

Ocupación Humana

Vol. 21 • No.2



Revista Ocupación Humana

Vol. 21 • Número 2 • julio - diciembre • 2021

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 terapeutas ocupacionales profesionales y en formación dentro y fuera de Colombia, así como a profesionales afines a los campos de la Terapia Ocupacional y los estudios en ocupación.

www.revistaocupacionhumana.org
editorial@tocolombia.org

ISSN-e: 2590-7816 • ISSN soporte en papel (1984-2016): 0122-0942

Editora

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

Editora sección traducción:

Aida Navas. T.O. Colombia.

Comité Editorial

Pamela Talero Cabrejo. T.O. OTD, OTR/L. Thomas Jefferson University, Jefferson College of Rehabilitation Sciences, Estados Unidos.

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

Diana Rocío Vargas Pineda. T.O., Mg. Salud Pública. Universidad Manuela Beltrán, Colombia.

Aida Navas. T.O., Colombia.

Comité Científico

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

Solángel García Ruiz. T.O. Esp. Mg. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia.

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

Rosibeth Palm. T.O. Mg. PhD. Universidad Federal do Paraná, Brasil.

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

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

Colaboradoras

Revisión de estilo textos en inglés: Johanna Useche Rodríguez.

Revisión de estilo textos en portugués: Priscila dos Santos Ebling.

Asistente editorial: María Camila Vergara Olano.

Imagen de portada: Pamela Talero Cabrejo.

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.

Bogotá D.C., Colombia

Calle 105a #14-92 Oficina 602

www.tocolombia.org • info@tocolombia.org

Consejo Directivo Nacional Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional

Presidenta: Flor Esperanza Rodríguez Ferro

Vicepresidenta: Sandra Lucía Rodríguez Pachón

Secretaria: Diana Milena Ramírez Osorio

Fiscal: Liliana Saavedra Orduña

Regional Occidente:

Presidenta: Daissy Castillo Sánchez

Secretaria: Yisela Rocío Ortiz Valencia

Tesorero: Emerson Mesa Cely

Regional sur:

Presidenta: Claudia Marcela Trujillo Colonia

Secretaria: Juliana Guevara Ramírez

Tesorera: Diana Ximena Martínez Arce

Fiscal: Lenis Judith Salazar

Diagramación:

Oscar Pachón Fonca

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.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Contenido

EDITORIAL

PERSPECTIVAS Y RETOS REGIONALES EN TERAPIA OCUPACIONAL: UNA MIRADA DESDE LA REPRESENTACIÓN DE COLOMBIA EN LA CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES - CLATO

Alexander Agudelo Orozco, Sandra Marcela Zúñiga Bolívar, Livet Rocío Cristancho González

64

REFLEXIÓN

SIGNIFICADOS Y RETOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA PERSPECTIVA DESDE LA EXPERIENCIA PRÁCTICA ESTUDIANTIL

Damián Alexander Baena Leal, Paola Alejandra Rojas Pulido, Nohora Stella Díaz Cubillos, Viviana Marcela León Perilla, Sylvia Cristina Duarte Torres

72

EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO, REFLEXIONES SOBRE SU INFLUENCIA EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Carlos Alberto Reina Bolaños

88

CASOS Y EXPERIENCIAS

EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DEL DISEÑO UNIVERSAL PARA EL APRENDIZAJE, POR MEDIO DE LA TELEATENCIÓN, EN UNA PRÁCTICA ESTUDIANTIL DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EDUCACIÓN

Nasly Catalina Díaz Pérez, Sara Caroline Martínez Vera, Heidy Tatiana Mojica Díaz, María Camila Rodríguez Figueroa

99

TRADUCCIÓN

HISTORIAS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN AMÉRICA LATINA: LA PRIMERA DÉCADA DE CREACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Autores: Gustavo Artur Monzeli, Rodolfo Morrison, Roseli Esquerdo Lopes Traducción: Clara Duarte Cuervo y Gustavo Artur Monzeli

113

PRESENTACIÓN DE LIBRO

DESCOLONIZANDO LA TERAPIA OCUPACIONAL PRESENTACIÓN DEL LIBRO OCUPACIÓN HUMANA: DE LA MATRIZ COLONIAL MODERNA HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE SABERES SOCIALES DEL SUR, DE LIDA PÉREZ ACEVEDO

Alejandro Guajardo Córdoba

137

Perspectivas y retos regionales en Terapia Ocupacional: una mirada desde la representación de Colombia en la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales – CLATO

Regional perspectives and challenges in Occupational Therapy:
A view from the Colombian delegation to the *Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales* – CLATO

Perspectivas e desafios regionais em Terapia Ocupacional: um
olhar a partir da representação de Colômbia na *Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales* – CLATO

Alexander Agudelo Orozco¹
Sandra Marcela Zúñiga Bolívar²
Livet Rocío Cristancho González³

Agudelo Orozco, A., Zúñiga Bolívar, S. M. y Cristancho González, L. R. (2021). Perspectivas y retos regionales en terapia ocupacional: una mirada desde la representación de Colombia en la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales - CLATO. *Revista Ocupación Humana*, 21(2), 64-71. <https://doi.org/10.25214/25907816.1193>

¹ Terapeuta ocupacional. Magíster en Administración en Salud. Doctor en Terapia Ocupacional. Presidente de la CLATO. Cali, Colombia. alexanderagudelo6@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-2337-0376>

² Terapeuta ocupacional. Magíster en Salud Pública. Delegada Principal por Colombia ante la CLATO. Cali, Colombia. sandramarcelazb@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-4931-3369>

³ Terapeuta ocupacional. Magíster en Integración de Personas con Discapacidad. Magíster en Salud Pública. Delegada suplente por Colombia ante la CLATO. Villahermosa, México. livetcristancho@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-0817-0392>

La Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales (CLATO) es una organización civil, sin fines de lucro, creada en 1997. Colombia, a través de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional⁴, es uno de sus miembros fundadores. El propósito de la CLATO es desarrollar la profesión en la región, fortalecer la identidad y ampliar los campos de acción y cooperación internacional entre las asociaciones, instituciones y organizaciones de estudiantes y profesionales de los países participantes, a través del intercambio de opiniones y acciones gremiales, académicas, científicas y sociales.

Actualmente, los países miembros de CLATO son Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Bolivia, Perú, Costa Rica, Chile, México, Panamá, Uruguay, Paraguay, Venezuela, República Dominicana, Puerto Rico y Haití. Con ellos se han desarrollado acciones como: promover la agremiación a través del acompañamiento a sus delegadas y delegados; divulgar las acciones que se llevan a cabo en los países usando las redes sociales; desarrollar acuerdos de cooperación para la generación de conocimiento; realizar intercambios de conocimientos a través de los congresos latinoamericanos de Terapia Ocupacional, que se constituyen en un espacio académico, social y cultural en el que cada dos años participan estudiantes, docentes y profesionales, y fomentar la incidencia en políticas públicas, promoviendo la creación de asociaciones o agremiaciones en cada país.

La actual Junta Directiva de la CLATO está conformada por los terapeutas ocupacionales Alexander Agudelo, presidente (Colombia), y Saulo Andrés Guzmán, vicepresidente (Chile), y las terapeutas ocupacionales Tatiana Cedeño, secretaria (Panamá), y Andrea Villagra, tesorera (Argentina).

Un llamado urgente que hacen las y los terapeutas ocupacionales de la región en los tiempos actuales de crisis sanitaria, es a encontrar respuestas frente al modo en el cual las ocupaciones se están viendo afectadas, no solo por la enfermedad, sino por las medidas y políticas adoptadas por los gobiernos ante la propagación de la COVID-19 y sus potenciales repercusiones en sistemas de salud debilitados por los ajustes económicos a los que históricamente han sido sometidos los países latinoamericanos (Agudelo et al., 2020).

La situación desencadenada por la pandemia y otras realidades plantean a la Terapia Ocupacional latinoamericana una serie de retos en diferentes aspectos, algunos de los cuales han sido objeto de reflexiones y acciones al interior de la CLATO y se esbozan a continuación.

⁴Actualmente, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional.

Retos actuales de la Terapia Ocupacional en Latinoamérica

Formación

Hace más de seis décadas que la profesión llegó a la región. Los desarrollos que se observan en los diferentes países obedecen al contexto social, económico y político de cada territorio. Por ejemplo, en algunas escuelas de México la formación en Terapia Ocupacional dura ocho semestres, en países como Perú, Argentina, Colombia o Brasil puede alcanzar nueve o diez semestres. Así mismo, se observan diferencias en los enfoques de los programas académicos; mientras en algunos países predomina el enfoque biomédico, en otros lo hacen el social o el biopsico-social (Cristancho y Llanos, 2019).

Lo anterior genera diferencias en los campos de desempeño profesional. Además del ámbito asistencial, existen en los países de la región otras áreas de trabajo como la educativa, de justicia, de gestión social, comunitaria, de gestión administrativa, entre otras. En este sentido, sigue siendo un desafío apoyar a todos los países en el proceso de crecimiento de la profesión, buscando consolidarla en los diversos campos que se ejercen actualmente en Latinoamérica.

Contratación

Se han identificado diversos tipos de vinculación laboral de terapeutas ocupacionales en la región. Se encuentran los contratos de planta o por nombramiento, por evento, por prestación de servicios y a término definido de entre tres y doce meses. Las condiciones de trabajo vigentes han llevado a las y los profesionales de Terapia Ocupacional a ejercer mediante una práctica independiente donde no se evidencia ningún tipo de subordinación laboral que genere una relación empleador/a-empleado/a, llevando a una situación de inestabilidad laboral (Jaimes y Saucedo, 2012).

Por otra parte, la contratación de terapeutas ocupacionales ha sido permeada por políticas laborales que, aunque aparentemente buscan la estabilidad, la eficiencia, la efectividad y la calidad, reflejan una tendencia a la desestabilización del régimen laboral burocrático. Así, la contratación por prestación de servicios prevalece en América Latina, generando una crisis en la que la precariedad laboral amenaza el ejercicio profesional: las relaciones contractuales son cada vez más informales –puesto que se basan en un modelo de productividad del mercado–, la remuneración está sujeta al tiempo de trabajo y la renovación de los contratos queda a entera discreción del empleador o empleadora.

Todo esto afecta la identidad institucional y el compromiso con las organizaciones, bases para un trabajo eficiente y dedicado, repercutiendo a su vez en los procesos terapéuticos y, en especial, en quienes usan los servicios. Adicionalmente, en muchas oportunidades esta realidad cuestiona el interés y las ganas de realizar formación posgraduada, dado que cada vez los salarios son más bajos y las posibilidades para acceder a una contratación formal son más inciertas (Arroyo, 2002).

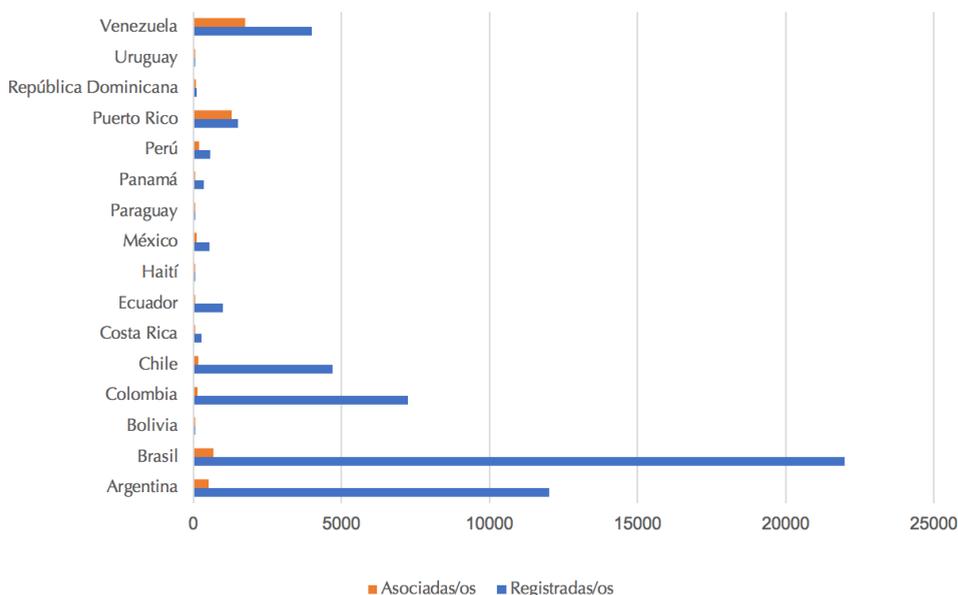
En consecuencia, es un deber conjunto de las y los terapeutas ocupacionales continuar trabajando, desde cada país de Latinoamérica y en articulación con los colegios y asociaciones profesionales, por la regulación en el campo de los recursos humanos en Terapia Ocupacional para posicionar y visibilizar legalmente el ejercicio profesional, de manera que permita promover un trabajo digno y respetuoso, basado en los principios de equidad y justicia (Agudelo et al., 2020).

Agremiación y construcción de redes profesionales

Actualmente en Latinoamérica existe una fuerte convicción y, en algunos casos, una reactivación de la actividad gremial de terapeutas ocupacionales. En países como Ecuador, Uruguay, Bolivia y Haití se están consolidando las asociaciones profesionales. Sin embargo, se requiere fortalecer el compromiso para que las organizaciones se consoliden, se promueva la participación de las y los estudiantes en la Red Latinoamericana de Estudiantes de Terapia Ocupacional (REALTO), y para que estas agremiaciones trabajen conjuntamente.

Según la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) (2020), en los países de Latinoamérica y el Caribe, con muy pocas excepciones, la tasa de agremiación es realmente baja, oscilando entre el 2 % y el 10%. Los países con el mayor número de terapeutas ocupacionales, como Brasil, Argentina, Colombia y Chile, no superan una tasa de agremiación del 5%. De manera global, en los 16 países miembros activos de CLATO, solo el 9,5% de terapeutas ocupacionales pertenecen a la asociación o colegio nacional (figura 1).

Figura 1. Terapeutas ocupacionales registrados por las asociaciones nacionales versus asociados en 2021, en países miembros de la CLATO



Fuente: elaboración propia a partir de los datos reportados por delegados y delegadas de la CLATO.

En términos de trabajo gremial y redes profesionales, la Terapia Ocupacional requiere atención prioritaria, pues la mayoría de los retos que la profesión enfrenta podrían ser abordados desde escenarios gremiales. Son múltiples las razones y argumentos de las y los profesionales para no afiliarse y estos varían de acuerdo con las circunstancias de cada país; se mencionan, entre otros, pocos beneficios por afiliarse, alto valor de la afiliación o no sentirse representados por las agremiaciones.

