces de crear nuevas realidades para mejorar su calidad de vida; refería que la fuerza de la democracia es inimaginable y que en su camino

muchas veces son necesarios diferentes intentos para evidenciar sus beneficios. Lo anterior implica que las acciones deben analizarse por sus aspectos permanentes o transitorios y que, en ocasiones, pueden darse situaciones desagradables (malos entendidos, disputas), necesarias para la consecución de derechos y triunfos que beneficien a las sociedades futuras (Addams, 1895).

De este modo, desde la *ética social* (concepto desarrollado por Addams), las virtudes individuales serán preservadas en un nuevo universo moral gracias a las manifestaciones de diferentes minorías o grupos oprimidos o desvalidos, como por ejemplo el movimiento obrero o la manifestación de las mujeres, quienes buscan en la sociedad un cambio de su concepción de la verdad (Levingston, 2001), ideas que posibilitan las acciones sobre las reformas radicales o los cambios de la sociedad.

Este tipo de pragmatismo es feminista en la medida en que defiende la igualdad entre hombres y mujeres, y postula que en una sociedad democrática deben participar todos. El mutuo acuerdo y la inteligencia común eran formas de llegar a ello (Hamington, 2006).

En esta misma línea, Addams (1916) realizó una activa crítica a los sesgos de género presentes en su época, denunciando las desigualdades e injusticias cometidas en contra de las mujeres. Establecía que para el *progreso social* (lateral) es fundamental la diversidad de opiniones, por lo que era esencial “dar una voz” a las personas que se encontraban en situación de margina-

lidad. De esta manera, promovía que las mujeres inmigrantes de la clase trabajadora tuvieran ideas relevantes para contribuir a la comunidad, las cuales debían ser escuchadas y consideradas (Hamington, 2006). Una expresión de lo anteriormente descrito fue la Hull House.

Relevancia de la Hull House

En 1889, dos mujeres, Jane Addams y Ellen Gates Starr (1859-1940) fundaron la Hull House, un asentamiento social considerado “el corazón de la reforma de mujeres en Chicago” (Quiroga, 1995, p. 37). Esta institución contribuía a la formación política, profesional y laboral de muchas mujeres de Chicago, además de brindar apoyo a muchas familias, principalmente inmigrantes, en el contexto de la era industrial (Addams, 1912b; 1916; Knight, 2005; Miranda, 2007; Kuiper, 2010)

Uno de los objetivos de la Hull House fue crear un lazo entre las mujeres y algunos varones progresistas de clase media, con los grupos de personas pobres e inmigrantes que formaban parte de la industrializada ciudad de Chicago (Addams, 1912b).

La Hull House estaba conformada completamente por mujeres progresistas de clase media, que vivían una vida alternativa al matrimonio y la familia, y que participaban de manera activa en las reformas públicas de la sociedad (Metaxas, 2000; Quiroga, 1995). A cargo de Addams, la Hull House lideró el movimiento de los asentamientos sociales en Estados Unidos, y expandió el dominio de “lo femenino”, redefiniendo nuevos

roles para miles de mujeres, quienes comenzaban a salir cada vez más de sus hogares (Wade, 2005). En 1911, existían 215 asentamientos sociales, y el 53% eran sólo de dominio femenino (Quiroga, 1995). Esto motivaba a muchas mujeres a tomar nuevas funciones y empoderarse frente a las reformas sociales del país.

La Hull House ayudaba a la clase trabajadora de Chicago. Las mujeres estudiaban las condiciones y circunstancias en las cuales vivían sus vecinos, lo que se traducía, por un lado, en ayuda material inmediata, y por otro, en la elaboración de teorías al respecto, tarea que compartían con la Universidad de Chicago (Metaxas, 2000; Miranda, 2007).

Las mujeres de la Hull House pensaban que empleando métodos científicos para analizar las condiciones sociales, de salud, educacionales y económicas de la sociedad, se podría educar al respecto, aumentando el interés por las reformas y logrando cambios para mejorar la comunidad (Quiroga, 1995; Wade, 2005; Miranda, 2007).

El trabajo de las mujeres obreras de Chicago era apoyado por la Hull House, desde la apertura de centros diurnos para sus hijos (Quiroga, 1995), hasta su participación en las políticas públicas de la ciudad; las líderes de la Hull House procuraron ser estrategias para luchar por los derechos de la clase obrera trabajadora, por ejemplo, formando puentes entre ellas y los varones más influyentes del Estado (Knight, 2005).

Otro de los fuertes lazos que establecieron, fue con los Clubes de Mujeres,

los cuales financiaban diferentes proyectos como jardines infantiles para niños en situación de pobreza y otras fuentes de empleo para mujeres de clase obrera (Quiroga, 1995).

Clarke Slagle y el desarrollo de la Terapia Ocupacional

Por sus grandes contribuciones a la profesión, Clarke Slagle fue llamada por sus colegas “la Jane Addams de la Terapia Ocupacional” (Quiroga, 1995; Metaxas, 2000). Una vez terminado el curso en la Escuela de Cívica y Filantropía de Chicago, Clarke Slagle trabajó en diferentes hospitales de Michigan y Nueva York, donde organizaba y posteriormente analizaba clases reeducativas para personas con enfermedad mental. Poco a poco fue creciendo el reconocimiento por su trabajo en la aplicación de ocupaciones como tratamiento y fue aumentando su contacto con los líderes del Movimiento de Higiene Mental. Su innovador método de “reeducación” la llevó a dirigir el primer departamento de Terapia Ocupacional en *Henry Phipps Psychiatric Clinic of Johns Hopkins Hospital*, liderado por el psiquiatra Adolf Meyer (Breines, 1986; Quiroga, 1995; Metaxas, 2000).

Mientras que Clarke Slagle trabajó con Meyer (entre 1912 y 1914) (Sanz y Rubio, 2011), visitó frecuentemente a su amigo William Rush Dunton (uno de los padres de la Terapia Ocupacional, junto a Meyer). Así, comenzaron a formular la idea de organizar una asociación que promoviera el uso de las ocupaciones como tratamiento, por lo que, siguiendo la división de roles de género de la época, Dunton se preocupó de ser portavoz y difu-

sor por medio de artículos científicos que explicaban las relaciones teóricas entre la Terapia Ocupacional y la Psiquiatría, incluyendo los aportes teóricos de Meyer². Simultáneamente, Clarke Slagle aumentaba su experiencia clínica y promovía la Terapia Ocupacional por medio de las redes sociales de mujeres, además realizaba diferentes consultorías a Dunton sobre ocupación en el Instituto *Sheppard Pratt*, (Breines, 1986; Quiroga, 1995).

Clarke Slagle mejoró de forma notable sus métodos trabajando con Meyer, incluso desarrolló el considerado primer método de intervención en Terapia Ocupacional, denominado *Entrenamiento en hábitos* (Kielhofner, 2006; 2009; Sanz y Rubio, 2011). Esta técnica tenía por objetivo la “reeducación” de los y las pacientes con enfermedades crónicas, buscando el desarrollo de nuevos hábitos “decentes”, “dignos” y necesarios para la vida; como también, la sustitución de hábitos nocivos, para lo cual, dentro de un programa individualizado, se indagaban maneras de reemplazarlos por otros “mejores” o que fueran en beneficio de su salud (Clarke-Slagle, 1944).

En 1914, Clarke Slagle regresó a Chicago a dar una serie de conferencias sobre Terapia Ocupacional en la Escuela de Cívica y Filantropía (Hull House), y comenzó a participar a tiempo completo en la expansión de la Terapia Ocupacional y en los movimientos de reforma en la salud mental (James, 1971; Quiroga, 1995; Metaxas, 2000). En 1915 estableció la

primera escuela profesional de Terapia Ocupacional de Estados Unidos: *The Henry B. Favill School of Occupations*, perteneciente a la Hull House, y bajo la jurisdicción de la Sociedad de Higiene Mental de Illinois (Breines, 1986, Sanz y Rubio, 2011).

En el año 1917, Clarke Slagle era superintendente de los departamentos de Terapia Ocupacional del Estado de Illinois, tras haber sido propuesta por el Gobernador, cargo que implicaba la supervisión de todos los hospitales de ese estado (Sanz y Rubio, 2011). Ese mismo año se fundó la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional (*National Society for the Promotion of Occupational Therapy - NSPOT*), en la cual participaron George Edward Barton, William Rush Dunton Jr., Thomas B. Kidner, Isabel G. Newton, Susan Cox Johnson y Eleanor Clarke Slagle (Quiroga, 1995; Pelouquin, 2007; Talavera, 2007; Gordon, 2008), precursores procedentes de diversas áreas del conocimiento, que tenían en común el conocer los beneficios de la ocupación utilizada como terapia, y confiar en que este saber debiese estar a cargo de profesionales formados especialmente y de manera autónoma para ello.