Procesos en desarrollo

Como parte de la gestión de la CLATO, se han realizado en los últimos años una serie de actividades encaminadas a visibilizar y posicionar la Terapia Ocupacional en América Latina y en el mundo. Estas acciones plantean, a su vez, desafíos para la organización y para la profesión; destacamos los siguientes:

Boletín o publicación formal

Ha sido un propósito de la CLATO tener una revista o boletín oficial para la región. Esto podrá ser realidad una vez se establezcan grupos de investigación regionales y se conforme un comité editorial. Por el momento, las y los profesionales están trabajando en aumentar la producción académica que se publica en las revistas de Terapia Ocupacional de la región.

Publicaciones científicas

Aunque la CLATO no cuenta con una revista científica propia, delegados y delegadas han empezado a publicar textos relacionados con su gestión, resaltando allí aspectos globales para el desarrollo de la profesión en la región. Así, en el año 2020 se publicó el artículo *Reflexiones desde la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales CLATO en Tiempos de COVID-19*, en la Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional – Revisbrato (Agudelo et al., 2020), y en 2021 el artículo *Aula Abierta: una Experiencia Colaborativa entre Profesionales y Futuros Profesionales de Terapia Ocupacional en Latinoamérica y el Caribe*, en la Revista Argentina de Terapia Ocupacional (Villagra et al., 2021). Continuamos con el reto de divulgar nuevo conocimiento en la comunidad académica de terapeutas ocupacionales, apoyando el posicionamiento de la profesión a nivel local, nacional e internacional.

Aula abierta y formación continua

En 2019 se comenzó a gestar una propuesta de trabajo colaborativo entre la CLATO y la REALTO. Un espacio con una agenda común que permitiera el intercambio académico con profesionales de Terapia Ocupacional. Esta idea se consolidó rápidamente debido a la crisis sanitaria mundial ocasionada por la COVID-19. Así, en el año 2020 el proyecto Aula Abierta surgió como una respuesta creativa e innovadora que se ha venido posicionando en la comunidad académica y con-

virtiéndose en un espacio virtual de aprendizaje, sin fines de lucro, exclusivo para estudiantes de Terapia Ocupacional. Esta iniciativa, además, ha logrado alojar gran diversidad de prácticas en los diferentes campos del desempeño profesional.

Por otra parte, la CLATO ha generado estrategias masivas de comunicación de la formación continua a través de las redes sociales. Esto ha permitido que colegas y estudiantes de Terapia Ocupacional tengan la oportunidad de vincularse a cursos, diplomados, capacitaciones y conferencias en vivo ofrecidas por distintas instituciones de educación superior, organizaciones y asociaciones de Latinoamérica para la actualización continua en nuestro campo de acción.

Sitio web

Como un proyecto que era necesario capitalizar y en medio de la coyuntura del inicio de la pandemia, en abril de 2020 se decidió, de manera unánime, invertir recursos de la CLATO en tener el soñado sitio web de la Confederación. Este trabajo ha permitido tener una página institucional de la CLATO y, a su vez, espacios para que cada país miembro, a través de su delegación, pueda difundir información que considere pertinente. Los delegados y las delegadas recibieron formación básica para gestionar estos espacios y empezar a hacer presencia en el mundo a través de una plataforma que, aunque dista de estar terminada, ha servido para hacer presencia en el contexto global y posicionar nuestra agremiación.

Apoyo ante situaciones de los países

La CLATO ha respaldado causas nacionales a solicitud de las delegaciones o las asociaciones. En ocasiones a través de una comunicación, otras, haciendo presencia en espacios académicos de incidencia política. Es un compromiso de la CLATO apoyar a los países miembros con posicionamientos de diferente índole que redunden en mejores condiciones laborales, sociales o académicas.

Barreras lingüísticas

Uno de los desafíos de la región es superar las barreras de la diversidad lingüística. Se requiere establecer mecanismos que faciliten la divulgación de información en diferentes lenguas y, con ello, la participación de países cuyos idiomas oficiales son diferentes al español, como el portugués en Brasil o el francés y el criollo haitiano en Haití.

Encuentro de académicos

El día 13 de noviembre de 2021 se llevará a cabo el encuentro de academias y escuelas de Terapia Ocupacional denominado *Innovaciones Pedagógicas y Didácticas en el Escenario Docente Actual*. Este evento, organizado por la CLATO, busca posibilitar el intercambio de experiencias sobre los desafíos que ha implicado la virtualización de la educación superior durante la pandemia. Se considera de vital importancia

destacar los esfuerzos de docentes y estudiantes en este abrupto proceso de cambio, valorando cada experiencia desde la acción formadora en la región.

Encuentro de saberes

Del 17 al 19 de noviembre de 2021, la CLATO realizará un encuentro regional de saberes cuyo propósito es generar condiciones que posibiliten a profesionales y estudiantes de Terapia Ocupacional de América Latina y el Caribe compartir experiencias generadas durante la pandemia. Se han propuesto como ejes las áreas del ejercicio profesional en educación, gestión social y comunitaria, atención en salud y otras. Será un espacio abierto para compartir, reflexionar y conocer escenarios desarrollados durante el último año.

En conclusión, durante los últimos años y especialmente el anterior, las y los terapeutas ocupacionales de la región han diversificado sus acciones buscando ajustarlas a las condiciones y necesidades sociales, políticas y económicas locales. Ha sido un propósito de la CLATO fortalecer las organizaciones, divulgar los avances de cada país, visibilizar el trabajo de las agremiaciones de los países miembros y convocar a los que aún no lo son a la Confederación, para trabajar por el crecimiento de la profesión. Cabe resaltar que este esfuerzo hace parte del compromiso de las asociaciones y colegios profesionales de Latinoamérica y el Caribe; quedan pendientes muchos otros y los que llegarán con los cambios rápidos que nuestro contexto nos plantea.

Referencias

- Agudelo, A., Cedeño, T., Guzmán, S. A. y Villagra, A. (2020). Reflexiones desde la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales - CLATO en tiempos de COVID-19. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, sup.4(3), 275-280. <http://dx.doi.org/10.47222/2526-3544.rbto3446>
- Arroyo, J. (2002). Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el Área Andina, en los albores de los 2000. *Anales de la Facultad de Medicina*, 63 (3), 212-222. <https://doi.org/10.15381/anales.v63i3.1501>
- Cristancho, L. y Llanos, M. (2019). Reflexiones sobre el desarrollo de la Terapia Ocupacional y el rol profesional en tres países de Latinoamérica. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 75(2), 98-104. <https://doi.org/10.1080/14473828.2019.1647988>
- Jaimes, E. y Saucedo, E. (2012). Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología*, 16(27), 08-22. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v16n27/n27a01.pdf>
- Villagra, A., Amaral, A., Zúñiga, S., Marín, E., González, S., Tarqui, L. y Cedeño, T. (2021). Aula Abierta. Una experiencia colaborativa entre profesionales y futuros profesionales de Terapia Ocupacional en Latinoamérica y el Caribe. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(1), 12-16. <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2021jul-dossier1.pdf>
- World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2020). *Human resources project*. WFOT. <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-human-resources-project-2020-numerical>

Significados y retos de la Terapia Ocupacional en cuidados paliativos: una perspectiva desde la experiencia práctica estudiantil

Meanings and challenges of Occupational Therapy in Palliative Care: a perspective from the student fieldwork experience

Significados e desafios da Terapia Ocupacional em cuidados paliativos: uma perspectiva a partir da experiência prática estudiantil

*Damián Alexander Baena Leal*¹

*Paola Alejandra Rojas Pulido*²

*Nohora Stella Díaz Cubillos*³

*Viviana Marcela León Perilla*⁴

*Sylvia Cristina Duarte Torres*⁵

Recibido: 7 de abril 2021 • Enviado para modificación: 13 de junio 2021 • Aceptado: 11 de agosto 2021

Baena Leal, D. A., Rojas Pulido, P. A., Díaz Cubillos, N. S., León Perilla, V. M. y Duarte Torres, S. C. (2021). Significados y retos de la Terapia Ocupacional en cuidados paliativos: una perspectiva desde la experiencia práctica estudiantil. *Revista Ocupación Humana*, 21(2), 72-87. <https://doi.org/10.25214/25907816.1102>

RESUMEN

Los cuidados paliativos buscan impactar en el bienestar de las personas que cursan una condición de salud crónico-degenerativa u otras que acorten su esperanza de vida. Considerando la escasez de terapeutas ocupacionales con formación en esta especialidad en Colombia y otros países, este artículo presenta reflexiones sobre los significados y retos que planteó a dos

¹Terapeuta ocupacional. Fundación Surcos. Bogotá, Colombia. dabaenal@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9811-7121>

²Terapeuta ocupacional. Fundación Avante. Bogotá, Colombia. paarojaspu@unal.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0002-1450-6745>

³Terapeuta ocupacional. Magister en Administración en Salud. Doctora en Aplicaciones del Arte en la Integración Social. Docente, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. nsdiazc@una.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0001-9069-8454>

⁴Terapeuta ocupacional. Magister en Terapia Ocupacional. Candidata a doctora en Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. Bogotá, Colombia. vivianaleonperilla.to@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2323-921X>

⁵Terapeuta ocupacional. Magister en Bioética. Docente, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. scduartet@unal.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-0516-2696>

estudiantes de pregrado en Terapia Ocupacional y sus docentes, su experiencia en una práctica formativa en cuidados paliativos con personas adultas y adultas mayores hospitalizadas. Enlazando la subjetividad de cada estudiante con este contexto surgieron cinco ejes alrededor de los cuales se desarrolla el texto: relación terapéutica; ocupación significativa y espiritualidad; fatiga por compasión; reflexiones éticas, y formación profesional. Se concluye que en la formación de terapeutas ocupacionales es necesario implementar estrategias pedagógicas que enriquezcan el hacer humanizado, ético, crítico y centrado en la persona.

PALABRAS CLAVE

Terapia Ocupacional, cuidados paliativos, educación profesional

ABSTRACT

Palliative care seeks to impact the well-being of people with a chronic-degenerative health condition or others that shorten life expectancy. Considering the shortage of occupational therapists trained in this specialty in Colombia and other countries, this paper presents the reflections of two undergraduate Occupational Therapy students and their professors on the meanings and challenges of their fieldwork in palliative care training for practice with hospitalized adults and older adults. By linking the students' subjectivity with this formative context, five axes emerged: the therapeutic relationship, meaningful occupation and spirituality, compassion fatigue, ethical reflections, and professional training. The conclusion is that it is necessary to establish pedagogical strategies that enrich a humanized, ethical, critical, and person-centered practice in occupational therapists' training.

KEY WORDS

Occupational Therapy, palliative care, education, professional

RESUMO

Os cuidados paliativos buscam impactar o bem-estar das pessoas que têm uma condição de saúde crônico-degenerativo ou outras que reduzem sua expectativa de vida. Considerando a escassez de terapeutas ocupacionais formados nesta especialidade na Colômbia e em outros países, este artigo apresenta reflexões sobre os significados e desafios colocados a dois alunos de graduação em Terapia Ocupacional e seus docentes, tendo em vista sua vivência numa prática discente em cuidados paliativos com adultos e idosos hospitalizados. Vinculando a subjetividade de cada aluno a esse contexto, emergiram cinco eixos em torno dos quais o texto se desenvolve: relação terapêutica, ocupação significativa e espiritualidade, fadiga por compaixão, reflexões éticas e formação profissional. Conclui-se que, na formação de terapeutas ocupacionais, é necessário implementar estratégias pedagógicas que enriqueçam o fazer humanizado, ético, crítico e centrado na pessoa.

PALAVRAS-CHAVE

Terapia Ocupacional, cuidados paliativos, educação profissional

Introducción

El fin de la vida es un proceso transformador, un fenómeno común que todos los seres vivos experimentamos por única vez. En algunos casos el tránsito hacia el fin de la vida puede representar cambios en la ocupación y en las dimensiones físicas, mentales, sociales y espirituales de quien lo vive y de las personas que hacen parte de su círculo social. En este proceso, las personas pueden interactuar con profesionales del área de cuidados paliativos, entendidos, de acuerdo con la legislación colombiana, como:

Los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. (Ley 1733/2014)

Esta atención se brinda en centros hospitalarios, hospicios o en el hogar, con un enfoque interdisciplinar orientado a la comprensión holística de las necesidades expresadas por la persona y su familia para disminuir el dolor total (físico, mental, social y espiritual) (Del Río y Palma, 2007; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Desde 1967 se ha buscado que las personas con procesos terminales de salud –sean estos por condiciones crónicas, degenerativas, incurables u otras que acorten la esperanza de vida– transiten por ellos con calidad y dignidad (Del Río y Palma, 2007). La OMS (2020) reporta que los avances en las condiciones

sociosanitarias a nivel internacional, el acceso a la atención médica, el aumento en la expectativa de vida, el crecimiento socio-demográfico, el envejecimiento poblacional y el incremento de la prevalencia de condiciones de salud no transmisibles han conllevado a que este proceso transcurra con mayor frecuencia en centros hospitalarios, no en los hogares.

Por lo anterior, se estima que en el mundo hay más de 40 millones de personas que requieren cuidados paliativos y que el 78% de ellas se encuentra en países con ingresos bajos y medios, donde solamente el 14% recibe atención paliativa (OMS, 2020). Por otro lado, según el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (2019), en 2018 se presentaron en el país 33.404 decesos por condiciones de salud plausibles de cuidados paliativos, siendo las principales: oncológicas (10.291), isquémicas de corazón (8.557), cerebrovasculares (3.418) y de vías respiratorias inferiores (3.479). En Bogotá se presentaron 5.157 de estas muertes. Lo anterior denota la necesidad, no solo de la atención, sino de la formación de talento humano en salud para dar respuestas a las realidades de las personas y sus familias (OMS, 2020).

El papel de la Terapia Ocupacional en cuidados paliativos ha evolucionado durante varias décadas. Las y los terapeutas ocupacionales han trabajado en esta área en diferentes escenarios prácticos, como el domiciliario y hospitalario, y han estudiado el rol de la ocupación en esta etapa (Hammill et al., 2014; Mills y Payne, 2015). Por otra parte, en la literatura

se reconoce su papel dentro del equipo multidisciplinario, potenciando la calidad de vida de la persona y sus familiares a través de la ocupación; sin embargo, tradicionalmente no se les contempla dentro de los contextos de atención de cuidados paliativos (Pyle, 2018).

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha propuesto incorporar en los planes de estudios estrategias formativas que involucren experiencias prácticas en este campo (Hammill et al., 2014). Essential y McColl (2019), por su parte, gestaron un modelo para los cuidados paliativos basado en los siguientes aspectos claves: la ocupación significativa como parte central; el *hacer*, entendido como la participación activa en ocupaciones nuevas o cotidianas; el *ser*, en relación con la identidad y la subjetividad que caracteriza a la persona; el *pertenecer*, que reivindica las interacciones con otros y otras (familia, grupo de apoyo), y el *llegar a ser*, como el legado que posibilita reafirmar la vida y prepararse para la muerte en un entorno seguro y de soporte.

Respecto a la experiencia formativa de estudiantes en esta área, Warne y Hoppes (2009) documentaron las lecciones aprendidas por una estudiante en la atención de un usuario al final de su vida. Tales lecciones incluyen reconocer el potencial de la ocupación en momentos de pérdida; hacer la diferencia en contextos adversos; aprender de la vida y la muerte, y la convicción personal del *ser* en la profesión, entendiendo que hay oportunidades de mejora en el *hacer*. De igual manera, evidenciaron la responsabilidad de los programas de formación en apoyar a sus estudiantes cuando experimentan tristeza, miedo o incertidumbre, señalando que las y los docentes e instructores clínicos se con-

vierten en una red de apoyo para que realicen cierres, articulen lo aprendido y continúen con su carrera.

En Australia, Meredith (2010) exploró el conocimiento en cuidados paliativos adquirido durante el pregrado por 24 terapeutas ocupacionales que posteriormente ejercieron en esta área. Con base en los resultados del estudio, formuló las siguientes recomendaciones para la formación de terapeutas ocupacionales: fortalecer habilidades para la comunicación y la expresión en situaciones específicas como el diálogo sobre la muerte y el acompañamiento en el duelo (empatía contra simpatía); incluir reflexiones en torno a los valores y las creencias sobre la muerte y la espiritualidad, donde también se aprenda a orientar las sesiones con un enfoque centrado en la persona, no en la rehabilitación con metas impulsadas por el o la terapeuta.

En relación con lo anterior, por lo general los estudios revisados establecen la práctica centrada en la persona como pilar para promover la calidad de vida y destacan el Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional, así como la atención holística, ética y humanizada como factores prioritarios en la atención. Igualmente, permiten diferenciar dos enfoques: el tradicional, que se sustenta en la rehabilitación, y otro centrado en la participación en ocupaciones significativas (Keesing y Rosenwax, 2011; Mills y Payne, 2015).

Recientemente en Sudamérica se generaron lineamientos de atención paliativa en el escenario de la pandemia por COVID-19 (Gonçalo et al., 2020) y se han gestado y documentado prácticas en cuidados paliativos, destacándose el volumen de la producción

brasileña frente a la de países hispanoamericanos (Nascimento, 2019). Perilla y Joaquim (2020), por su parte, reflexionaron sobre los factores profesionales y contextuales que impactan el quehacer del terapeuta ocupacional en los equipos de cuidados paliativos; mientras Nascimento y Delboni (2021) relataron una experiencia exitosa con un sujeto, con quien se logró afirmar la vida y construir un legado por medio de la ocupación significativa.

No obstante, son pocas las publicaciones de habla hispana que dan lugar a las experiencias estudiantiles. Una de ellas aborda la evaluación del efecto de un programa de formación en cuidados paliativos, empleando la Escala de Bugen con estudiantes de ciencias de la salud (Schmidt-RioValle et al., 2012); otras exploran el rol profesional y las estrategias de afrontamiento en el contexto de atención paliativa de niños, niñas y adolescentes (Bermúdez et al., 2016; Castillo et al., 2019).

En Colombia se han estudiado las acciones terapéuticas desde la logoterapia en personas con enfermedades crónicas en fases avanzadas (Díaz et al., 2002), sin embargo, no encontramos publicaciones que den cuenta del punto de vista estudiantil en nuestra profesión. Como estudiantes de Terapia Ocupacional consideramos relevante reflexionar sobre la práctica, dar voz y lugar a nuestra experiencia en contextos particulares de atención. Por lo anterior, en este artículo desarrollamos algunas reflexiones sobre los significados y retos que se gestaron en nuestro paso por la práctica formativa en cuidados paliativos con personas adultas y adultas mayores en un hospital de Bogotá.

Los insumos principales para estas reflexiones incluyen el sentir, pensar y hacer del primer y la segunda autora de este artículo en ese contexto específico, sus narraciones en primera persona se incluyen a lo largo de este escrito. Desde el inicio y hasta el final de la práctica, entre agosto y noviembre del año 2019, se realizaron sesiones de continua introspección, diálogo y discusión sobre las experiencias vividas con 23 personas adultas y 18 adultas mayores hospitalizadas por diversas condiciones de salud (63% por procesos oncológicos). En la mitad y al culminar la práctica formativa, con la participación de las terapeutas ocupacionales (autoras tercera y quinta), se intercambiaron preguntas para recordar situaciones, conversaciones y emociones con la mayor precisión posible, destacando aquellas que impactaron el hacer discente en la práctica de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos. En el ejercicio del rol docente, estas profesionales también realizaron procesos de observación, orientación y reflexión conjunta sobre las acciones terapéuticas en este escenario educativo. En conjunto con la cuarta autora se ampliaron y revisaron los aspectos clave del texto.

Esta dinámica nos permitió consolidar cinco temáticas alrededor de las cuales se desarrolla la reflexión: relación terapéutica; encuentros con la ocupación significativa y la espiritualidad; fatiga por compasión; reflexiones éticas entre tensiones y miradas diversas sobre el hacer terapéutico, y formación profesional. Al final de cada una de ellas proponemos algunas recomendaciones derivadas de nuestro sentir y vivir la Terapia Ocupacional en cuidados paliativos.

Sobre la relación terapéutica

La relación terapéutica es una parte esencial del acercamiento y de las sesiones con las personas durante todo el proceso de atención. Estar en el presente, llegar con la mejor actitud y abiertos a escuchar con empatía y tacto humano fueron las mejores estrategias, nos permitieron romper las tensiones previas, validar sus sentimientos y pensamientos, y facilitaron una mayor receptividad en las sesiones cuando surgían situaciones de dolor o sufrimiento, una posible constante en el fin de la vida. El diálogo asertivo, los comentarios, los momentos alegres, las memorias y las reflexiones existenciales hicieron parte de las sesiones, configurando a la relación terapéutica como un medio crucial en todo el proceso.

Fue evidente que las necesidades de las personas de la familia y cuidadoras pueden pasar a un segundo plano, sea por la atención de las y los diferentes profesionales, por factores del sistema de salud o porque ellas mismas deciden relegar su autocuidado por las situaciones que viven. Por eso, consideramos la necesidad de brindarles una atención que estuviera al tanto de su bienestar físico, mental, emocional y espiritual.

Reconocemos que hacer parte del proceso de fin de vida de una persona con quien no compartimos lazos sanguíneos o de amistad nos hace sentir inicialmente como intrusos, pues se trata de un momento íntimo. Pero durante las sesiones, el establecimiento de la relación terapéutica permitió que gradualmente nuestro ser se convirtiera en una parte fundamental dentro de la red de apoyo, como se expresa en el siguiente relato:

Recuerdo cuando se dio inició al protocolo de fin de vida y sedación paliativa. Los familiares nos permitieron estar en espacios en los que expresaron sus emociones y su sentir más profundos, afirmaron sus expresiones espirituales en familia, lloraron y aceptaron que tenían que dejar ir a su padre/madre, hijo/hija para que su camino hacia el fin de vida no fuera doloroso. En este momento fueron los familiares quienes más nos agradecieron por ese acompañamiento en el cual podían decir algunas palabras o permanecer en silencio.

Encuentros con la ocupación significativa y la espiritualidad

Desde nuestra experiencia en la práctica, consideramos que las ocupaciones significativas fueron cruciales, siendo nuestro principal medio de acción terapéutica; nos permitieron reivindicar los conocimientos de la profesión al encontrarnos en un contexto sociosanitario que provoca la desconexión de la persona con su cotidianidad. En conjunto pudimos definir cuáles ocupaciones se podían retomar y mantener para lograr un patrón ocupacional equilibrado que generara bienestar.

Recuerdo cuando entré a la habitación del señor J, quien tenía un pronóstico incierto y cursaba con parálisis facial. Se encontraba sin compañía en ese momento, sostenía con sus dedos sus párpados para poder ver quién ingresaba a la habitación... Todas las mañanas leía el periódico y desde su complicación de salud esta actividad

se había visto restringida... así que para ese día habíamos acordado leer el periódico. Cuando entré, me dijo que se encontraba extremadamente agotado; él solo quería hablar. Conversamos sobre temas de su interés: la muerte. Finalizamos la sesión sin dificultades. Él agradeció el espacio por darle la oportunidad de elegir y aliviar por un momento su malestar. Me dijo que, en la próxima sesión, con seguridad, íbamos a leer. Esa actividad no se pudo realizar... él falleció esa noche.

Aunque en la literatura nos encontramos con frecuencia con la dimensión espiritual, al no ser tangible y tener interpretaciones que pueden ser infinitas, su aplicabilidad en el terreno práctico no fue fácil. La relación de esta con la ocupación significativa, el arte, el hacer cotidiano, el impacto en la esencia del ser y la conexión con lo trascendental nos permitieron brindar acciones terapéuticas con sinergias entre ambas, ¡es casi imposible separarlas! Fue así como la espiritualidad se convirtió en un eje transversal en las sesiones que orientamos, ya que en situaciones que cursan con procesos de salud incurables, progresivos y terminales, hasta el más fuerte se vuelve vulnerable y suelen emerger cuestionamientos sobre lo que conecta la vida con el entorno.

Desarrollamos sesiones específicas para favorecer la expresión espiritual y lograr la afirmación de la vida o la preparación para su fin. Encontramos, por ejemplo, experiencias relacionadas con la ruralidad, donde la conexión con las actividades del campo y el hogar cobraron relevancia: el respirar aire fresco y contemplar el amanecer, jugar con las hijas e hijos, fueron parte de los

recuerdos que más añoraban las personas y que, al comunicarlos, reflejaban felicidad y nostalgia. También tuvimos sesiones en las que se exploraron prácticas religiosas como orar o rezar, donde la búsqueda de conectar con un ser divino y reivindicarse fueron expresadas como necesidades ocupacionales muy importantes.

Por lo anterior, entendemos que la ocupación significativa y su estrecha relación con la dimensión espiritual son componentes trascendentales para la atención en cuidados paliativos, ya que también brindan a las personas sensaciones de tranquilidad, seguridad y fortaleza. De igual manera, durante las sesiones conjuntas las y los familiares expresaron mejorías a nivel psicosocial en cuanto al manejo del estrés y sensaciones de paz, especialmente en situaciones posteriores al inicio del protocolo de sedación paliativa de su ser querido.

La espiritualidad es una dimensión crucial para la comprensión de la ocupación y la visión holística de la persona. Definir y entender la espiritualidad, así como generar posibilidades para su uso en la Terapia Ocupacional ha sido y sigue siendo un reto, al no ser un fenómeno de estudio tangible (Rose, 1999; Hasselkus, 2011; Billock, 2011; Mthembu et al., 2018). Establecer una atención centrada en la persona que permita identificar lo trascendental y lo relevante, sin imponer valores personales y prejuicios ante las interpretaciones de la vida y de lo sagrado, puede posibilitar la sensación de paz, profundizar y mantener las creencias espirituales, incluso ante el avance irreversible de la condición de salud (Milliken, 2020), pues facilita el tránsito hacia el fin de la vida con un sentir único e, inclusive, (re)

construir la historia de vida (Nascimento y Delboni, 2021).

Por lo anterior, invitamos a quienes nos leen a explorar su espiritualidad realizando actividades tales como la meditación, el yoga, la respiración consciente, hacer arte, actividades corporales y otras formas de expresión espiritual en la vida cotidiana que contribuyan a la conexión de su ser con lo trascendental, pues posibilitan crear puentes con la naturaleza y el entorno social (Hassekus, 2011). La práctica cotidiana de expresiones espirituales puede ayudar a estudiantes y profesionales a vislumbrar la diversidad de estas y a ampliar la noción de esta dimensión, para posteriormente incorporarlas en estrategias de valoración y atención, incluyendo la escucha activa ante los cuestionamientos existenciales (Díaz et al., 2002) y la conformación de grupos entre pares para la discusión en torno a las convicciones (Mthembu et al., 2017, 2018). En el contexto de la atención paliativa estas discusiones se centrarían en la muerte, la vida, la espiritualidad, las prácticas religiosas, el respeto por estas y la complejidad que conlleva aplicarlas en las acciones terapéuticas (Farah y McColl, 2008).

Desde el diálogo interno hasta el cuidado mutuo: fatiga por compasión

En la práctica, por su naturaleza, vivimos diversas emociones que describimos como una montaña rusa: pasábamos de momentos de máxima alegría a otros de profunda tristeza. Así, se configuró un tejido emocional con las interacciones directas e indirectas con los diversos actores de nuestra experiencia: pares, profesionales, docentes, personas que cursaban por procesos de

fin de vida y sus familiares. Sobre todo con estos últimos, pues resulta inevitable establecer vínculos terapéuticos que conectan lo más profundo del ser humano, aún más cuando se hallaban en entornos donde las sensaciones de soledad, angustia, tristeza e ira estaban presentes con frecuencia. Esto sin olvidar que la normalización de la muerte en la vida profesional, el establecimiento de relaciones verticales y la incertidumbre también permearon en la construcción de nuestra montaña rusa emocional.

En varias situaciones, tanto en el desarrollo como al finalizar las sesiones, surgieron sentimientos de tranquilidad o felicidad en la persona y en nosotras, ya que las conversaciones o el hacer terapéutico podían fluir entre los logros alcanzados. Pero en otros momentos veíamos a las personas desmejorar en medio de su proceso de enfermedad, con dificultades para controlar el dolor y otros síntomas, enfrentando las expresiones emocionales de sus cuidadores. En muchas ocasiones, buscar formas para mitigar la exacerbación de todo esto nos generó una pesada carga emocional.