En 1919, Clarke Slagle fue elegida como la primera mujer presidenta de la NSPOT, mientras se celebraba la tercera reunión en la Hull House de Chicago (Talavera, 2007). En dicha reunión, Jane Addams expresó a los asistentes la importancia de la Terapia Ocupacional y la higiene mental en la transformación social (Quiroga,

² Uno de los textos más destacados de Dunton fue *Reconstruction therapy*, de 1919.

1995). Bajo su presidencia, en 1920, Clarke Slagle propondría el cambio de nombre de la asociación; un año más tarde, la NSPOT cambió su nombre a la actual Asociación Americana de Terapia Ocupacional (*American Occupational Therapy Association* -, AOTA) (Quiroga, 1995; Metaxas, 2000).

Conclusión

Addams y Clarke Slagle pertenecieron a la primera generación de mujeres que transitó entre el voluntariado y las actividades remuneradas, lo que significó que su labor se vinculase a un “trabajo” como el de los varones, lo que solo algunas décadas atrás era impensado.

Los fundamentos de Addams y Clarke Slagle se relacionaban con el rol político de las mujeres en la sociedad y con la abogacía por la igualdad de género frente a las decisiones que eran tomadas en el país. Con esa base, Clarke Slagle fue una de las fundadoras más potentes de la disciplina en el año 1917.

Este trabajo exploró sus vidas y relaciones, destacando “lo social” presente desde los inicios de la profesión, lo que nos permitiría comprender a cabalidad que la Terapia Ocupacional siempre ha tenido fundamentos teóricos vinculados a sus principios constituyentes.

Lo anterior es concordante con la diversidad de bibliografía, especialmente latinoamericana, sobre la perspectiva social de la disciplina (Da Rocha, 2008; Galheigo, 2012; Ampuero, Villegas & Muñoz, 2014; Navarrete, Cantero, Guajardo, Sepúlveda & Mo-

runo, 2015), entendida también como *Terapia Ocupacional Social* (Dias, Garcez & Esqueda, 2006; Barros, De Almeida & Vecchia, 2007; Reis, Barros & Uchidomari, 2010; Malfitano, Lopes, Magalhães & Townsend, 2014, Esqueda, Malfitano, Silva & Borboa, 2015). Además, con las diversas propuestas internacionales, tanto desde Terapia Ocupacional como desde la Ciencia de la Ocupación, que tienen como foco central resolver problemáticas sociales (Pollard, Sakellariou, & Kronenberg, 2009; Galvaan, 2012; Angell, 2014; Simó & Townsend, 2015; Ramugondo & Kronenberg, 2015).

Addams y su enfoque en la equidad social, incluyendo el género, la “clase” y las ocupaciones, fueron una piedra edificante para la Terapia Ocupacional que forjó Clarke Slagle junto con otros pioneros de la disciplina.

En el actual *Paradigma Social de la Ocupación* que caracteriza a la Ocupación Humana como un fenómeno complejo, sistémico, político y vinculado a la salud, la cultura, la justicia y el bienestar de las comunidades del mundo (Morrison, Olivares y Vidal, 2010), al revisar nuestros inicios como disciplina podemos identificar cómo el enfoque social de la profesión siempre ha estado presente, incluso desde antes de su “fundación inicial” en 1917. Addams, la primera filósofa pública en Estados Unidos, y Clarke Slagle, pionera en el desarrollo, fundamentación y expansión de la Terapia Ocupacional, nos dejaron un rico legado sobre cómo “lo social” es parte inherente de nuestra esencia como profesionales, desde nuestras raíces hasta nuestro quehacer actual y futuro.

Referencias

- Addams, J. (1895). The Settlement as a factor in the Labor Movement. In Addams, J. (ed.) *Hull House maps and papers*. NY: Thomas Y. Crowell & Co., pp. 183-204.
- Addams, J. (1902). *Democracy and Social Ethics*. Urbana, IL: University of Illinois Press [2002].
- Addams, J. (1912a). A Modern Lear. In Elshtain, J. B. (ed.). *Jane Addams and the Dream of American Democracy*. NY: Basic Books [2002].
- Addams, J. (1912b). *Twenty years at Hull House*. NY: The McMillan Company Press [2002].
- Addams, J. (1916). *The Long Road of Woman's Memory*. Urbana, IL: University of Illinois.
- Ampuero, L., Villegas, M. V. & Muñoz, C. M. (2014). Praxis del terapeuta ocupacional y su vínculo con la participación social: el ejercicio profesional en la realidad socio-sanitaria Chilena. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 1(2): 49-62. Disponible en: <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/10>
- Angell, A. M. (2014). Occupation-centered analysis of social difference: Contributions to a socially responsive occupational science. *Journal of Occupational Science*, 21(2): 104-116. doi:10.1080/14427591.2012.711230
- Barros, D. D., De Almeida, M. C. & Vecchia, T. C. (2007). Terapia ocupacional social: diversidade, cultura e saber técnico. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 18(3): 128-134.
- Breines, E. (1986). *Origins and adaptations: A philosophy of practice*. Lebanon, NJ: Geri- Rehab.
- Da Rocha, M. H. (2008). *Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social*. Santa Fe, Argentina: Universidad Nacional del Litoral.
- Clarke-Slagle, E. (1934). The Occupational Therapy Programme in the State of New York. *The British Journal of Psychiatry*, 80, 639-649.
- Clarke-Slagle, E. (1944). *Syllabus for Training of Nurses in Occupational Therapy*. 2d. ed. NY: State of New York Department of Mental Hygiene.
- Dewey, J. (1916). *Democracia y educación*. 6ta ed. Madrid: Ediciones Morata [2004].
- Dias, D., Garcez, M. I. & Esquedo, R. (2006). Terapia Ocupacional Social: una perspectiva sociohistórica. En Kronenberg, F.; Simó Algado, S. y Pollard, N. (eds). *Terapia Ocupacional sin Fronteras: aprendiendo del espíritu de los supervivientes*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, pp. 141-153.
- Dunton, W. R. (1919). *Reconstruction therapy*. Philadelphia: Saunders.
- Echeverría, J. (1998). *Filosofía de la Ciencia*. 2da ed. Madrid: AKAL.
- Encyclopædia Britannica. (2011). Eleanor Clarke Slagle. *Encyclopædia Britannica Online*. [Internet] Disponible en: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/548030/Eleanor-Clarke-Slagle> [Consultado el 22 de julio de 2015].
- Esquerdo, R., Malfitano, A., Silva, C. R. & Borboa, P. (2015). Historia, conceptos y propuestas en la terapia ocupacional social de Brasil. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 15(1), 73-84. doi: 10.5354/0717-5346.2015.37132
- Freedman, E. (2003). *No Turning Back: The History of Feminism and the Future of Women*. USA: Ballantine Books.
- Galheigo, S. M. (2012). Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 5: 176-187. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>

- Galvaan, R. (2012). Occupational choice: The significance of socio-economic and political factors. In G. Whiteford & C. Hocking (Eds.). *Occupational science: Society, inclusion, participation* (pp. 152-161). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Galvaan, R. (2014). The Contextually Situated Nature of Occupational Choice: Marginalised Young Adolescents' Experiences in South Africa. *Journal of Occupational Science*, 22(1): 39-53. doi:10.1080/14427591.2014.912124
- González M. & Pérez E. (2002). *Ciencia, Tecnología y Género. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación*. 2. Disponible en: <http://www.oei.es/revistactsi/numero2/varios2.htm>
- Gordon, D. (2008). The history of occupational therapy. En Crepeau, E, Cohn, E & Schell, B (eds.). *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 11th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 203-215.
- Guillette, N. (1973). Terapéutica ocupacional y salud mental. En H. Willard y C. Spackman (Eds.) *Terapéutica Ocupacional*. 4ta Ed. Barcelona: Jims. pp. 51-130.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. España: Ed. Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la mujer.
- James, E. T. (1971). *Notable American Women. A Biographical Dictionary*. USA: Radclif College.
- James, W. (1909). *El significado de la verdad*. 4ta. ed. Buenos Aires: Aguilar Argentina, S.A. de Ediciones, [1974] [Trad. Luís Rodríguez Aranda].
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of Occupational Therapy practice*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis.
- Knight, L. (2005). *Citizen: Jane Addams and the struggle for democracy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kuiper, K. (2010). *The 100 most influential women of all time*. NY: Britannica Educational Publishing.
- Malfitano, A. P. S., Lopes, R. E., Magalhães, L. & Townsend, E. A. (2014). Social occupational therapy: Conversations about a Brazilian experience. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(5): 298-307. doi: 10.1177/0008417414536712
- Marcos, A. (2010). *Ciencia y Acción. Una filosofía práctica de la ciencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Metaxas, V. (2000). Eleanor Clarke Slagle and Susan E. Tracy: Personal and professional identity and development of occupational therapy in progressive Era America. In *Nursing history review. Official journal of american association for the history of nursing*, Vol. 8: 39-70.
- Miranda, M. (2007). El compromiso con la ciencia. Conocimiento y técnica en el trabajo social. *Revista internacional de ciencias sociales y humanidades SOCIOTAM*, XVII, 2: 9-28.
- Morrison, R. (2011a). (Re)conociendo a las fundadoras y "madres" de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciencia. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*. 8, 14 [21 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original4.pdf>
- Morrison, R. (2011b) Eleanor Clarke Slagle. Historia y epistemología desde los estudios feministas sobre la ciencia. *Cuadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*, 19, 2, Suplemento Especial.
- Morrison, R. (2014). *La filosofía pragmatista en la terapia ocupacional de Eleanor Clarke Slagle. Epistemología e historia desde los estudios feministas sobre la ciencia*. Tesis Doctoral. Doctorado en Lógica y Filosofía de la Ciencia, Universidad de Salamanca, España.
- Morrison, R., Olivares, D. & Vidal, D. (2011). La Filosofía de la Ocupación Hu-

- mana y el Paradigma Social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11:2, 102-119. doi: 10.5354/0717-5346.2011.17785
- Navarrete, E., Cantero, P., Guajardo, A., Sepúlveda, R. & Moruno, P. (2015). *Terapia Ocupacional y Exclusión Social: Hacia una praxis basada en los derechos humanos*. Charleston, SC: Ed. Segismundo.
- Peirce, C. S. (1907). Pragmatismo. En: Houser, N. et al. (1998). *The Essential Peirce. Selected Philosophical Writings*, vols. 1-2. Bloomington: Indiana University Press. Grupo de estudios Peircianos de la Univ. de Navarra. Disponible en <http://www.unav.es/gep/>
- Peloquin, S. (2007). Ideas directrices de los fundadores de la sociedad nacional para la promoción de la terapia ocupacional. En: Moruno Miralles P. y Talavera Valverde M. A. (Comp.). *Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación.. Revista Terapia Ocupacional Galicia: APGTO*, pp. 135-160. Disponible en: <http://www.revistatog.com>
- Pollard, N., Sakellariou, D. & Kronenberg, F. (2009). *A Political Practice of Occupational Therapy*. Philadelphia: Elsevier.
- Quiroga, V. A. M. (1995). *Occupational therapy: The first thirty years, 1900-1930*. USA: Bethesda, MD, American Occupational Therapy Association.
- Ramugondo, E. L. & Kronenberg, F. (2015). Explaining Collective Occupations from a Human Relations Perspective: Bridging the Individual-Collective Dichotomy. *Journal of Occupational Science*, 22(1): 3-16. doi:10.1080/14427591.2013.781920
- Reis, T. D., Barros, D. D. & Uchidomari, I. Y. (2010). A terapia ocupacional social nos congressos brasileiros (1997-2007): desafios e debates de um campo emergente. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 21(2): 111-120.
- Sanz, P. & Rubio, C. (2011). Eleanor Clarke Slagle. Fundadora y “madre” de la terapia ocupacional. Su legado. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*. 2011, 8, 13: 1-19. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/historia1.pdf>
- Simó, S. & Townsend, E. (2015). Eco-social occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 182-186. Doi:10.1177/0308022614561239
- Talavera, M. A. (2007). El legado de Barton. En: Moruno Miralles P., Talavera Valverde M. A. (Comp.). *Terapia ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación. Revista Terapia Ocupacional Galicia: APGTO*, pp. 161-209. Disponible en: <http://www.revistatog.com>
- Townsend, E. & Wilcock, A.A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 75-87.
- Wade, L. C. (2005). Settlement Houses. En: Reiff, J., Keating, A. & Grossman, J. (Eds.). *The Electronic Encyclopedia of Chicago*. Chicago Historical Society. Disponible en <http://www.encyclopedia.chicagohistory.org/pages/1135.html> [Consultado el 13 de julio de 2015]

Intervenção Terapêutica Ocupacional junto à duas jovens com Ataxia de Friedreich: um relato de caso¹

Intervención de Terapia Ocupacional con dos jóvenes hermanas con Ataxia de Friedreich: un reporte de caso

The Occupational Therapy Intervention of two young sisters with Friedreich's Ataxia: a case report

Aristela De Freitas Zanona²

Anne Carolline A. Santos³

Ana Lucia Gomes Gonçalves⁴

Marcia Peixoto Da Silva⁵

Renata Nascimento Dos Santos⁶

Ricardo Passos Do Espirito Santo⁷

Tatiana Menezes Silva Dos Santos⁸

Maria Natália Santos Da Silva⁹

Recibido: 20 de agosto 2015 - Enviado para modificación: 13 de diciembre 2015 - Aceptado: 17 de diciembre 2015.

Zanona, A.F., Santos, A.C., Gonçalves, A.L.G., Da Silva, M.P., Dos Santos, R.N., Do Espirito Santo, R.P., Dos Santos, T.M.S., Da Silva, M.N.S. (2015). Intervenção Terapêutica Ocupacional junto à duas jovens com Ataxia de Friedreich: um relato de caso. *Revista Ocupación Humana*, 15 (2), pp. 18-30.

Resumo: A Ataxia de Friedreich é uma doença hereditário neurodegenerativa, caracterizada pela deterioração das células nervosas, sendo relacionada também por baixos níveis da proteína fraxatina. As consequências envolvem diminuição progressiva da força muscular, coordenação e disfunção do desempenho ocupacional. O objetivo do presente artigo é descrever a intervenção terapêutica ocupacional à duas pacientes com este diagnóstico, vivenciada

¹ Este estudo faz parte da intervenção da Terapia Ocupacional durante estágio curricular obrigatório no ambulatório da UFS. Todos os procedimentos éticos necessários foram realizados. Não houve financiamento.

² Terapeuta Ocupacional. Mestre em Educação Física. Docente do curso de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Sergipe, Brasil. arisz_to@yahoo.com.br

³ Discente do IV período do curso de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Sergipe, Brasil. karolline_almeida14@hotmail.com

⁴ Discente do IV período do curso de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Sergipe, Brasil. ann.agama@hotmail.com

⁵ Discente do IV período do curso de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Sergipe, Brasil. marciapeixotosilva@hotmail.com

⁶ Discente do IV período do curso de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Sergipe, Brasil. renatinha_18@hotmail.com

⁷ Discente do IV período do curso de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Sergipe, Brasil. ricardopassos85@hotmail.com

⁸ Discente do IV período do curso de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Sergipe, Brasil. tatymenezes2008@hotmail.com

⁹ Terapeuta ocupacional. Mestra em Psicologia Cognitiva. Docente do curso de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Sergipe, Brasil. mnatalia.santos@hotmail.com

por acadêmicos do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe, em na cidade de Lagarto, Brazil. intervenção nos casos, durante estágio curricular obrigatório em reabilitação física do adulto, no atendimento. Durante os atendimentos a abordagem da atividade graduada e abordagem compensatória foram selecionadas, ambas pertencentes ao modelo biomecânico. Os atendimentos foram realizados duas vezes por semana, com duração de 50 minutos cada, no período de Outubro de 2014 a Fevereiro de 2015, no ambulatório de Terapia Ocupacional da Clínica Escola da Universidade. Para mensuração dos resultados, foram utilizados os instrumentos: Medida de Independência Funcional, Provas de força muscular de Kendall e goniometria. Após cinco meses de intervenção foi possível verificar aumento do escore da Medida de Independência Funcional, além da manutenção da força muscular e da amplitude de movimento. Foi perceptível ao final dos atendimentos um melhor desempenho na realização das atividades de vida diária, ficando clara a importância da atuação do Terapeuta Ocupacional de pacientes com essa patologia.