Recuerdo que la primera vez que falleció uno de mis usuarios, si bien me abstuve de pedir ayuda frente a esta situación, al comentarla con profesionales del hospital sentí que la normalizaron y generaron un ambiente en el que parecía como si nada hubiese sucedido. Siento que, de alguna manera, después de un tiempo se te empieza a colocar un caparazón, una barrera para evitar que estas situaciones te afecten. Fue después, en mi hogar, por la noche, cuando al permitirme recordar y sentir lo que había pasado, un gran peso cayó sobre mí y la única

manera de liberarlo fue llorando en medio de la oscuridad y la soledad.

Como medidas para disminuir las repercusiones de la fatiga por compasión, decidimos compartir en nuestro grupo aquellas experiencias mediante el diálogo, sin filtros, sin caparazones y de forma individual. También tratamos de mantener nuestras ocupaciones significativas: hacer ejercicio, meditar, compartir con seres queridos, aprender otros idiomas, entre otras. También reconocimos y rememoramos los momentos inolvidables que eran positivos:

Al haber terminado una sesión y comentarle a la persona que ya me iba, me sonrió con cierta nostalgia, se puso de pie y me abrazó dándome las gracias.

Como resultado de nuestras experiencias en la práctica, vemos importante generar espacios de reflexión y soporte emocional donde se busque el cuidado mutuo y disminuir la fatiga por compasión causada por la exposición al dolor de las personas y sus familiares. Para ello, explorar en la práctica el potencial que tiene el hacer grupal en las formas de pertenecer –tanto de estudiantes como de profesionales– en el colectivo de la Terapia Ocupacional (Mthembu et al., 2017). En consecuencia, el diálogo horizontal es vital para la configuración de un entorno seguro, de aprendizaje y de afrontamiento de desafíos (Warne y Hopes, 2009; Castillo et al., 2019). Estos elementos se deben establecer formalmente dentro de los tiempos de práctica; de lo contrario, pueden pasar a un segundo plano, restándole relevancia al hecho de que estudiantes y profesionales son seres que también sienten y piensan.

Transitando entre tensiones y miradas diversas: reflexiones éticas en torno al hacer terapéutico

El razonamiento bioético se convirtió en un elemento primordial para el desarrollo de nuestro ejercicio práctico en cuidados paliativos. Este parte de reconocer que dicha labor se realiza con un enfoque de calidad de vida y muerte digna, buscando mantener la ocupación en un contexto en el que pueden configurarse múltiples barreras que restrinjan la expresión emocional antes las situaciones de estrés constante generadas por los cambios repentinos del estado de salud y en las que predominan el miedo y la desesperanza.

Por otra parte, desde nuestra experiencia, hubo diferentes espacios en los que nos encontramos frente a tensiones éticas. Estas emergieron, por ejemplo, ante desacuerdos con otros profesionales de Terapia Ocupacional respecto a las acciones terapéuticas en cuidados paliativos, en especial, ante la imposición de un enfoque tradicional enmarcado en la rehabilitación física. Tal enfoque se basa, principalmente, en la recuperación de habilidades, y establece un parámetro de efectividad del tratamiento medida a partir de los resultados en términos de las actividades de la vida diaria. Esta perspectiva puede resultar capacitista y reduccionista, al contemplar parcialmente a la persona aislándola de su contexto familiar y social en lugar de permitirle explorar y elegir objetivos, mejorar su calidad de vida, mantener su autonomía para decidir en qué ocupación participar, así como expresar y respetar sus deseos de aceptar o rechazar las sesiones con el debido consentimiento informado.

De esta manera, posponer o cancelar atenciones por autodeterminación de la persona ante situaciones de dolor, malestar, cansancio, estados de somnolencia, entre otros, fueron motivo de llamados de atención por no lograr su participación. Esto resultó en interpretaciones desde una mirada no contextualizada en cuidados paliativos por parte de otros actores del entorno hospitalario: “están evitando a la persona”. Así, nos sentimos presionados y tensos ante requerimientos asistenciales basados en marcos de referencia que consideramos reduccionistas. Sin embargo, cuestionamos, reflexionamos y afirmamos nuestro lugar en la atención paliativa teniendo en cuenta el significado del equilibrio ocupacional en este escenario (Nissmark y Malmgren, 2018) y qué era lo que debía primar: el desarrollo de la actividad o lo que manifestaban la persona y, en ocasiones, sus familiares.

De igual manera, al plantear los objetivos de atención, pudimos evidenciar que en algunas ocasiones las personas preferían que se realizará el acompañamiento a sus familiares, más que a ellas mismas; manifestaban ser conscientes de su condición de salud y estar en paz con esta, así que preferían mantenerse solo en el manejo de los síntomas y el dolor. Por esa razón algunas sesiones de atención se basaron en ser un o una agente que escuchaba, acompañaba, validaba emocionalmente y, si era necesario, apoyaba la búsqueda de soluciones ante situaciones particulares.

Lo anterior generó tensiones relacionadas con las competencias y funciones, ya que algunas perspectivas establecían que había otros profesionales que cumplían con ello. Surgió entonces el dilema de continuar o no con esta manera

de atención, aun cuando los objetivos y estrategias se habían concertado con las personas desde la primera sesión. Así, encontramos un punto de cuestionamiento hacia el acompañamiento terapéutico, una figura que las y los terapeutas ocupacionales han utilizado en otros escenarios para facilitar la participación ocupacional. También frente a la terminología, pues nos invitaba a pensar en cuestiones de funcionalidad e independencia, no en el control del dolor total.

Cómo sentirme con esa acumulación de emociones cuando tenía una actividad pendiente que pudo haber afirmado su vida y hacer de su deceso algo más confortable y digno, pero que no pudimos realizar porque falleció antes de iniciar la jornada. Tuve pensamientos recurrentes de incertidumbre sobre lo que pudo pasar o no, con opiniones encontradas entre lo que expresaba el señor J y las acciones terapéuticas que demandaba el sistema de salud.

Antes de realizar la valoración y las acciones terapéuticas, se dialogaba con la persona y sus familiares explicando las dinámicas y el potencial de la atención, así como el rol de cada actor, incluidos nosotros y nosotras mismas; finalmente, con el consentimiento informado rechazaban o aceptaban la atención. Esto facilitó una buena recepción y la participación en el planteamiento de objetivos y posibles estrategias. Por esta razón no consideramos necesaria una atención basada en la persuasión, que se da en aquellos casos en los que la persona se niega a iniciar el proceso o decide posponer sesiones o interrumpir el servicio. Pensamos que cuando una persona se sigue negando a participar, se debe res-

petar esta decisión sin tomarlo como un reto personal no cumplido, dando prioridad a la voluntad que ha expresado y siguiendo así los principios bioéticos de autonomía y no-maleficencia.

Si bien en nuestra experiencia no se llevaron a cabo sesiones conjuntas con profesionales de psicología, trabajo social u otras especialidades, a excepción del médico paliativista, destacamos la reflexión de Perilla y Joaquim (2020) sobre los factores que pueden influir en la atención multidisciplinar, pues invitan a integrar a la formación los aprendizajes de experiencias y oportunidades exitosas que pueden contribuir a aumentar la confianza y la seguridad en el quehacer articulado con otras profesiones.

Adicionalmente, creemos que es indispensable aunar esfuerzos en el colectivo de terapeutas ocupacionales de Colombia para construir un documento de posición que dé luz sobre nuestro quehacer en este campo. Ello podría motivar a estudiantes y profesionales a participar en los diferentes dispositivos de atención paliativa (Keesing y Rosenwax, 2013; American Occupational Therapy Association [AOTA], 2016) y enriquecer el perfil profesional concebido en el país (Navas y Tenorio, 2016), articulando los procesos de salud con lo espiritual en este contexto de atención.

Por otra parte, consideramos necesario consolidar los conceptos de actividad, actividad terapéutica y ocupación (Crepeau y Schell, 2011), y las implicaciones de la relación terapéutica (Price, 2011) en cuidados paliativos; asimismo, ahondar en la noción de ocupación para las personas que se encuentran en fin de vida (Park Lala y Kinsella, 2011; Essential y McColl, 2019). Esto puede ayudar a es-

clarecer y dar bases para la identificación y la resolución de las tensiones éticas que se gestan por factores contextuales y que podrían permear las relaciones entre estudiantes y profesionales (Kinsella et al., 2008). A su vez, puede contribuir a la consolidación de las herramientas comunicativas de la profesión para participar efectivamente en el contexto de los cuidados paliativos, entablar diálogos con el equipo interdisciplinario y construir puentes con otras profesiones que permitan la atención conjunta (Perilla y Joaquim, 2020).

Lo anterior, ya que los enfoques tradicionales de Terapia Ocupacional, que basan la atención en actividades desde una perspectiva de habilidades y de rehabilitación funcional, tienden a manifestarse de forma hegemónica en cuidados paliativos, un campo en construcción y consolidación. Esto origina tensiones relacionadas con los medios de atención y el vínculo terapéutico, pues al enmarcarse en una relación terapéutica paternalista y autocrática, pueden tensionar los valores y principios bioéticos (Briceño, 2011; Nascimento y Delboni, 2021), oprimir a la persona (Brockett, 2002) y persuadirla en la toma de decisiones, impactando sus prioridades: continuar participando en ocupaciones, mantener patrones ocupacionales, sentirse útil, ser involucrada en su entorno social, dejar un legado y vivir al máximo el día (Von Post y Wagman, 2017), recordar o crear nuevas memorias, disfrutar momentos, expresar emociones y sobrellevar la normalidad (Pickens et al., 2010).

Repensando la formación profesional

Respecto al abordaje y las formas de guiar los planes de atención de nuestra

práctica en cuidados paliativos, consideramos una fortaleza los aprendizajes acerca de la ocupación, el Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 1997, 2002), la práctica centrada en la persona, el abordaje y comprensión del equilibrio ocupacional, la conducta ética profesional, los principios bioéticos y las estrategias de investigación. Sin embargo, vemos la ausencia de espacios para la comprensión del significado real del fin de la vida, pues aunque en algunas asignaturas se nos presenta lo que este implica a nivel biológico y ético, no se abordan asuntos como la interacción de este fenómeno con las ocupaciones y cómo afecta a familiares y estudiantes como seres biopsicosociales.

En cuanto a la comprensión de la ocupación y la muerte, valoramos la formación en la que se expone la importancia y la relación entre la ocupación, el bienestar y la vida. Sin embargo, en el contexto colombiano es evidente la necesidad de promover asignaturas, trabajos de grado y semilleros de investigación que aborden la ocupación como proceso de resignificación de la vida para la muerte digna y que determinen funciones y estrategias humanizadas, holísticas, éticas y centradas en la persona que pueden llegar a configurar las acciones de las y los terapeutas ocupacionales. Consideramos relevante incorporar en estos espacios los diez postulados desarrollados por Díaz et al. (2002) para la investigación, elaboración y validación de instrumentos específicos en cuidados paliativos (Pearson et al., 2007) en las diferentes etapas, sea fin de vida inminente o no, así como las acciones de seguimiento a las estrategias pedagógicas

de afrontamiento y preparación (Schmidt-RioValle et al., 2012).

Por último, es importante evaluar los contenidos de los programas educativos para garantizar que se cuente con formación elemental sobre el duelo, tal como lo establecen el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud [IETS] (2016) para todas y todos los profesionales que conforman el talento humano en salud en Colombia y prestan sus servicios a personas que se encuentran en cuidados paliativos.

Vemos todo esto como una oportunidad para que la Terapia Ocupacional se posicione y visibilice en la comunidad de profesionales en salud como una profesión capaz de brindar respuestas ante las necesidades de las personas en las etapas críticas, validar sus pensamientos y sentimientos, afirmar la vida y preparar para la muerte (Warne y Hoppes, 2009; Essential y McColl, 2019).

Reflexiones finales

Contemplando que la atención en cuidados paliativos es una necesidad vigente a nivel internacional, nacional y local, y a partir de nuestra experiencia práctica, concluimos que es necesario construir desde la formación en pregrado una base que incorpore temáticas y simulaciones para orientar la práctica profesional en esta área y, a su vez, fomente la investigación, la elaboración de instrumentos, la aplicación de modelos específicos y el desarrollo y la consolidación conceptual. Lo anterior, para contribuir en la calidad de vida de las personas y acompañarlas en su transición de la vida hacia la muerte digna por medio de haceres

significativos e incluyendo a sus familiares en el proceso.

La relación terapéutica y las acciones planteadas desde la atención centrada en la persona, la empatía y la escucha activa posibilitan la generación de espacios seguros donde las personas pueden empoderarse y se reafirma el respeto por su autodeterminación y por las decisiones tomadas en las sesiones. Esto facilita la expresión de sentimientos y pensamientos que deben ser incorporados en el proceso terapéutico, sin persuadir a la persona aun cuando su estado de salud presente deterioro. De esta manera podemos promover una Terapia Ocupacional que, mediante la ocupación, trascienda lo funcional y las miradas reduccionistas, hacia un terreno biopsicosocial y espiritual.

El escenario práctico fue una contribución a nuestra formación personal y profesional que fortaleció el quehacer ético, crítico y humanizado, ya que representó un reto justo que nos sacó de nuestra zona de confort. Los cuidados paliativos también se tratan de reconocernos como seres que sienten y necesitan ser escuchados y apoyados; ello implica tener la capacidad para reconocer cuándo requerimos ayuda y contar con soporte emocional en espacios seguros y abiertos al diálogo (por ejemplo, grupos).

Finalmente, destacamos que el proceso de elaboración de este artículo nos permitió sanar heridas emocionales y encontrar la paz, al igual que a Warne y Hoppes (2009), así como reafirmar nuestro compromiso ocupacional como terapeutas ocupacionales y personas.