Palavras-Chave: Ataxia, tecnologia assistiva, Terapia Ocupacional.

Resumen: La ataxia de Friederich es una enfermedad hereditaria neurodegenerativa, caracterizada por el deterioro de las células nerviosas, relacionada con bajos niveles de proteína fraxatina. Sus consecuencias implican disminución progresiva de fuerza muscular, coordinación y disfunción del desempeño ocupacional. El artículo describe la intervención de Terapia Ocupacional con dos pacientes diagnosticadas con esta enfermedad. Esta fue realizada por estudiantes de la Universidad Federal de Sergipe en Lagarto, Brasil, durante su formación curricular en rehabilitación física de adultos; utilizaron la actividad graduada y el enfoque compensatorio, ambos pertenecientes al Modelo Biomecánico. Se adelantaron sesiones de 50 minutos, dos veces por semana, desde octubre de 2014 a febrero de 2015, en la Clínica de Terapia Ocupacional de la Universidad. Los resultados se evaluaron utilizando la Medida de Independencia Funcional, la prueba de fuerza muscular de Kendall y mediciones de rango de movimiento, siguiendo el protocolo de goniometría de Pascoal. Después de cinco meses de intervención, se observó el aumento de puntuación en la Medida de Independencia Funcional, mantenimiento de la fuerza muscular y la amplitud de movimiento; fue notable un mejor rendimiento en el desempeño de las actividades de la vida diaria, destacando la importancia del papel del terapeuta ocupacional con pacientes con esta patología.

Palabras clave: Ataxia, tecnología asistiva, Terapia Ocupacional.

Abstract: Friedreich's ataxia is a hereditary neurodegenerative disease characterized by the deterioration of the nerve cells and linked to low levels of protein fraxatin. The consequences involve a progressive decreased muscular strength, coordination and occupational performance dysfunction. The article describes the cases of two young sisters with this diagnosis seen by students of the Occupational Therapy Program of the Universidade Federal de Sergipe in Lagarto City, Brazil. The intervention for both women used biomechanical model approaches such as graded activity and compensatory strategies. Therapeutic sessions were 50-minutes long, twice a week, from October 2014 to February 2015, at the Occupational Therapy Clinic of the University Clinical School. Results were measured by using the Functional Independence Measure, Kendall's muscle strength manual testing, and goniometry for range of motion. Following 5 months of intervention authors observed increased Functional Independence Measure scores, and maintenance of muscle strength. The range of motion was also improved and maintained. At the end of the sessions both individual's showed better performance in carrying out their activities of daily living. This report provides evidence of the importance of the role that occupational therapy plays in the wellbeing of individuals with Friedreich's ataxia.

Keywords: Ataxia, Occupational Therapy, assistive technology.

Introdução

Ataxia vem do grego “taxis” que significa sem ordem ou coordenação. É um problema neurológico, específico do cerebelo, medula espinhal ou das vias condutoras que causa diminuição gradativa da força muscular, coordenação motora e do equilíbrio (Martins, Rodrigues & Oliveira, 2013). Há três tipos principais de ataxia: Ataxia Hereditária; Ataxia Cerebelar e Ataxia Adquirida. As Ataxias Hereditárias estão subdivididas em: Ataxia de Friedreich, Ataxia-telangiectasia, Ataxias Spinocerebella e Ataxia Episódico. Será enfatizado neste artigo a Ataxia de Friedreich: uma doença neurodegenerativa progressiva de herança autossômica recessiva, onde há degeneração progressiva do cerebelo e tratos espinocerebelares da medula espinal (Schulz, Di Prospero & Fischbeck, 2009).

A Ataxia de Friedreich (AF) apresenta seus primeiros sintomas ainda na infância ou adolescência, muito raramente inicia-se na vida adulta. 80% dos casos ocorrem antes da segunda década de vida. A incidência de acometimento é de 1 caso para 50.000 indivíduos. Sua prevalência é maior na Europa Ocidental, Índia e Norte da África (Castro, D. S. e Duarte, L. A., 2013).

Nicholaus Friedreich, em 1863, foi o primeiro pesquisador a descrever os sinais e sintomas desta patologia. Claude Saint-Jean fundou, em 1974, a Associação Canadense de Ataxia de Friedreich, para descobrir formas de tratamento da moléstia, sendo considerado propulsor dos estudos e pesquisa em Ataxia (Kim & Albano, 2001).

A AF pode apresentar-se de maneira diferente em indivíduos da mesma família. ou seja, duas pessoas parentes podem apresentar quadros evolutivos diferentes, apesar do mesmo diagnóstico. Este fato deve-se a diversas causas, como alterações genéticas (maior comprimento da expansão do triplete GAA), início precoce dos sintomas, além de aspectos ambientais que podem acelerar a progressão da doença (Kim, C. A. e Albano, L. M. J., 2001).

A AF leva a uma diminuição da função da proteína *frataxina*. Essa proteína é responsável pelos mecanismos que envolvem o metabolismo do ferro (Castro & Duarte, 2013; Schulz, Di Prospero & Fischbeck, K., 2009). A deficiência da frataxina desencadeia um processo inflamatório e morte das células de Schwann, o que acarreta em importante perdas gradativas da força de músculos esqueléticos (Schulz, J.B.; Di Prospero, N.A.; Fischbeck, K., 2009).

De acordo com Hassui (2003), a progressão da patologia faz com que o indivíduo com AF abandone seus papéis ocupacionais e torne-se dependente de terceiros para a realização dos cuidados pessoais. Castro e Duarte (2013) confirmaram em seu estudo que a interferência de terceiros no cuidado contribui para reduzir a qualidade de vida, a motivação e a iniciativa da pessoa com deficiência para realizar as tarefas do cotidiano.

Segundo Martins, Rodrigues e Oliveira (2013), pessoas com deficiência física que dependem de outras para seus cuidados pessoais demonstraram sen-

so de auto eficácia muito abaixo do esperado; além disso, os autores encontraram forte correlação entre a dependência de terceiros e os sintomas depressivos no paciente.

Desta forma indivíduos com AF podem beneficiar-se do tratamento integral proporcionado pela Terapia Ocupacional, visando a diminuição da disfunção e otimização do papel ocupacional e independência.

Apesar de ainda não existir cura para esta patologia, é possível criar estratégias para manter ou favorecer a independência e autonomia deste sujeito. Assim, o Terapeuta Ocupacional caracteriza-se como um dos profissionais capazes de atuar visando à melhoria da qualidade de vida de pessoas com AF, criando possibilidades para incentivar o indivíduo a superar seus limites, minimizando suas dificuldades e valorizando suas potencialidades.

As estratégias utilizadas pelo terapeuta ocupacional nas habilidades práticas e motoras incluem: mobilizações articulares, alongamento muscular, posicionamento adequado, estímulos a movimentação ativa e/ou passiva quando o quadro da patologia progredir. Com relação ao declínio das funções, a abordagem deve ser voltada para a compensação das atividades, incluindo prescrever, confeccionar, treinar e avaliar o uso de tecnologias assistivas, ou seja a aplicação de recursos que vão atribuir competência para as realizações, promovendo desempenho e funcionalidade para os usuários e condições de participação social, com qualidade de vida (Hassui, M. K, 2003).

O objetivo deste trabalho foi relatar o atendimento à duas pacientes da mesma família diagnosticadas com Ataxia de Friedreich, no programa de estágio curricular obrigatório em Reabilitação Física do Adulto do IV Ciclo do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva e quantitativa. A amostra foi selecionada por conveniência e, por esse motivo, não houve cálculo amostral. O delineamento da pesquisa foi transversal, avaliando indivíduos com Ataxia no período de Outubro de 2014 a Fevereiro de 2015, tendo como público alvo duas pacientes diagnosticadas com ataxia de Friedrich, atendidas no ambulatório da Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe.

Os atendimentos eram realizados duas vezes por semana, com duração de 50 minutos cada, na clínica – escola de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe, no município de Lagarto -SE.

Instrumentos e variáveis da pesquisa

Para este estudo, três variáveis foram selecionadas: Independência nas atividades diárias, força muscular e amplitude de movimento.

Os instrumentos utilizados para avaliação e reavaliação foram: Medida de Independência Funcional (MIF), Provas de Função muscular de Kendall (1995), protocolo de Goniometria (Pascoal, 2003).