Referencias

- American Occupational Therapy Association [AOTA] (2016). The role of occupational therapy in end-of-life care. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(2), 1-16. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.706S17>
- Bermúdez, P., González, D. y Ortiz, R. (2016). El rol de la terapia ocupacional en cuidados paliativos en niños, niñas y adolescentes. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 3(1), 12-25. <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/48/41>
- Billock, C. (2011). Espiritualidad, ocupación y terapia ocupacional. En E. Crepeau, E. Cohn y B. Schell (Eds.), *Willard y Spackman Terapia Ocupacional* (11ª ed.) (90-104). Editorial Médica Panamericana.
- Briceño, C. (2011). Reflexiones en torno al razonamiento bioético en cuidados paliativos. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(2), 34-46. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2011.17777>
- Brockett M. (2002). Attitudes that breed the vicious circle of fear and violence. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 65-70. <https://doi.org/10.1177/000841740206900201>
- Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]. (1997, 2002) Enabling occupation: an occupational therapy perspective. CAOT Publications ACE.
- Castillo, C., Díaz, G., Jelvez, E. y López, A. (2019). Estrategias de afrontamiento del terapeuta ocupacional en cuidados paliativos infanto-juveniles. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*,

- 6(1), 13-21. <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/79/76>
- Congreso de la República de Colombia. (2014, 8 de septiembre). *Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida*. Diario oficial n.º 49.268. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html
- Crepeau, E. y Schell, B. (2011). Análisis de las ocupaciones y la actividad. En E. Crepeau, E. Cohn y B. Schell (Eds.), *Willard y Spackman Terapia Ocupacional* (11ª Ed) (359-374). Editorial Médica Panamericana
- Del Rio, I. y Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile*, 32(1), 16-22. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
- Díaz, M., Pachón, S., Sanabria, L. y Trujillo, A. (2002). Terapia ocupacional para personas con enfermedad crónica en fase avanzada: una visión desde la logoterapia. *Revista Ocupación Humana*, 9(4), 13-22. <https://doi.org/10.25214/25907816.648>
- Essential, H y McColl, M (2019) A model for occupation-based palliative care. *Occupational Therapy in Health Care*, 33(1), 108-123. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1544428>
- Farah, J. y McColl, M. (2008). Exploring prayer as a spiritual modality. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(1), 5-13. <https://doi.org/10.1177/000841740807500103>
- Gonçalo, T., Santos Nascimento, J., Barbieri Bombarda, T., Viera Espalenza, G., Almeida Rodrigues, E. A., Ferreira, A. P. y Rodrigues dos Santos, Z. (2020). *Terapia Ocupacional em cuidados paliativos na COVID-19*. Comitê de Terapia Ocupacional da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, ANCP. <https://crefito12.org.br/wp-content/uploads/2020/06/TO-CP-COVID19-1.pdf>
- Hammill, K., Bye, R. y Cook, C. (2014). Occupational therapy for people living with a life-limiting illness: A thematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(11), 582-589. <https://doi.org/10.4276/030802214X14151078348594>
- Hasselkus, B. (Ed.). (2011). *The meaning of everyday occupation* (2nd ed.). Slack
- Keesing, S. y Rosenwax, L. (2011). Is occupation missing from occupational therapy in palliative care? *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 329-336. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00958.x>
- Keesing, S. y Rosenwax, L. (2013). Establishing a role for occupational therapists in end-of-life care in Western Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 370-373. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12058>
- Kinsella, E., Park, AJ-S., Appiagyei, J., Chang, E. y Chow, D. (2008). Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 176-83. <https://doi.org/10.1177/000841740807500309>

- Meredith, P. J. (2010). Has undergraduate education prepared occupational therapy students for possible practice in palliative care? *Australian Occupational Therapy Journal*, 57, 224-232. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2009.00836.x>
- Mills, K. y Payne, A. (2015). Enabling occupation at the end of life: A literature review. *Palliative and Supportive Care*, 13(6), 1755-1769. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000772>
- Milliken, B. E. (2020). Clients' perspectives of spirituality in occupational therapy: A retrospective study. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 8(4), 1-19. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1666>
- Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud [IETS] (2016). *Guía de práctica clínica para la atención de pacientes en cuidado paliativo (adopción)*. Minsalud e IETS. http://clinicadelapresentacion.com.co/wp-content/uploads/2017/08/Version_cortapaliativo2016_04_20.pdf
- Mthembu, T. G., Wegner, L. y Roman, N. (2017). Exploring occupational therapy students' perceptions of spirituality in occupational therapy groups: A qualitative study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 33(2), 141-167. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2016.1245595>
- Mthembu, T. G., Wegner, L. y Roman, N. (2018). Guidelines to integrate spirituality and spiritual care in occupational therapy Education: A modified Delphi study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 34(2), 181-201. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2017.1362367>
- Nascimento, W. M. S. D. (2019). *Produção científica em cuidados paliativos e terapia ocupacional: revisão de escopo* [Tesis de Especialización, Universidade Federal da Paraíba]. Repositorio UFPB <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/17460>
- Nascimento, N. y Delboni, M. (2021). Peleé la buena batalla, terminé la carrera y mantuve la fe. *Revista bioética*, 29(2), 279-286. https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/2443/2641
- Navas, A. y Tenorio, L. (Coords.). (2016). *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional*. Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional y Ministerio de Salud y Protección Social. <https://doi.org/10.25214/ccto.1>
- Nissmark, S. y Malmgren, A. (2018). Occupational balance among family members of people in palliative care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(7), 1-7. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1483421>
- Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (2019). *2018 Anuario* (3ª Ed.). Editorial UniversidadElBosque. <https://occp.com.co/wp-content/uploads/2021/01/2018Anuario-14nov2019.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Cuidados paliativos*. Centro de Prensa OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Park Lala, A. y Kinsella, E. A. (2011). A phenomenological inquiry into the embodied nature of occupation at end of life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, 246-254. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.4.6>

- Pearson, E. J., Todd, J. G. y Fitcher, J. M. (2007). How can occupational therapists measure outcomes in palliative care? *Palliative Medicine*, 21(6), 477–485. <https://doi.org/10.1177/0269216307081941>
- Perilla, V. M. L. y Joaquim, R. H. V. T. (2020). Equipo multiprofesional y trabajo interdisciplinario en cuidados paliativos: reflexiones sobre factores contextuales y profesionales que afectan la práctica de Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 20(1), 64-81. <https://doi.org/10.25214/25907816.949>
- Pickens, N. D., O'Reilly, K. R. y Sharp, K. C. (2010). Holding on to normalcy and overshadowed needs: Family caregiving at end of life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 234-240. <https://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.4.5>
- Price, P. (2011). Relación terapéutica. En E. Crepeau, E. Cohn, y B. Schell (Eds.), *Willard y Spackman Terapia Ocupacional* (11ª Ed.) (328–341). Editorial Médica Panamericana.
- Pyle, E. (2018) *Analyzing the benefits of occupational therapy within palliative care for patients with cancer: A systematic review* [Tesis de grado, Eastern Kentucky University]. Honors Theses. 538. https://encompass.eku.edu/honors_theses/538
- Rose, A. (1999). Spirituality and palliative care: The attitudes of occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(7), 307-312. <https://doi.org/10.1177/030802269906200707>
- Schmidt-RioValle, J., Montoya-Juarez, R., Campos-Calderón, C. P., García-Caro, M. P., Prados-Peña, D. y Cruz-Quintana, F. (2012). Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Medicina paliativa*, 19(3), 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2010.11.001>
- Von Post, H. y Wagman, P. (2017). What is important to patients in palliative care? A scoping review of the patient's perspective, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 1-8, <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1378715>
- Warne, K. E. y Hoppes, S. (2009). Lessons in living and dying from my first patient: An autoethnography. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(4), 309-316. <https://doi.org/10.1177/000841740907600410>

El sistema de salud colombiano, reflexiones sobre su influencia en la salud de la población

The Colombian health system: Reflections on its influence on the health of the population

O sistema de saúde colombiano, reflexões sobre sua influência na saúde da população

Carlos Alberto Reina Bolaños¹

Recibido: 20 de agosto 2020 • Enviado para modificación: 7 de octubre 2020 • Aceptado: 23 de agosto 2021

Reina Bolaños, C. A. (2021). El sistema de salud colombiano, reflexiones sobre su influencia en la salud de la población. *Revista Ocupación Humana*, 21(2), 88-98. <https://doi.org/10.25214/25907816.911>

RESUMEN

Los sistemas de salud son una respuesta social que se modifica y adapta según el momento y lugar en la historia; en la medida que las sociedades se complejizan, estos encuentran nuevos desafíos. Conocer este panorama facilita su interpretación. Este artículo presenta una reflexión que parte de reconocer los principales avances y limitaciones del sistema de salud colombiano, para ampliar el panorama frente a sus posibilidades y necesidades de configuración. Se analizan elementos sociopolíticos y económicos de contexto y se examinan los principales indicadores de salud usados para reflejar la manera como los sistemas de salud responden a la protección de la población. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado a través de la Ley 100 de 1993, nació en el contexto del desmonte de los Estados de bienestar y el fortalecimiento del neoliberalismo. Con este se han logrado avances en el acceso a los servicios de salud de la población en mayores condiciones de pobreza, sin embargo, se continúan presentando brechas e inequidades. La Terapia Ocupacional no es ajena a estas cuestiones, sus acciones deben propender por el cierre de tales brechas e inequidades sociales.

PALABRAS CLAVE

sistemas de salud, Colombia, salud pública

¹ Terapeuta Ocupacional. Magíster en Salud Pública. Doctorando en Epidemiología, Universidad de Antioquia. Santiago de Cali, Colombia. carlos.reina@udea.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-6367-9239>

ABSTRACT

Health systems are a social response modified and adapted according to the time and place in history. As societies become more complex, health systems face new challenges. Knowing this overview facilitates its interpretation. This article presents a reflection that starts from recognizing the main improvements and limitations of the Colombian health system to broaden the perspective regarding its configuration possibilities and needs. Elements of the socio-political and economic context are analyzed, and the primary health indicators used to reflect how health systems respond to the protection of the population are examined. The Sistema General de Seguridad Social en Salud (general system for social security in health), created by the Law 100 of 1993, was born in the context of dismantling the welfare states and the strengthening of neoliberalism. The system has enabled progress in the access to health services for the population in more critical poverty conditions. However, gaps and inequities are still present. Occupational Therapy is not alien to these issues; its actions should tend to close such gaps and social inequities.

KEYWORDS

health systems, Colombia, public health

RESUMO

Os sistemas de saúde são uma resposta social que se modifica e se adapta de acordo com o tempo e o lugar na história; À medida que as sociedades se tornam mais complexas, elas encontram novos desafios. Conhecer esse panorama facilita sua interpretação. Este artigo apresenta uma reflexão que parte do reconhecimento dos principais avanços e limitações do sistema de saúde colombiano, a fim de ampliar o panorama sobre suas possibilidades e necessidades de configuração. São analisados os elementos sociopolíticos e econômicos do contexto e examinados os principais indicadores de saúde que refletem a forma como os sistemas de saúde respondem à proteção da população. O Regime Geral de Previdência Social em Saúde, criado pela Lei nº 100 de 1993, nasceu no contexto de desmantelamento dos Estados de bem-estar e do fortalecimento do neoliberalismo. Com isso, houve avanços no acesso aos serviços de saúde para a população em maior condição de pobreza, porém, lacunas e iniquidades continuam aparecendo. A Terapia Ocupacional não é alheia a essas questões, suas ações devem tender a fechar tais lacunas e iniquidades sociais.

PALAVRAS-CHAVE

sistemas de saúde, Colômbia, saúde pública

Introducción

Los sistemas de salud son la respuesta social a la enfermedad (Frenk, 2016), un fenómeno que acompaña a la humanidad desde el inicio de su historia y que pone

en riesgo su continuidad en el mundo. En efecto, la forma en que abordamos la enfermedad cambia conforme se modifica la forma de ver y relacionarnos con

el mundo, un lugar que ha sido conquistado y adaptado a las necesidades e intereses de nuestra especie. No obstante, a medida que formamos sociedades más complejas, los retos a los que nos enfrentamos también lo son; para responder a ellos hemos creado herramientas de control social con la promesa del bien común (Foucault, 1977), una promesa en la que encontramos tranquilidad para afrontar aquellos problemas cuya solución se escapa a nuestras capacidades como individuos. Por lo tanto, la enfermedad se convierte en un asunto al que podemos responder y controlar como sociedad. Entender las dinámicas en las cuales se construyen los sistemas de salud es un imperativo para su análisis.

Desde el desmonte de los Estados de bienestar en los años 70, los sistemas de salud alrededor del mundo han sufrido transformaciones encaminadas a reducir el papel del Estado, de garante de la salud de la población a regulador de los actores que intervienen en el sistema (Waitzkin y Jasso-Aguilar, 2013). Estos cambios han estado acompañados de una serie de reformas en las políticas sociales y económicas encaminadas a promover la libre competencia y la globalización comercial de las naciones.

Es en este contexto en el que surgió en Colombia la Ley 100 de 1993, a través de la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 28 años después, aún es confuso el rumbo que debe seguir para garantizar el derecho a la salud, puesto que, pese a los logros en la prestación y cobertura de los servicios, siguen sin resolverse asuntos esenciales de inequidad social que determinan que los grupos sociales más vulnerables continúen presentando grandes brechas. A esto se suma la inestabilidad financie-

ra del sistema de salud, que por múltiples factores no cuenta con los recursos económicos suficientes para su adecuado funcionamiento.

Este artículo presenta una reflexión que parte de reconocer los principales avances y limitaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para ampliar el panorama frente a las posibilidades y necesidades en su configuración. Se analizan algunos elementos sociopolíticos y económicos de contexto y se examinan los principales indicadores que reflejan la respuesta del sistema frente a la protección global de la población.

Bases del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El sistema de salud, como componente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es un servicio público esencial obligatorio a cargo del Estado que “será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley” (Ley 100/1993, art. 4). La salud, pensada desde la lógica de la prestación de servicios, responde al modelo bacteriológico de la enfermedad y al de abordaje de factores de riesgo, el primero para las enfermedades infecciosas y el segundo para las crónicas (Idrovo et al., 2008).

Esta forma de organización ha fomentado la competencia entre prestadores de servicios de salud y aseguradores. Ubicar a estos actores en el centro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en algunos casos, ha favorecido y aumentado las condiciones de calidad de los prestadores de servicios de salud, cumpliendo la tesis del modelo de pluralismo

estructurado según la cual el mercado es el agente encargado de proporcionar los incentivos necesarios para el avance y mejoramiento del sistema de salud. Sin embargo, en lugares en los que el mercado es débil y poco lucrativo, como las zonas rurales y los municipios pequeños, estos beneficios no son observables, por el contrario, las brechas parecen ser cada vez más grandes entre estos territorios y los principales centros poblados. Incluso, actores como los hospitales públicos se han visto perjudicados al no lograr adherirse a las dinámicas de mercado impuestas por el modelo (Romero, 2009).

Las tensiones ideológicas tienen sus bases divididas entre el *libertarismo*, ideología que ubica la libertad como bien y fin supremo que debe ser defendido y garantizado por el Estado mediante la protección de los llamados “derechos naturales”, y el *utilitarismo*, el cual plantea que las decisiones deben tomarse en términos de sus posibles consecuencias y cómo estas pueden brindar utilidad individual y social al menor costo posible. Estas posturas son el fundamento ético de la economía neoclásica, pensamiento económico comúnmente utilizado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En contraposición a ellas, John Rawls impulsa el *neokantianismo* en las decisiones políticas mediante la justicia redistributiva, que pretende organizar instituciones justas y legítimas como medio para alcanzar la justicia social (Arias, 2017).

En virtud de lograr un sistema de salud capaz de afrontar estas dificultades no resueltas se oponen dos ideas comunes. La primera toma como base la necesidad de realizar modificaciones que subsanen parte de las dificultades percibidas sin cambiar la esencia del sistema; la segunda propone cambiar el

sistema por uno completamente nuevo, con bases centradas en la salud como derecho fundamental desde la equidad y la justicia social.

Dado que los sistemas de salud dependen completamente de los sistemas de gobierno, la consecución de la segunda opción requiere de la transformación del Estado por otro que no responda al modelo neoliberal, como lo expone la teoría crítica en el modelo de determinación social de la salud de Breilh (2013), el cual busca: “Desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud que genera y reproduce la acumulación, para pensar sobre estas con un sentido crítico y para actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos” (p. 974). Esta alternativa requiere de transformaciones que no son posibles en el corto plazo, por el contrario, requerirían de procesos sociales que se mantengan, transformen y fortalezcan con el tiempo.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud instaurado por la Ley 100/1993 ha sido continuamente debatido, cuestionado y atacado por el hecho de llevar la salud al contexto del mercado, acorde con la corriente del neoliberalismo de minimización del Estado y fortalecimiento del mercado como ente regulador de los actores involucrados.

Este planteamiento ha llevado a los sistemas de salud, más aún en el caso colombiano, a presentar varias dificultades conocidas como *fallas de mercado*, en las cuales no se pueden garantizar las condiciones necesarias para la libre competencia. Esto se debe principalmente a tres factores: el primero es la asimetría de información entre compradores y ofertantes, en donde *el cliente*, en este

caso el usuario o la usuaria del servicio de salud, no cuenta con las herramientas suficientes para conocer si el tratamiento suministrado justifica el valor monetario cobrado o si debe tomar otra alternativa de menor costo. El segundo es la protección financiera: comúnmente quien asume el costo del tratamiento médico no es quien lo compra, sino la sociedad en su conjunto, por lo cual la autorregulación que pueden tener el comprador y el ofertante se ve reducida al no asumir los costos de forma directa. El tercer factor es la demanda inducida por los prescriptores, en donde los actores involucrados pueden hacer uso de incentivos perversos para aumentar la demanda de su producto o servicio (Sloan, 2001).

Cuando estas fallas de mercado no pueden ser corregidas por el mercado mismo, entra al escenario el Estado como actor encargado de corregirlas por medio de instituciones políticas y acuerdos sociales. Sin embargo, si el Estado también presenta fallas, siendo la corrupción una grave falla, no logra cumplir completamente con esta labor.

En esta dinámica de libertad de mercado con regulación estatal ha evolucionado el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, trayendo consigo múltiples protestas sociales que buscan que este cambie. Dentro de las principales causas de estas acciones colectivas se encuentran el deterioro de la red pública de prestación de servicios de salud, los acuerdos incumplidos por parte del Gobierno y la precarización de las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras del sector salud (Echeverry-López y Borrero-Ramírez, 2015); condiciones que no han logrado ser resueltas.

El Estado colombiano ha creado diferentes mecanismos para subsanar las dificultades del sistema y mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, buscando con esto el avance del modelo de prestación de servicios y la reducción de la presión de los múltiples estamentos sociales. Una de las medidas más fuertes fue la reforma a la salud presentada con la Ley 1122/2007, la cual no obtuvo los resultados esperados al ser considerada por la Corte Constitucional como ineficiente para mejorar las condiciones del sistema; esto, al constatar el aumento en el número de tutelas presentadas desde 1999 para exigir la prestación de servicios de salud que podrían comprometer la vida de pacientes (Echeverry-López & Borrero-Ramírez, 2015). La Corte emitió la sentencia T-760/2008, que exige al Estado dar cumplimiento a la regulación ya prevista en la norma (Echeverry-López y Borrero-Ramírez, 2015). El Ministerio de Salud, tratando de dar respuesta a esta sentencia de la Corte, promulgó a su vez la Ley 1751/2015, más conocida como Ley Estatutaria en Salud, en donde la salud ya es considerada un derecho fundamental de todas y todos los colombianos que debe ser respetado, protegido y garantizado por el Estado.

Tendencias en indicadores de salud

Desde su puesta en marcha, la regulación del sistema de salud se ha desarrollado de forma gradual sin tener bases claras de su funcionamiento. Esto ha repercutido en que actores como los aseguradores o la industria farmacéutica se hayan fortalecido a costa de los recursos del sistema, recursos finitos por definición y con una demanda cada vez

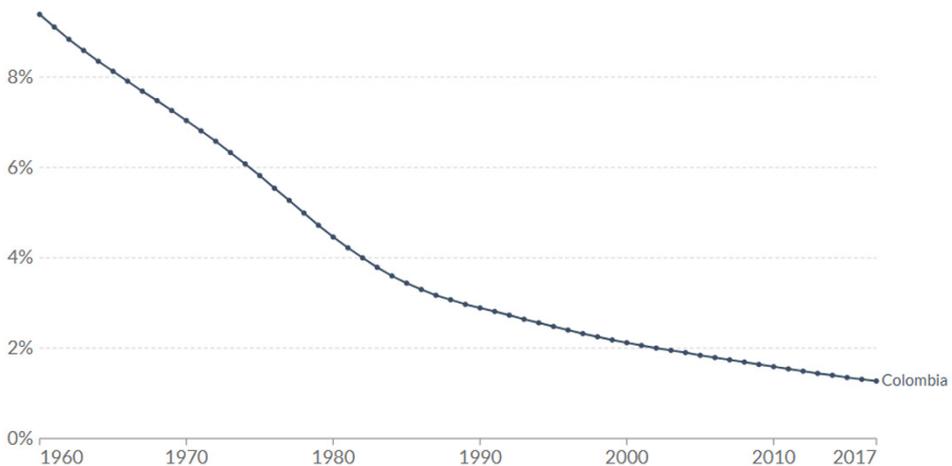
más alta a causa de la transición epidemiológica y demográfica, y el avance en las tecnologías médicas. Actualmente se cuenta con un aparato normativo que vigila los posibles detrimentos de los fondos públicos en salud, como puede ser el caso de la estructuración vertical, organización en la que el asegurador presta los servicios de salud bajo su misma empresa, y el uso de los recursos de salud para fines ajenos al sector.

Pese a la continua promesa sin cumplir por parte del Estado de garantizar la salud como derecho, se perciben avances en puntos importantes para la sociedad. Es el caso de la disminución de las tasas de mortalidad infantil, materna y el aumento en la esperanza de vida de colombianos y colombianas. Estos grupos poblacionales son de especial importancia, pues a través

de estos indicadores es posible juzgar el desarrollo de un Estado social de derecho en términos de salud, ya que reflejan problemas estructurales de atención y, por lo tanto, de equidad y justicia social.

En el caso de la mortalidad infantil (figura 1) por cada 1.000 nacidos vivos, en 1993 se presentaban 27 muertes, cifra que se encontraba por debajo de la tendencia mundial de 62 casos. Para el año 2017 se presentaron 12 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el país (Our World in Data, 2020a). Estas cifras, aunque se encuentran por debajo de la media mundial, podrían reducirse en mayor medida. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2018), se podría hablar de una meta por debajo de 11 casos por 1.000 nacidos vivos para el 2022.

Figura 1. Tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1960–2017

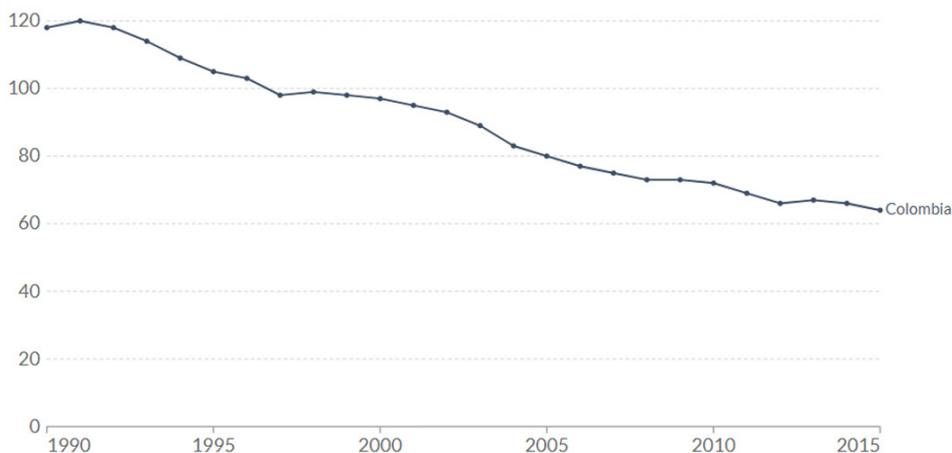


Fuente: Our World in Data (2020a).

Para el caso de la mortalidad materna, como se puede observar en la figura 2, por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 se presentaban 118 muertes maternas, mientras que en el año 2015 esta cifra disminuyó a 64 decesos. En el actual plan de desarrollo colombiano 2018–2022, Pacto por Colombia, pacto por la

equidad (Congreso de Colombia, 2019), la meta de mortalidad materna planteada propone pasar de 51,27 por cada 1.000 nacidos vivos en 2016 a 45 en el 2022, lo cual, según el DANE (2018), corresponde a una meta poco ambiciosa, ya que podría estar por debajo de los 25 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

Figura 2. Razón de mortalidad materna en Colombia, 1990–2015



Fuente: Our World in Data (2020b).

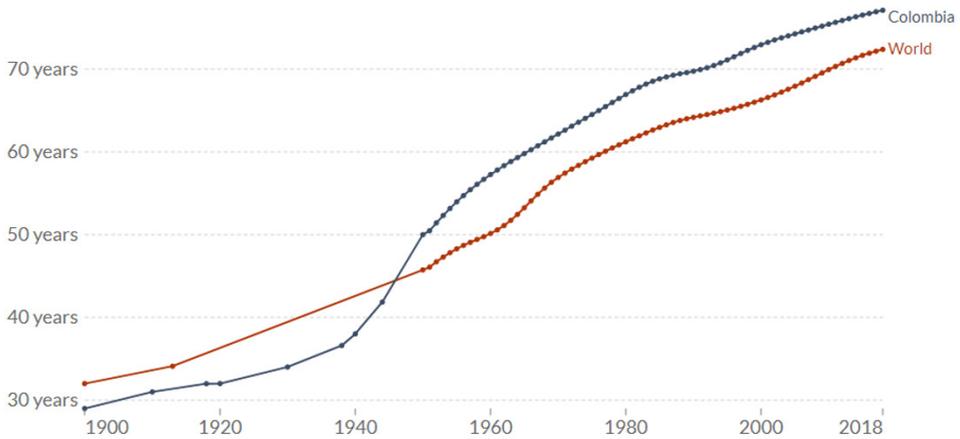
La esperanza de vida es un indicador que refleja diferentes condiciones de vida, salud y educación de un país. Entre mejores sean estas condiciones, mayor es su esperanza de vida, por lo cual permite medir el nivel de desarrollo humano de los países (Bilal et al., 2021). Para el caso colombiano, como se observa en la figura 3, en el año 1900 la esperanza de vida al nacer alcanzaba los 29 años de edad, mientras que la media mundial era de 32 años. Para el 2018 esta cifra aumentó a

77 años y en el mundo a 72 (Our World in Data, 2020c)..

Retos estructurales de funcionamiento

Pese a los avances presentados, surgen nuevas dificultades cada vez más difíciles de controlar. Es el caso de las corporaciones, que actualmente se han

Figura 3. Esperanza de vida en Colombia, 1900–2018



Fuente: Our World in Data (2020c).

convertido en actores influyentes en los ámbitos políticos y económicos, y pueden condicionar el papel del Estado como agente regulador de los sistemas de salud. Esto ocurre mediante el apoyo que dan a grupos políticos que, a su vez, facilitan la obtención de puestos públicos a sus integrantes; una práctica que se conoce como *puerta giratoria*. De esta forma las corporaciones obtienen ventajas normativas que incrementan su poder en el mercado, creando oligopolios estructurados que pueden, incluso, llegar a subordinar el poder del Estado. En el ámbito de la salud, la más fuerte de estas corporaciones es la industria farmacéutica (Jasso-Aguilar y Waitzkin, 2008).

La concentración de poder es un riesgo para el mantenimiento de las metas alcanzadas o para los posibles avances de los sistemas de salud, puesto que confronta tanto los postulados del neoliberalismo como los del Estado social de derecho. Por un lado, las condiciones

del mercado favorecen a un grupo reducido de actores que acumulan la mayor parte del capital disponible, con lo cual se afectan el libre mercado y el libre comercio, premisas de esta teoría política económica. Por otra parte, el Estado no cuenta con las capacidades necesarias para regular a estos actores y corregir las fallas del mercado, sin embargo, es a él a quien se acude para garantizar la protección de los derechos sociales por encima de otros intereses.

Los avances del Sistema General de Seguridad Social en Salud han permitido el acceso a los servicios de salud de la población en mayores condiciones de pobreza, con los que anteriormente no contaban. Además de esto, la reducción del gasto de bolsillo es otro de los logros que ha permitido la protección económica en casos de enfermedades de alto costo. Sin embargo, los temas de inequidad y de calidad frente a la prestación de servicios de salud hacen parte de los gran-

des retos a los cuales solo se ha logrado dar respuesta de forma marginal (Agu-deló et al., 2011). Esto expone las limitaciones de un modelo de salud basado en el aseguramiento que actualmente es considerado como universal, pero deja de lado cuestiones constitutivas del sistema, como la necesidad de la reducción del desempleo, puesto que este se pensó sobre la lógica del aumento gradual del régimen contributivo con capacidad de pago frente al subsidiado, comportamiento que no se ha cumplido (Mendieta González y Jaramillo, 2019).