A variável Independência foi medida através do instrumento MIF que mensura o nível de independência de um sujeito para realizar atividades diárias. Essa medida é composta por 18 itens que incluem: cuidados pessoais, controle esfinteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e conhecimento social. Cada item é pontuado conforme uma escala que vai de "1" a "7". A pontuação "7" indica independência completa, "6" independência moderada, "5" supervisão ou preparação, "4" assistência mínima, "3" assistência moderada, "2" assistência máxima e "1" assistência total. O Coeficiente de confiabilidade deste instrumento é de 0,89. Instrumento validado e adaptado para a língua portuguesa (Brasil) (Riberto, 2004).

A variável força muscular foi avaliada através de exame clínico baseado no protocolo de Kendall et al. (1995) para provas de função muscular, objetivando avaliar o grau de força de cada grupo muscular para flexão/extensão e abdução/adução. As pontuações são obtidas conforme as respostas dos grupos musculares. Variando de "0" a "5"; "0" representando a ausência de contração muscular e "5" correspondendo à força muscular normal. Essa prova é realizada resistindo o movimento natural do músculo que se deseja testar. O teste foi realizado com os sujeitos ora em decúbito ventral ora em decúbito dorsal, dependendo do grupo muscular a ser testado.

As pacientes foram submetidas à avaliação da amplitude de movimento para mensurar o grau de movimento em flexão/extensão e abdução/adução. O goniômetro universal, da mar-

ca Carci®, foi utilizado para medir essa variável. Cada articulação possui graus normativos segundo tabelas do Manual de Goniometria (Pascoal, M.A, 2003).

Amostra

A amostra utilizada neste estudo consistiu em duas pacientes, do sexo feminino, irmãs, residentes no município de Lagarto em Sergipe, Brazil. Ambas foram informadas sobre o objetivo do estudo, bem como assinaram um termo de consentimento permitindo o uso de seus dados para fins científicos e acadêmicos.

Descrição do Caso – paciente A:

Paciente A, 28 anos, diagnosticada aos oito anos de idade, tem manifestado perda progressiva de força muscular em membros superiores, inferiores, tronco e em grupos musculares responsáveis pela respiração fala e deglutição, submeteu-se a nove cirurgias ortopédicas em coluna e membros inferiores ao longo dos anos. Hoje se utiliza de cadeira de rodas para a locomoção, porém depende de terceiros para a mobilidade na cadeira. A paciente relata, como queixa principal, as dificuldades nas suas atividades cotidianas (vestir, alimentação, higiene pessoal) e na comunicação.

O escore inicial da Medida de Independência Funcional, aplicada em 06 de outubro de 2014 foi 36, indicando dependência completa.

As informações pré-intervenção sobre força muscular e amplitude de movimento estão contidas nas tabelas 2 e 3.

Descrição do Caso – paciente B:

Paciente B, 36 anos, aos doze anos começou a apresentar fortes dores nas pernas e aos poucos foi perdendo os movimentos dos membros inferiores além de dificuldade para deambular. Com 13 anos iniciou o uso da cadeira de rodas, porém diferente da irmã, tem autonomia para mover sua cadeira nos espaços que apresentem nivelamento e pouca inclinação.

Realizada avaliação com o instrumento MIF, em 06 de outubro de 2014, na qual obteve o escore igual a 85 pontos, indicando independência moderada. Apresentou ainda dificuldade de coordenação motora fina (dificuldade para escrever, manusear fechos de roupas e objetos pequenos). As informações pré-intervenção sobre força muscular e amplitude de movimento estão contidas nas tabelas 2 e 3, indicando que em termos funcionais após a intervenção houve melhora na independência para as atividades do cotidiano e manutenção das habilidades práxicas e motoras necessárias para executar as atividades.

Resultados

Intervenções terapêutico ocupacionais

Em todas as sessões, nos dois casos, foram realizados alongamentos passivos para a melhora da amplitude de movimento dos membros superiores, inferiores e tronco; exercícios de isometria também eram acomodados dentro de cada atividade afim de manter a força muscular.

Para a paciente A, foram realizados treinos das atividades: alimentação e vestuário, bem como simulação do banho. Também foram realizadas adaptações e treinos para potencializar a comunicação, acessibilidade digital e auxílio nas atividades escolares.

Para a alimentação, diversos recursos de tecnologia assistiva foram utilizados: dispositivo de madeira com abertura horizontal para acoplar o prato, fazendo com que este ficasse mais alto e imóvel durante a alimentação; talheres engrossados com material leve (espaguete de piscina) e angulados. A família foi orientada a cozer bem os alimentos a fim de que ficassem macios para o corte, além disso a refeição deveria ser executada com ambos os cotovelos bem apoiados na mesa. Para o copo, foi confeccionada uma adaptação para canudo, a fim de que a paciente consiga beber sem necessidade de utilizar as mãos e de forma que o canudo ficasse fixo.

Para o vestuário a maioria das peças foi trocada por peças mais largas, porém esteticamente aceitáveis para a paciente, a fim de facilitar a atividade. O método também foi alterado, visto a extrema dificuldade de realizar a atividade na posição sentada, a paciente foi orientada a realizar deitada na cama ou apoiada na parede. Alças foram costuradas nas calças e roupas íntimas para facilitar a preensão. Um cabo calçador (engrossado) foi confeccionado para auxiliar na retirada de meias e calçados. Para o banho, a cadeira de banho convencional foi substituída por uma cadeira de praia pois deixava a paciente mais inclinada e com mais segurança para realizar a

atividade. Uma escova leve de cabo longo foi adicionada a atividade, bem como uma luva atalhada com suporte para o sabonete foi confeccionada para facilitar o banho.

Visto a significativa dificuldade na comunicação, uma prancha de comunicação foi confeccionada e treinada com a paciente. Também foi realizado o encaminhamento para fonoaudiologia visto a importante dificuldade para fala e deglutição.

Pincéis, lápis e canetas foram engrossados com material leve para facilitar as atividades escolares. Uma mesa foi adaptada como plano inclinado com elásticos para segurar o papel para facilitar a mecânica corporal durante as atividades.

Um programa para computador, chamado "Camara Mouse" também foi instalado no notebook da paciente para facilitar o acesso através de movimentos do nariz e piscar dos olhos, devido ao grave comprometimento de membros superiores da paciente. Contudo, o treino de seu uso ainda está em andamento. O Programa pode ser baixado gratuitamente no site cameramouse.org e, é compatível com o Windows 7, Windows Vista ou Windows XP, havendo necessidade apenas de uma *webcam*.

Para o segundo caso, como o quadro da paciente B apresentava-se menos grave que o da irmã, as atividades nas sessões visaram a manutenção das habilidades existentes, bem como confecção de algumas adaptações para potencializar a função e diminuir o gasto energético.

Foram realizados treinos e simulações das atividades de vida diária problematizadas pela paciente, além da confecção de adaptação para escrita visando a melhora de habilidades motoras finas.

Como a paciente havia manifestado o desejo de auxiliar nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) alguns recursos foram confeccionados para facilitar o envolvimento nessa ocupação, tais como adaptador para descascar verduras e tábua de corte adaptada, ambos os recursos foram treinados.

Para as transferências, uma tábua em madeira foi confeccionada para facilitar e promover segurança durante as transferências de mesmo nível.

Foram ensinadas técnicas de conservação de energia e simplificação das atividades para que a paciente se fadigue menos durante as atividades cotidianas.

Juntamente com a família, a paciente e as Estagiárias de Terapia Ocupacional elaboraram um projeto para o futuro, em qual a paciente manifestou o desejo de fazer faculdade e se envolver em alguma atividade esportiva.

A paciente B foi encaminhada ao Centro de Esportes Paratletas em Sergipe (CIEP), além de matricular-se em um curso preparatório para o Enem, oferecido gratuitamente pela prefeitura.

Para a variável independência funcional os escores foram significativamente melhores após a intervenção, indicando que o uso de tecnologias assistivas, treinos e orientações causaram

um impacto positivo no desempenho ocupacional das pacientes.

Com relação a força muscular e amplitude de movimento os escores se equipararam aos escores iniciais indicando que os estímulos oferecidos em cada sessão contribuíram para manutenção de ambas habilidades práxicas e motoras.

O modelo adotado para trabalhar com as pacientes citadas foi o biomecânico.

As abordagens descritas para esse modelo, segundo Hagedorn (2003) são: abordagem das atividades graduadas; abordagem das atividades da vida diária e abordagem compensatória. As três abordagens foram utilizadas nos atendimentos. Após cinco meses de intervenção os escores das avaliações MIF, força muscular e goniometria apresentaram alterações, indicando mudanças no desempenho ocupacional. As tabelas 1, 2 e 3, demonstram os resultados das avaliações antes e após as intervenções.