Reflexiones finales

Juzgar el estado del sistema de salud colombiano presenta un desafío ético e ideológico, dadas las múltiples interpretaciones e intereses que se tejen a su alrededor. En este debate deben primar la razón y la responsabilidad, debido a que la salud no es el origen de las desigualdades sociales, pero sí puede acrecentarlas. La Terapia Ocupacional, como profesión de la salud, no es ajena a estas cuestiones y sus acciones deben propender por el cierre de brechas e inequidades sociales detectadas en el sistema.

Es importante entender que los sistemas de salud deben ir más allá de la prestación de servicios, puesto que estos son solo una parte de lo que es la salud, vista desde el modelo de determinantes sociales (Cárdenas et al., 2017). Esta perspectiva plantea una serie de determinantes estructurales e intermedios que influyen en el estado de salud de la población y que pueden ser abordados en el mediano y el largo plazo. En las circunstancias actuales es posible abordar los determinantes estructurales de

posición socioeconómica, clase social, educación, ocupación e ingresos. Si los servicios de salud logran responder a las particularidades de la población en términos de estos factores se podría mejorar el funcionamiento del sistema acercándolo a la población, disminuyendo las barreras y emergiendo de las realidades locales.

Son múltiples los retos que afronta el sistema de salud colombiano, con preguntas para las que aún no tenemos respuesta: ¿cómo aprender a convivir y tomar decisiones colectivas que contemplen a la dignidad humana como principio rector? Y, de conseguirlo, ¿cómo poder controlarlo? Encomendar una responsabilidad y poder a una organización social requiere de la vigilancia constante del mismo regulador. El compromiso es la primera responsabilidad. Como terapeutas ocupacionales, profesionales de la salud y ciudadanas y ciudadanos colombianos, las posibilidades de acción frente al mejoramiento del sistema de salud están enmarcadas en la participación en la toma de decisiones que se dan en el día a día, desde la calidad con la que se presta un servicio hasta la propuesta económica y de salud por la cual se vota en los diferentes tipos de elecciones. Solo de esta forma se pueden fortalecer las instituciones que sostienen y regulan el sistema y garantizar que estas no pierdan su foco, el cual debe ser, siempre, la salud poblacional.

Referencias

- Agudelo, C. A., Cardona, J., Ortega, J. y Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2817-2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
- Arias, S. (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2), 186-196. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a03>
- Bilal, U., Hessel, P., Perez-Ferrer, C., Michael, Y. L., Alfaro, T., Tenorio-Mucha, J. Friche, A., Pina, M. F. Vives, A., Quick, H., Alazraqui, M., Rodríguez, D., Miranda, J., Diez-Rux, A. y Salurbal group. (2021). Life expectancy and mortality in 363 cities of Latin America. *Nature medicine*, 27(3), 463-470. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-01214-4>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (sup.1), 13-27. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637>
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R. y Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud*. Esan.
- Congreso de la Republica de Colombia (1993, 23 de diciembre). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial n.º 41.148. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la Republica de Colombia (2007, 9 de enero). *Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial n.º 46.506. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- Congreso de la Republica de Colombia (2015, 16 de febrero). *Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial n.º 49.427. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Congreso de Colombia (2019, 25 de mayo). *Ley 1955 de 2019. Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*. Diario Oficial n.º 50.964. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1955_2019.html
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (2018). *Censo nacional de población y vivienda - 2018*. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018/informacion-tecnica>
- Echeverry-López, M. E. y Borrero-Ramírez, Y. E. (2015). Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 354-364. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030714>
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.

- Frenk, J. (2016). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Idrovo, A. J., Eslava, J. C., Ruiz-Rodríguez, M. y Rodríguez, J. M. (2008). La otra transición epidemiológica: hitos en el desarrollo de la epidemiología de los factores de riesgo en Colombia. *Biomédica*, 28(4), 480-496. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v28i4.54>
- Jasso-Aguilar, R. y Waitzkin, H. (2008). El Estado, las multinacionales y la medicina contemporánea. *Palimpsestus*, 6, 71-82.
- Mendieta, D. y Jaramillo, C. E. (2019). EL sistema general de seguridad social en salud de Colombia. universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (29), 201-218. <http://dx.doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2019.29.13905>
- Our World in Data (2020a). *Infant mortality rate*. Global Change Data Lab. <https://ourworldindata.org/grapher/infant-mortality?tab=chart&time=1960..latest&country=~COL>
- Our World in Data (2020b). *Maternal Mortality Ratio, 1990 to 2015*. Global Change Data Lab. <https://ourworldindata.org/grapher/maternal-mortality?tab=chart&country=~COL>
- Our World in Data (2020c). *Life expectancy, 1900 to 2018*. Global Change Data Lab. https://ourworldindata.org/grapher/life-expectancy?tab=chart&time=1900..2018&country=COL-OWID_WRL
- Romero, R. V. (2009). Los orígenes y desarrollos de la APS en Colombia. En R. Vega, N. Acosta, P. Mosquera y O. Restrepo, *Atención primaria integral de salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud* (pp. 53-82). Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Sloan, F. A. (2001). Arrow's concept of the health care consumer: a forty-year retrospective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), 899-911. <https://doi.org/10.1215/03616878-26-5-899>
- Waitzkin, H. y Jasso-Aguilar, R. (2013). Medicina y salud pública al final del imperio. *Divulgação em Saúde para Debate*, (49), 90-99.

Experiencia de aplicación del diseño universal para el aprendizaje, por medio de la teleatención, en una práctica estudiantil de Terapia Ocupacional en educación

Experience of applying universal design for learning via teleassistance in a student internship of Occupational Therapy in education

Experiência de aplicação de desenho universal para aprendizagem, através da teleatenação, em uma prática estudantil de Terapia Ocupacional na educação

Nasly Catalina Díaz Pérez¹

Sara Caroline Martínez Vera²

Heidy Tatiana Mojica Díaz³

María Camila Rodríguez Figueroa⁴

Recibido: 14 de marzo 2021 • Enviado para modificación: 25 de mayo 2021 • Aceptado: 2 de septiembre 2021

Díaz Pérez, N. C., Martínez Vera, S. C., Mojica Díaz, H. T. y Rodríguez Figueroa, M. C. (2021). Experiencia de aplicación del diseño universal para el aprendizaje, por medio de la teleatención, en una práctica estudiantil de Terapia Ocupacional en educación. *Revista Ocupación Humana*, 21(2), 99-112. <https://doi.org/10.25214/25907816.1058>

RESUMEN

Este artículo describe una experiencia de Práctica Avanzada en Niñez - Educación realizada en el segundo semestre del año 2020 desde el programa de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia. Esta práctica respondió al contexto de la emergencia sanitaria generada por la pandemia de COVID-19, en el cual la educación remota y mediada por tecnologías, por una parte, y la teleatención, por otra, generaron desafíos importantes. El objetivo del texto es identificar y compartir los aprendizajes y resultados de implementar los principios del diseño universal para

¹ Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. ncdiazp@unal.edu.co  <https://orcid.org/0000-0003-3960-7312>

² Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. scmartinezv@unal.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-7704-8163>

³ Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. htmojicad@unal.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-3689-0661>

⁴ Estudiante de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. microdriguez@unal.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-1179-0752>

el aprendizaje en las acciones de Terapia Ocupacional, prestadas en la modalidad de teleatención, con docentes, acudientes y escolares de tercer año de básica primaria de una institución educativa pública de Bogotá. La teleatención permitió a las terapeutas ocupacionales en formación realizar procesos de evaluación, atención y acompañamiento a escolares, impactando en los contextos cotidianos, así como en la disposición y adherencia en las sesiones de clase sincrónicas. El diseño universal para el aprendizaje enriqueció el proceso de enseñanza-aprendizaje para los tres actores educativos involucrados: docentes, estudiantes y familiares o acudientes.

PALABRAS CLAVE

Terapia Ocupacional, educación, educación a distancia, pandemia

ABSTRACT

This article describes an internship experience of Advanced Practice in Childhood - Education carried out in the second half of 2020 from the Occupational Therapy program of the Universidad Nacional de Colombia. This internship responded to the context of the health emergency generated by the COVID-19 pandemic, in which remote and technology-mediated education, on the one hand, and teleassistance, on the other, posed significant challenges. The objective of the text is to identify and share the lessons learned and results of implementing the principles of universal design to learning in the Occupational Therapy actions provided in the telecare modality with teachers, guardians, and students in the third year of elementary school at a public educational institution in Bogota. Teleassistance allowed the trainee occupational therapists to carry out the evaluation, care and monitoring of schoolchildren; this impacts their daily contexts and the willingness and adherence to synchronous class sessions. The universal design for learning enriched the teaching-learning process for the three educational parties involved: teachers, students, and family members or relatives.

KEY WORDS

Occupational Therapy, education, distance education, pandemic

RESUMO

Este artigo descreve uma experiência de Prática Avançada na Infância – Educação realizada no segundo semestre de 2020, a partir do programa de Terapia Ocupacional da Universidade Nacional da Colômbia. Esta prática respondeu ao contexto de emergência sanitária gerada pela pandemia de COVID-19, na qual a educação remota e mediada pela tecnologia, por um lado, e a teleatensão, por outro, geraram desafios significativos. O objetivo do texto é identificar e compartilhar as aprendizagens e os resultados da implementação dos princípios de desenho universal para a aprendizagem em ações de Terapia Ocupacional, proporcionadas na modalidade de teleatensão, com professores, responsáveis e alunos do terceiro ano do Ensino Fundamental de uma instituição pública de ensino básico em Bogotá. A teleatensão permitiu que os terapeutas ocupacionais em formação realizassem processos de avaliação, cuidado e acompanhamento das crianças em idade escolar, impactando em seus contextos diários, bem como em sua disposição e adesão em sessões de aula síncronas. O desenho universal para a aprendizagem enriqueceu o processo de ensino-aprendizagem para os três atores educacionais envolvidos: professores, estudantes e membros da família ou tutores.

PALAVRAS-CHAVE

Terapia Ocupacional, educação, educação a distância, pandemia

Introducción

El trabajo de Terapia Ocupacional en educación inicia en Colombia con la atención a niños y niñas en contextos hospitalarios y en instituciones de educación regular en la década de 1970 (Duar-te et al., 2016). Actualmente las acciones de terapeutas ocupacionales en este ámbito se centran en:

Realizar programas y proyectos para favorecer el desempeño ocupacional a través de diversas manifestaciones de la cultura ocupacional propias de la escuela, de los diferentes espacios educativo-culturales y de la comunidad. Propende por el trabajo en equipo con la comunidad educativa en aras de fortalecer las habilidades relacionadas con el aprendizaje académico y para la vida, y las culturas, prácticas y políticas de educación inclusiva en el marco de la diversidad que caracteriza a los seres humanos. (Navas y Tenorio, 2016, p. 15-16)

En el contexto de la pandemia por COVID-19 y por cuenta de las medidas decretadas por el Gobierno nacional para controlar la propagación de la enfermedad, durante el año 2020 las instituciones educativas en Colombia restringieron las actividades presenciales y pasaron a implementar la educación en casa, apoyada en tecnologías de la información y las telecomunicaciones. Con ello, las prácticas formativas de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia en estos entornos también se vieron afectadas.

Esto implicó retos importantes. Primero, en términos de llevar a dichas

prácticas los procesos de teleatención. Por otra parte, identificar referentes teóricos y metodológicos que orientaran el proceso de intervención mediante la atención remota. Adicionalmente, las limitaciones para establecer vínculos en la relación terapéutica mediada por pantallas; los desafíos de realizar actividades que contemplasen la disponibilidad de materiales en el contexto de las y los estudiantes, y las posibilidades reales de observar a cada niño o niña, considerando los problemas de conectividad en sus hogares.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales [WFOT, por sus siglas en inglés] (2021) define la telesalud como:

El uso de tecnologías de la información y de la comunicación para brindar servicios relacionados con la salud cuando el proveedor y el cliente se encuentran en ubicaciones físicas diferentes (...). Los términos adicionales utilizados para describir este modelo de provisión de servicios incluyen: teleterapia ocupacional, telerehabilitación, teleterapia, teleasistencia³, telemedicina y telepráctica. (pp. 1 y 3)

Refiere además la Federación que el término puede referirse a interacciones sincrónicas (en tiempo real) o asincrónicas (WFOT, 2021). En este artículo se prefiere el uso del término *teleatención*, por considerarlo más apropiado para la práctica de Terapia Ocupacional en el ámbito educativo.

³En el texto original en inglés: *telecare*, que puede traducirse como teleasistencia o teleatención. En este texto se prefiere usar el término *teleatención*.

El diseño universal para el aprendizaje, por su parte,

Es un enfoque didáctico basado en la investigación para el diseño del currículo, es decir, objetivos educativos, métodos, materiales y evaluación que, en los diferentes niveles educativos, permite a todas las personas desarrollar conocimientos, habilidades y motivación e implicación con el aprendizaje. (Alba et al., 2011, p. 8)

Este enfoque fue desarrollado por el Center for Applied Special Technology (CAST) y consta de tres principios, I: proporcionar múltiples formas de representación; II: proporcionar múltiples formas de acción y expresión, y III: proporcionar múltiples formas de implicación emocional (Zubillaga, 2018).

En una revisión preliminar, parcial y no sistémica de la literatura en el tema, no se encontraron artículos que aborden el uso del diseño universal de aprendizaje por parte de terapeutas ocupacionales en contextos educativos. De allí emergió la propuesta de realizar una práctica estudiantil con el fin de explorar dicho marco de referencia en la atención remota a estudiantes.

En este contexto se desarrolló en el segundo semestre de 2020 una Práctica Avanzada en Niñez - Educación desde el programa de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia, en una institución pública distrital de la ciudad de Bogotá. Allí se encontró una oportunidad para promover el desempeño ocupacional de un grupo de escolares del grado tercero, mediante estrategias que parten del diseño universal para el aprendizaje e involucraron, además de los niños y las niñas, a sus

docentes y acudientes. Así, este artículo tiene por objetivo identificar y compartir los aprendizajes y resultados de esa experiencia.

Contextualización de la experiencia

En esta experiencia se desarrollaron acciones con la comunidad educativa del tercer grado de básica primaria de una institución educativa distrital de la ciudad de Bogotá, con el objetivo de promover el desempeño ocupacional y facilitar una experiencia significativa en la educación en casa, mediante estrategias que partieran del diseño universal para el aprendizaje.