Tabela 1. Escores pré e pós intervenções nos itens da avaliação MIF.

Itens mif	Pré		Pós	
	A	B	A	B
Pacientes				
Alimentação	2		6	6
Higiene pessoal	1	6	3	6
Banho	1	3	3	6
Vestir a metade superior	1	4	3	6
Vestir a metade inferior	1	4	3	6
Uso do vaso sanitário	1	3	1	5
Controle da urina	1	7	1	7
Controle de fezes	1	7	1	7
Transferências: Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	2	1	6
Transferências: Vaso Sanitário	1	2	1	5
Transferências: Banheira ou Chuveiros	1	2	1	4
Locomoção	1	3	1	6
Locomoção escadas	1	1	1	1
Compreensão	7	7	7	7
Expressão	3	7	6	7
Interação social	2	7	3	7
Resolução de problemas	3	7	4	7
Memória	7	7	7	7
TOTAL	36	85	53	106

Tabela 2. Escores de força muscular para membros superiores e inferiores – protocolo de Kendall (1995) – pré e pós intervenção.

Grupo musculares	Pré		Pós	
	A	B	A	B
Pacientes				
Flexores do ombro	2		4	2
Extensores do ombro	2	5	2	4
Abdutores do ombro	2	4	2	4
Adutores do ombro	3	5	3	4
Flexores de cotovelo	2	4	2	4
Extensores de cotovelo	2	4	2	4
Flexores de punho	2	4	2	4
Extensores de punho	2	4	2	4
Flexores do quadril	2	4	2	4
Extensores do quadril	2	4	2	4
Abdutores do quadril	2	4	2	4
Adutores do quadril	2	4	2	4
Flexores do joelho	2	4	2	4
Extensores do joelho	2	5	2	4

Tabela 3. Escores dos graus de amplitude de movimento pré e pós intervenção.

Movimentos	Pré		Pós	
	A	B	A	B
Pacientes				
Flexão do ombro	50º D	50º D	50º D	172º D
	37º E	37º E	40º E	140º E
Extensão do ombro	25ºD	40ºD	25ºD	40º D
	10º E	40º E	10º E	40º E
Abdução do ombro	15º D	110º D	15º D	110º D
	5º E	114º E	5º E	114º E
Flexores de cotovelo	90º D	120º D	90º D	110º D
	55º E	120º E	47º E	120º E
Flexores de punho	40º D	60º D	40º D	60º D
	40º E	60º E	40º E	60º E
Extensores de punho	20º D	40º D	20º D	40º D
	15º E	32º E	15º E	30º E
Flexores do quadril	45º D	90º D	45º D	90º D
	10º E	92º E	10º E	90º E
Extensores do quadril	15º D	15º D	15º D	15º D
	10º E	15º E	10º E	15º E
Flexores do joelho	110º D	120º D	110º D	120º D
	90º E	120º E	90º E	120º E

Discussão

Para os atendimentos, foram selecionadas três abordagens do modelo Biomecânico, estas abordagens aplicadas são condizentes com os quadros das pacientes e foram utilizadas para maximizar a funcionalidade e diminuir possíveis impactos que a deficiência pode gerar no cotidiano.

Os modelos e abordagens propostos ao longo das intervenções, facilitaram o raciocínio clínico em todo o processo. O modelo Biomecânico aplica os princípios mecânicos de cinética e cinemática ao movimento do corpo humano, princípios estes que lidam com as forças que atuam no corpo afetam o movimento e o equilíbrio. Os métodos de tratamento, neste modelo, usam os princípios da física relacionados a força, alavancas e torque (Hagedorn, 2003).

Este modelo oferece três formas de aplicar a teoria na prática, Hagedorn (2003) chama essas formas de abordagens. Abordagem das atividades graduadas, das atividades de vida diária e compensatória. As três abordagens foram aplicadas com sucesso em ambos os casos.

Graduar uma atividade significa estabelecer para ela um ritmo adequado, modificando-a para um desempenho máximo do paciente. Quadros progressivamente degenerativos como da Ataxia, podem exigir a graduação da resistência em direção oposta para acomodar uma condição física em redução. Em tais casos é aconselhável mudar para uma atividade que exija menos esforço (Hagedorn, 2003).

A abordagem das atividades da vida diária considera os componentes do movimento da atividade funcional. Utiliza princípios biomecânicos para aprimorar a capacidade individual na realização de atividades pessoais (Hagedorn, 2003).

A abordagem compensatória busca habilitar as pessoas a compensarem suas incapacidades com o uso de órteses, próteses e adaptações (tecnologia assistiva). Usada quando as habilidades do paciente são limitadas ou quando foram perdidas (Hagedorn, 2003).

Diversas atividades e exercícios foram planejados a fim de potencializar as habilidades práxicas e motoras. Com relação aos exercícios de alongamento e exercícios de isometria realizados nas pacientes a fim de manter suas habilidades motoras, Hassui (2003) apud Raboni, Silva e Pfeifer (2012), afirma que esses procedimentos incluem-se no repertório de habilidades do terapeuta ocupacional no atendimento a pessoas com doenças degenerativas. A promoção, manutenção e/ou a melhora da força muscular, da amplitude de movimento, da função manual, devem ser estimuladas, porém sempre utilizando para isso atividades funcionais e significativas para o sujeito.

Segundo Raboni, Silva e Pfeifer (2012), o terapeuta ocupacional deve focar sua ação em reduzir a inatividade funcional causada pela progressão da doença degenerativa, além de reduzir os impactos causados pelas complicações motoras, emocionais, de desajuste familiar e da participação social desse sujeito. Em todo o tempo

durante a atenção à estes casos, estes foram os objetivos dos discentes que conduziram os casos, orientados pela preceptora de estágio.

A tecnologia assistiva foi amplamente utilizada durante o processo terapêutico ocupacional com ambos os casos. Isto permite que o cliente participe de tarefas que lhe são importantes, oferecendo um sentido de propósito a vida.

Segundo Pelosi (2005) as tecnologias assistivas contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência e consequentemente promovem maior independência.

Para Marins e Emmel (2011), a aprovação do Decreto Federal nº5.296, de 2 de dezembro de 2004, foi um grande avanço na garantia de recursos de suporte para pessoas com deficiência. Em seu artigo 8º, o decreto define o que é acessibilidade, ajudas técnicas e desenho universal:

V- Ajuda técnica ou Tecnologia Assistiva: os produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida; [...] (Brasil, Decreto nº5.296, de 2 de dezembro de 2004).

Oliveira et al. (2010) afirma que a seleção e treinamento de dispositivos de tecnologia assistiva são necessário para permitir o desempenho de papéis ocupacionais significativos, mantendo a funcionalidade que dificilmente se-

ria alcançada sem a ajuda de recursos tecnológicos.

As tecnologias envolvendo softwares e produtos de computação para pessoas com deficiência permitem a real inclusão desses indivíduos, visto que as interações virtuais aumentam as possibilidades no desempenho de atividades laborais, educacionais e recreativas (Oliveira, 2010).

Apesar da progressiva limitação física, pessoas com ataxia possuem muitas habilidades; para Oliveira et al. (2010) “o computador se apresenta como uma ferramenta de acesso a inúmeras informações, rede de relacionamentos, entretenimento e inclusão, devendo, portanto, ter seu uso estimulado” (Oliveira, 2010, p. 142).

Para Raboni, Silva e Pfeifer (2012), o terapeuta ocupacional deve auxiliar o paciente com doença degenerativa a continuar agindo sobre o mundo, mantendo a criatividade, a produtividade e tornando-se protagonista em sua própria história.

Faz-se necessária uma ação conjunta entre paciente, familiares e equipe profissional para corresponder as necessidades surgidas, além de planejar ações que sejam significativas para o paciente (Raboni, Silva & Pfeifer, 2012).

Em todas as sessões, nos dois casos, a família foi orientada e treinada, visto que o suporte familiar é um importante facilitador no processo de reabilitação (Raboni, Silva & Pfeifer, 2012).

Para Gonçalves et al. (2008) a falta de apoio por parte da família, juntamente

a desestrutura ambiental e atitudinal de pessoas próximas, pode impactar negativamente todo o processo de reabilitação do indivíduo com doenças degenerativas, fazendo com que o ajuste psicológico seja afetado.

Os familiares tornam-se essenciais no processo de tratamento do paciente, no entanto necessitam ser orientados para saber como lidar com as situações estressantes, evitando comentários críticos ou se tornando exageradamente superprotetores (Gonçalves, 2008).

No caso da Paciente B, um dos encaminhamentos feitos pela terapeuta ocupacional e estagiários foi para a prática de esportes. Pessoas com deficiência física ou de qualquer outro diagnóstico são beneficiados nos aspectos físico, mental e social quando inseridos em um programa esportivo ou prática de exercícios, seja com finalidade competitiva ou não (Ostlie, 2011).

Vários estudos têm demonstrado que a atividade esportiva é benéfica para pessoas com deficiência motora e física, melhorando a força, qualidade de vida, coordenação, resistência, postura, controle de peso, sistema imunológico, função cardiopulmonar e o sistema circulatório, a aceitação da deficiência, a independência, humor, senso de domínio da própria vida, e diminuindo a tendência suicida, depressão e ansiedade (Blauwet, & Willick, 2012).

Durante as intervenções várias habilidades foram trabalhadas para que a paciente possa engajar-se em atividades esportivas de sua preferência.

Desta forma, é possível identificar como a Terapia Ocupacional pode gerar desempenho e potencializar habilidades para que mesmo em um quadro clínico em declínio, pessoas com AF possam ser funcionais e ter mais autonomia em sua vida diária.

Podem ser consideradas limitações deste estudo, o pequeno número da amostra de pacientes, bem como o curto tempo de intervenção e a falta de follow-up para acompanhar se os resultados obtidos foram mantidos.

Sugere-se que futuros estudos utilizem equipamentos tais como célula de carga e dinamômetro para avaliar de forma mais específica as habilidades motoras de força muscular além do uso de avaliações qualitativas que não foram utilizadas neste estudo.

Considerações finais

Apesar de pertencerem à mesma família, as pacientes relatadas no estudo apresentaram evoluções diferentes no quadro da doença, contudo ambas se beneficiaram das ações da Terapia Ocupacional e dos recursos utilizados. Com os treinos, orientações, confecções e adaptações de recursos, houve uma significativa melhora para as pacientes, na realização das atividades de vida diária, atividade instrumentais de vida diária, de educação, lazer e participação social.

Obteve-se nos dois casos resultados na estabilização de deformidades e ganho de habilidades, levando-se em conta que se trata de uma patologia progressiva.

Notou-se uma melhora significativa no desempenho das pacientes em realizar as atividades, pois o uso das tecnologias favoreceu o desempenho.

Os objetivos propostos foram alcançados uma vez que as pacientes conseguiram realizar, com ajuda das adaptações, as principais atividades ditas como queixas principais.

Tal experiência demonstra a importância da intervenção do terapeuta ocupacional junto a pacientes com Ataxia de Friedrich, direcionada para o desenvolvimento e manutenção de habilidades práxicas-motoras e de um desempenho ocupacional satisfatório nas áreas de ocupação.

Referências

- Blauwet, C. & Willick S.E. (2012). The Paralympic Movement: using sports to promote health, disability rights, and social integration for athletes with disabilities. *PM & R*, Illinois, 4 (11) 851-6.
- Brasil. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm
- Castro, D. S. & Duarte, L. (2013). A. Aspectos neuroanatômicos e correlações clínicas da ataxia de Friedreich. *Revista Neurociências*, São Paulo. 21(2) 302-307.
- Gonçalves, M., Dylewski, V., & Xavier e Chaves, A. C. (2008). Qualidade de vida: análise comparativa entre crianças com distrofia muscular de Duchenne e seus cuidadores. *Revista Neurociências*, São Paulo. 16 (4) 275-279.
- Hagedorn, R. (2003). *Fundamentos para a prática em terapia ocupacional*. 3. ed. São Paulo: Ed. Roca, cap. 7.
- Hassui, M. K. (2003). Doenças neuromusculares. In: Teixeira, E. *Terapia Ocupacional na Reabilitação Física*. São Paulo: Roca, 407-428.
- Kendall, F. P., McCreary, E. K. & Provance, P. G. (1995). *Músculos Provas e Funções*. 4. ed. São Paulo: Ed. Manole.
- Kim, C. A. & Albano, L. M. J. (2001). Análise clínica e molecular da ataxia de Friedreich: revisão da literatura. *Pediatria*, São Paulo. 23 (3) 241-50.
- Marins, S. C. F. & Emmel, M. L. G. (2011). Formação do terapeuta ocupacional: acessibilidade e tecnologia. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos. 19 (1) 37-52.
- Martins, C. P., Rodrigues, E. C. & Oliveira, L. A. S. (2013). *Abordagem fisioterapêutica da ataxia espinocerebelar: uma revisão sistemática*. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo. 20 (3) 293-298.
- Pascoal, M. A. (2003). *Manual de Goniometria*. 2. ed. São Paulo: Ed. Manole.
- Pelosi, M. B. (2005). O papel do terapeuta ocupacional na tecnologia assistiva. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos. 13 (1) 39-45.
- Raboni, T. E. C. R., Silva, M. F. M. & Pfeifer, L. I. (2012). Intervenção Terapêutica Ocupacional junto à criança com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD): um estudo de caso. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos. 20 (1) 121-127.
- Riberto, M., Miyazaki, M. H., Jucá, S. S., Sakamoto, H., Potiguara, P., Pinto, N., & Battistella, L. R. (2004). Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta fisiátrica*, 11(2), 72-6.
- Schulz, J. B., Di Prospero, N. A. & Fischbeck, K. (2009). Clinical experience with high-dose idebenone in Friedreich ataxia. *Journal of neurology*, 256(1), 42-45.
- Oliveira, P. R., De Almeida, P. H. T. Q., Nakazune, S., Langer, A. L., Ramos, D. R., Dos Santos, C. P. & Klein, A. N. (2010). Estudo do uso de softwares e recursos de acesso ao computador para pacientes com Distrofia Muscular De Duchenne. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos. 18 (2) 139-148.
- Østlie, K., Magnus, P., Skjeldal, O. H., Garfelt, B., & Tambs, K. (2011). Mental health and satisfaction with life among upper limb amputees: a Norwegian population-based survey comparing adult acquired major upper limb amputees with a control group. *Disability and Rehabilitation*, 33(17-18), 1594-1607.

Discurso para la apertura del Programa de Terapia Ocupacional en la Escuela Nacional del Deporte, Cali, 27 de abril de 2015¹

Solángel García Ruiz²

Buenas tardes a todas y todos.

Es para mi un honor participar en esta reunión de apertura del programa número doce de Terapia Ocupacional en Colombia y el cuarto de una universidad pública.

Cuando empecé a escribir estas palabras no sabía por dónde empezar, hablé con colegas, conversé con mi familia, pregunté a otros tratando de identificar qué sería lo fundamental que yo pudiese transmitir en este espacio hoy. Vivía también un momento de consternación al ver una y otra vez las noticias de Katmandú, en Nepal, y pensaba en los templos y los dioses, en las personas, quienes hace dos años contribuyeron con mi inspiración en una caminata larga por ese lugar, acompañada por el silencio de los lugares, por la belleza de los templos, por la sensación que allí respiraba, por la tranquilidad que sintió mi mente y mi espíritu al disfrutar ese lugar; hoy,

al escribir esto, pensaba en la gente y en sus espacios, y quería que mi mente mantuviera presentes los lugares que un día conocí, los rostros que un día vi, los ojos que se cruzaron con los míos y que quizás hoy no existan. Así que decidí implorar a los dioses de ese lugar para hablar de la Terapia Ocupacional en este lugar.

En Colombia, este país de grandes montañas y ríos, de riquezas inigualables, las del petróleo, el carbón, el café; de inequidades infinitas, de dolores intensos y de felicidades diversas. Ahora, cuando en el país se habla del post conflicto, quizás mejor, del post acuerdo, cuando finalmente decidimos comenzar a hablar de la memoria para reconstruir la guerra desde las palabras y los dolores, desde las rabias y los miedos, desde los amores y desamores; en tiempos en los que finalmente nos invitan a poner palabras a las sensaciones que hemos vivido en todos estos años, tiempos en

¹ En 2015 se produjo un hecho significativo para la historia de la Terapia Ocupacional colombiana, la apertura de un nuevo programa de formación profesional, esta vez en la Escuela Nacional del Deporte, una institución universitaria pública con sede en la ciudad de Cali. La terapeuta ocupacional Solángel García Ruiz fue invitada por las directivas de la Escuela y del nuevo programa a la ceremonia de apertura del mismo, que se llevó a cabo el 27 de abril de 2015. La Revista Ocupación Humana agradece a ella, a la coordinadora del programa, terapeuta ocupacional Diana Ximena Martínez, y a las directivas de la Escuela, por su generosidad al compartir este texto con la comunidad de Terapia Ocupacional del país.

² Terapeuta ocupacional. Magister en desarrollo social y educativo. Coordinadora de investigaciones, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Miembro de la Red Mundial de Rehabilitación Basada en la Comunidad. Bogotá, Colombia.

los que debemos empezar a trabajar en la confianza, en esa que construye redes, en esa que hace amigos, en esa que se trabaja el perdón, esa que será seguro muy difícil y que seguro, para construirla, tendremos que caminar sobre las utopías, las esperanzas y los sueños.

En estos tiempos en los que comenzamos la reconstrucción de aproximadamente cinco décadas de la práctica de la Terapia Ocupacional en Colombia, cuando en nuestros discursos se han cruzado términos y palabras como la ocupación humana, el desempeño ocupacional, el comportamiento ocupacional, la ciencia ocupacional, el apartheid ocupacional, la justicia ocupacional, cuando la práctica de la Terapia Ocupacional ha caminado más allá de la teoría, ha vivido entre luchas, cuando las condiciones de vida de las personas, los acontecimientos naturales y humanos nos han exigido a los terapeutas ocupacionales ocuparnos de asuntos distintos a los tradicionales.

Lo tradicional para la Terapia Ocupacional ha sido la atención hacia la discapacidad, en comienzos desde una perspectiva de la rehabilitación, luego desde una propuesta de integración y ahora desde una mirada de la inclusión y los derechos humanos, pero, este tránsito va más allá; la comprensión de la ocupación va más allá de cualquiera de sus adjetivos, comprender la ocupación tiene que ver con algo más sencillo, y es con ser felices con lo que cada uno hace, es con que nosotros seamos felices con lo que hacemos, tiene que ver con encontrar la pasión, la que sale de la panza, la que brilla con los ojos, la que sonrío con la

vida y esa tiene que ver con todas las personas, con todos nosotros y con los otros...

Ahora cuando ustedes proponen un programa de Terapia Ocupacional en una escuela del deporte, en los tiempos que emergen en Colombia grandes deportistas que son nuestro orgullo, en tiempos donde el deporte puede jugar un papel importante en el postconflicto, ahí cuando el deporte y su práctica se identifican como derechos, como ocupaciones. En ese lugar, desde el deporte, donde se mira la salud desde la salud, la capacidad y la vida; siendo, a mi modo de ver, uno de los principales asuntos que se debe promover desde las políticas de salud, si en realidad se quieren cambiar sus indicadores.

Y esto, que parece una utopía en estos tiempos, cuando se habla de una Terapia Ocupacional desde las ciencias de la salud (tradicionalmente vista) o desde las ciencias sociales y políticas, cuando el país quiere medir el conocimiento con indicadores de ciencia-metría y no por las transformaciones sociales, políticas y económicas que logremos con los aprendizajes; cuando la práctica se mide con registros, informes, fotos, actas, que no son para construir la memoria ni para hacer proceso, sino para tener la evidencia de lo que se hace. Sí, en estos tiempos, cuando caminamos en la modernidad y con deseos de liberarnos de las ataduras de su estandarización y su homogenización hacia algo más contemporáneo e invitarnos a comprender la realidad desde posturas de pensamiento complejo, donde no solo se vea lo que pasa, sino sus significados,

donde los asuntos vayan más allá de ver lo lineal, sino más bien de reconocer todos los entramados.

En estos tiempos es cuando pensamos cuáles son los terapeutas ocupacionales que se requieren mañana para contribuir en la transformación de la vida de este país y por qué no, en la de los países vecinos.

Entonces, es cuando pienso que se requieren terapeutas soñadores, visionarios, con capacidad de ver la profundidad de la vida en la vida, donde las utopías (como las que hablaba Galeano) sean parte de su inspiración.

Se requieren terapeutas que se reconozcan como ciudadanos y que reconozcan a todos los sujetos con los que se encuentran en su práctica de la misma manera. Ciudadanos empoderados y emancipados, con la posibilidad de tomar claras decisiones sobre su vida y sus lugares, con capacidades de contribuir en la consolidación de lugares y culturas en paz y para la paz.

Terapeutas promotores de la democracia y la participación, con capacidad de comprender y promover los rasgos históricos de la democracia dados por el pluralismo o la capacidad de defender las diversidades y el disenso; la competencia o la posibilidad de ver los distintos intereses e ideologías políticas que pueden acceder al poder del Estado, las elecciones, el principio de mayoría y el constitucionalismo como respeto por los derechos civiles y políticos.

Terapeutas que vivan el mundo global, como diría Boaventura de Sousa,

ese que les permite actuar en lo local y pensar en lo global, con la posibilidad de entender y comprender el significado del mundo, de las relaciones políticas, económicas y sociales del mundo global y actuar localmente en concordancia con las necesidades locales, las de los territorios donde la gente vive, llora y ríe.

Terapeutas con claros valores éticos, capacidades de contribuir para que en la sociedad colombiana superemos la crisis de valores y superar las décadas de validar la guerra, el narcotráfico, la impunidad, entre otros; a caminos donde la dignidad, el respeto, el reconocimiento, la transparencia, se vayan haciendo naturales; seguro que serán varias generaciones de colombianos las que requeriremos para transitar a estos caminos.

Terapeutas capaces de armar redes, como diría Patricia Quintana, de armar las redes de los afectos y a partir de allí, las redes, las conexiones locales, nacionales e internacionales, aquellas que nos permiten aprender y comprender de otros y con otros sobre los asuntos que se suceden al tiempo en otros lugares del mundo y en nuestro mundo también.

Terapeutas con el sentido del reconocimiento cultural, de las costumbres, de las más de 65 lenguas que se hablan en este país; con la posibilidad de ver, comprender y contribuir con la emancipación de los ciudadanos, y no mirados exactamente por una condición, llámese discapacidad, indígena, desplazado, desmovilizado o demás, sino exactamente por su dignidad y su esencia como ser humano.

Terapeutas capaces de contribuir con el medio ambiente, con el cuidado de la vida, no solo la humana, para nosotros y para las generaciones venideras.

Terapeutas que actuarán como asesores y consultores de la vida de los sujetos, de las familias, de los gobiernos grandes y pequeños, de las localidades, las comunas, los corregimientos, pero también de las ciudades y los gobiernos. Allí, para contribuir con la justicia ocupacional, con la eliminación del apartheid ocupacional, con la construcción de las democracias.

Terapeutas donde los conocimientos desde la biología, la biomecánica, se

mezclen con los de las políticas, se reflexionen desde la ética, se comprendan desde las humanidades, se aclaren desde las tecnologías y se proyecten desde la ocupación en cualquiera de los lugares y cualquiera de sus modelos o teorías.

Es decir, terapeutas que actuarán como ciudadanos y apoyarán a otros ciudadanos en su trasegar por la vida.

Así que bienvenidos a la construcción de país desde la Terapia Ocupacional en Colombia.

Muchas gracias.

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 remisoría 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



Colegio Colombiano de
Terapia Ocupacional

Unidad para el Desarrollo de la Ocupación y el Empleo
Unidad de la Salud Mental y el Comportamiento de Terapia Ocupacional de Colombia

www.tocolombia.org/afiliaciones



Confía en 4-72, el servicio de envíos de Colombia

Línea de atención al cliente:
(57 - 1) 472 2000 en Bogotá
01 8000 111 210 a nivel Nacional

.....
www.4-72.com.co



XVI Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional



**3 al 5 de Marzo
de 2016**
Medellín, Colombia
Hotel Intercontinental

Ejes temáticos

- Estudios y reflexiones sobre Ocupación.
- Saberes y prácticas emergentes en Terapia Ocupacional.
- Saberes y prácticas históricas en Terapia Ocupacional.

Informes e inscripciones:

www.ccto2016.com

Organiza



Colegio Colombiano de
Terapia Ocupacional

Apoyan



World Federation of
Occupational Therapists



Mayores informes:

Email: registro@comunicacioneseffectivas.zendesk.com - academico@ccto2016.com | Tel: (+57 4) 4482610 ext. 207