Esta escuela se había venido involucrado, desde antes de la pandemia y a partir de las directrices del Gobierno nacional, en procesos de inclusión educativa utilizando las tecnologías de la información y la comunicación (encuentros sincrónicos y asincrónicos). Como estrategia para responder a la educación en casa durante la pandemia y teniendo en cuenta las dificultades de conectividad de las y los escolares, la institución optó por disminuir la cantidad de clases por asignatura a una semanal, la cuales se dictaban mediante encuentros sincrónicos con el uso de tecnologías de la información y las telecomunicaciones y se acompañaban de guías de trabajo. Esto llevó a limitar las interacciones entre pares, con las y los docentes y entre el colegio y la familia.

En la práctica avanzada se optó por trabajar con el tercer grado debido a que en este nivel se experimenta un cambio importante. Mientras en el pri-

mer ciclo cada curso tiene el acompañamiento de un o una única docente, al llegar a tercero se empieza la rotación de docentes para cada asignatura.

La propuesta de intervención desarrollada en la práctica avanzada incluyó a docentes –junto con sus pedagogías–; escolares, como personas activas en su proceso de aprendizaje, y a padres, madres y acudientes de estos niños y niñas, como redes de apoyo y acompañamiento. Participamos tres terapeutas ocupacionales en formación, que contamos con el acompañamiento de una docente para el diseño, implementación y evaluación de los resultados de la propuesta.

Participaron 101 escolares entre los 8 y los 11 años, distribuidos en tres cursos. Para reconocer e identificar sus percepciones y sentires sobre las dinámicas de estudiar en casa y aquello que extrañaban de ir al colegio, se realizó una actividad interactiva con un personaje relacionado con la película *Grandes Héroe*s, con el cual ya habían trabajado en ocasiones anteriores con sus maestras. A través de esta actividad se introdujeron seis preguntas orientadoras. Esta dinámica se propuso además como un medio para facilitar el acercamiento entre terapeutas en formación y escolares, así como entre las docentes y sus respectivos grupos. A partir de la lectura de sus necesidades, se diseñaron e implementaron las actividades que se describen más adelante. Al finalizar la experiencia se llevó a cabo una entrevista semiestructurada lúdica con el fin de conocer las opiniones y percepciones del grupo de estudiantes sobre las acciones desarrolladas por las terapeutas ocupacionales en formación.

En cuanto a las docentes, participaron tres maestras encargadas del campo comunicativo, el campo científico, el campo matemático y el campo histórico. Con ellas se llevó a cabo una entrevista semiestructurada con preguntas orientadoras encaminadas a identificar dificultades en cuanto al contacto con sus estudiantes y dictar los contenidos, así como su forma de abordar la no presencialidad. Además se llevó a cabo un acompañamiento y trabajo conjunto que se describe más adelante en este texto.

Para el trabajo con familiares y acudientes se optó por un grupo previamente seleccionado por la orientación del colegio. La psicóloga de la institución describió algunas de sus condiciones y necesidades. Participaron diez personas que asumían roles de cuidado de la o el estudiante o de proveedoras en el entorno familiar. Con este grupo se llevó a cabo además una entrevista semiestructurada que profundizaba en la dinámica familiar, las particularidades del niño o niña y posibles limitaciones del contexto, en el desempeño escolar o en la realización de las guías de trabajo. El acompañamiento brindado a este grupo también se describe más adelante. Al finalizar la experiencia se les aplicó una encuesta para conocer sus percepciones sobre el diseño del material y la propuesta de actividades en casa.

A continuación se presentan, para cada uno de estos tres actores, los resultados y aprendizajes de la experiencia en términos de lectura de necesidades, actividades desarrolladas y resultados.

Experiencia con escolares

Lectura de necesidades

Se encontró que los y las escolares sienten gusto e interés por compartir con sus familias, estudiar con ellas, tener espacios de juego en casa y realizar actividades de educación física. Entre los motivos para realizar sus tareas mencionaron que se relacionan con aprender algo nuevo, obtener una nota alta o recibir una recompensa de sus acudientes al finalizarlas.

Por otro lado, expresaron como dificultades el no comprender cómo interactuar con la plataforma del colegio (la cual no habían usado antes), entender las instrucciones de las tareas, la extensión de estas y tener que esperar la ayuda de sus acudientes hasta altas horas de la noche; esto les generaba cierto estrés. Por

último, refirieron que no era de su agrado “tener a la profe tras una pantalla y no estar frente a ella”, así como no poder jugar y compartir las onces con sus amigos o compañeros en el recreo.

Actividades desarrolladas

Las actividades tenían el objetivo de orientar un momento preparatorio de la clase, vinculando habilidades cognitivo-perceptuales, sensoriales o motoras. Estas facilitaban que los niños y las niñas se sintonizaran con la actividad central del encuentro sincrónico. En la tabla 1 se describen algunas de las actividades propuestas.

Resultados

En términos de las habilidades de desempeño (Roley et al., 2008), los resultados se resumen en las tablas 2 y 3.

Tabla 1. Actividades diseñadas e implementadas por las terapeutas en formación

| Nuestra obra geométrica | Historias de fogata | Juegos de manos | Boom, snap, clap |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taller creativo con materiales hechos en casa, en el cual se exploraron las obras del artista Wassily Kandinsky y su relación con las matemáticas. | Actividad que buscaba construir historias en distintos escenarios de casa con el fin de relacionar los temas de Historia. | Por medio de la música y variaciones en intensidad o frecuencia de estímulos fue posible trabajar habilidades cognitivas que prepararon a los y las estudiantes para el momento de su clase. | Por medio de la técnica <i>Body Percussion</i> se exploraron y fortalecieron habilidades de coordinación, atención y secuenciación como momento preparatorio de la clase. |
| Viva el folclor Gracias a la música folclórica colombiana fue posible involucrar todos los sistemas sensoriales y darle un lugar a nuestra cultura. | ¡Zig zag y a multiplicar! Esta actividad desarrolló un circuito motor con materiales cotidianos en casa, con el fin de relacionar las temáticas de multiplicación. | Einstein en casa Por medio de experimentos sencillos, las y los familiares y acudientes pudieron generar un laboratorio para comprender temas como “la materia y sus propiedades”. | ¡Qué hermoso corazón! Se dedicó una sesión para dar lugar a los sentimientos de los niños y las niñas, trabajando el autoconcepto y el componente socioemocional |

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Resultados en las habilidades sensoriales

| Visual | Auditivo | Táctil | Propioceptivo y vestibular |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Gran parte de la información proporcionada en los encuentros fue elaborada a partir de imágenes, videos o juegos; las maestras usaban diapositivas con colores e íconos. Esto despertó el interés de los estudiantes y permitió reforzar sus procesos atencionales.</p> | <p>En los encuentros sincrónicos se identificó la presencia de ruido en los hogares (al abrir micrófonos de manera aleatoria); estos estímulos generaban distracción. Se hicieron acuerdos esenciales dentro del aula virtual como método para disminuirlos (por ej. cerrar micrófonos y solicitar la palabra). Esto facilitó a las y los escolares identificar al emisor de los mensajes y comprenderlos.</p> <p>Se utilizó música instrumental, especialmente de piano (teniendo en cuenta la intensidad y timbres en diferentes niveles), buscando estimular la creatividad a partir de la ejecución de trazos según el ritmo de cada melodía. Esto permitió incrementar los niveles de concentración de los niños y las niñas.</p> | <p>Se exploraron diferentes texturas para apoyar el desarrollo de las clases de matemáticas y comunicación. Los y las escolares mostraron gran interés por estas experiencias, las cuales estaban relacionadas con el arte.</p> <p>Como resultado, elaboraron modelos en tercera dimensión, basados en obras de Kandinsky, en los que las figuras geométricas, los puntos y las líneas fueron protagonistas.</p> | <p>Dado que los y las estudiantes permanecían sentados por largos periodos, a través de la danza se trabajaron procesos para estimular el control y ajuste postural en diversas posiciones. Adicionalmente se trabajó la conciencia corporal, la planeación y la organización de los movimientos junto con las relaciones espaciales. Esto les permitió el reconocimiento de su cuerpo y de sus movimientos en el espacio.</p> |

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Resultados en las habilidades motoras, cognitivas y socio-emocionales

| Motoras | Cognitivas | Socio-emocionales |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Dado que el proceso de lateralidad se encontraba en etapa de maduración, se involucraron actividades encaminadas a promover la discriminación derecha-izquierda. También se observó que los y las escolares aún no lograban disociar los movimientos de los miembros superiores e inferiores. Por lo tanto, se realizaron actividades que involucraban movimientos ipsilaterales y contralaterales. Se utilizó la imitación de los movimientos acompañada con instrucciones verbales y estrategias visuales para fortalecer estos procesos necesarios para la consolidación de la lectura, la escritura y el pensamiento lógico matemático.</p> | <p>En las actividades se evidenciaron dificultades de los y las escolares en los procesos de atención sostenida, seguimiento instruccional y cálculo. Como estrategia, se proporcionaron instrucciones breves y precisas. Esto facilitó la organización y disposición para desarrollar satisfactoriamente las actividades de clase. Por ejemplo, en una actividad de origami con instrucciones visuales, el apoyo visual dinámico (videos o imágenes en movimiento) ayudó a los procesos de seguimiento de instrucciones y asociación; simultáneamente, el apoyo con la descripción de imágenes del paso a paso permitió comparar los resultados e identificar falencias en el proceso, con lo cual se consolidaba el seguimiento de instrucciones.</p> <p>Se utilizaron diferentes estrategias para fomentar la atención sostenida, una de ellas fue aislar algunos estímulos sonoros que se producían durante los encuentros sincrónicos y terminaban interrumpiéndolos. Se buscó la organización del espacio teniendo en cuenta los acuerdos de clase. Otra estrategia fue ajustar diferentes exigencias sensoriales, alternando la intensidad del sonido de respuesta que las y los estudiantes debían reproducir al reconocer determinadas imágenes. De esta forma se incrementaron los niveles de atención en la actividad.</p> <p>Habilidades como el cálculo mental se facilitaron en niños y niñas que revisaban constantemente temas, por ejemplo, las tablas de multiplicar. Esto posibilitó que en dinámicas como la lotería o el bingo adaptado su participación fuera constante y se fortaleciera su proceso atencional.</p> | <p>Se identificó que constantemente los y las escolares requerían aprobación y validación individual por su trabajo. Animarles y reconocerles era realmente importante para su vinculación a las actividades. Con frecuencia querían mostrar sus creaciones a través del arte o participar para dar a conocer su punto de vista.</p> <p>Un momento representativo para ellos y ellas fue la celebración del Día del Niño. De manera espontánea pudieron bailar e interpretar canciones que guardaban un significado o relacionaban con una persona en especial. De este modo, expresaron sus sentimientos según los recuerdos que evocaba la música.</p> <p>A través de otras actividades, las y los escolares pudieron expresar cómo la condición de aislamiento, debido a las condiciones sanitarias, podía generarles sentimientos de tristeza relacionados con su situación familiar o nostalgia al no poder asistir y relacionarse en su colegio, pero también sentimientos de alegría al valorar el tiempo que compartían con sus familias.</p> |

Fuente: elaboración propia.

Al finalizar la práctica, las y los estudiantes expresaron su gusto por las actividades que implicaron demandas motoras gruesas, más que las finas, así como por aquellas en las que se utilizó la música. También expresaron su agrado por los juegos y las actividades que permitieron la interacción entre estudiantes.

Experiencias con docentes

Lectura de necesidades

Estas se organizan bajo los tres principios del diseño universal de aprendizaje.

Proporcionar múltiples formas de representación. Se identificó que las maestras buscaban alternativas para presentar el contenido referente a sus campos de conocimiento, desde videos en los encuentros sincrónicos hasta las guías por tópicos que semanalmente entregaban a sus estudiantes.

Inicialmente se apoyaron desde sus equipos de trabajo, es decir, por áreas curriculares, para flexibilizar los contenidos de las asignaturas teniendo en cuenta las posibles facilidades y dificultades que tenían las familias para acompañar el proceso de aprendizaje en casa. En tal sentido, es importante resaltar que, para las docentes, estas estrategias de representación mediadas por la virtualidad significaron un reto y una constante construcción, pues implicaron la búsqueda de alternativas digitales como programas, plataformas, aplicaciones y páginas web que demandan conocimientos técnicos particulares, distintos a los pedagógicos, para su uso.

Proporcionar múltiples formas de expresión. Este principio se evidenció en

los encuentros sincrónicos y asincrónicos facilitados por las docentes, ya que la comunicación oral o escrita mediada por las tecnologías permitió a niños y niñas expresar sus saberes, opiniones, pensamientos y sentimientos. No obstante, las maestras refirieron que estos espacios se veían influenciados por la presencia de las y los acudientes, comprometiendo la espontaneidad y la autenticidad.

En cuanto a las guías de trabajo semanales enviadas por las docentes, refirieron que las y los acudientes tenían inconvenientes para apoyar las tareas debido a la dificultad para comprender el contenido de las guías, la falta de claridad en las instrucciones, la cantidad de texto para leer y de preguntas por responder; en consecuencia, los y las escolares acumulaban sus tareas y se retrasaban en las entregas.

Proporcionar múltiples formas de implicación. Las docentes refirieron que, en ocasiones, no lograban identificar las motivaciones intereses y gustos de sus estudiantes. Por ello, centraban sus esfuerzos en incentivar a las familias a continuar el proceso educativo a través de las plataformas, pues facilitaban la comunicación entre los diferentes actores (docente-estudiante, docente-familia/acudientes).

Actividades

Con base en lo anterior, entre las acciones planteadas con las docentes se concertaron reuniones para abordar dificultades en el manejo de las plataformas Google Meet y Zoom, a través de las cuales realizaban los encuentros sincrónicos con sus estudiantes. En estos encuentros se resolvían dudas y se hacían ejercicios prácticos.

De otro lado, se hizo una revisión conjunta con las maestras de los contenidos de las guías de trabajo semanales. Se realizaron ajustes basados en los principios del diseño universal de aprendizaje, entre ellos, se incluyó una mayor cantidad de contenido audiovisual y se propusieron actividades en las que el contenido teórico se reflejará en la cotidianidad del niño, por ejemplo, hacer gelatina e identificar los estados de la materia.

Otro eje importante con las docentes fue caracterizar a una parte de sus estudiantes en su relación con la asignatura, por ejemplo, evaluar las horas de encuentro sincrónico frente a sus niveles de alerta y algunas de sus rutinas con el fin de diseñar actividades que promovieran la atención, el control postural y la participación en la clase

Resultados

A través de estas actividades se logró aumentar la familiaridad de las docentes con las plataformas Google Meet y Zoom. Esto les permitió orientar a sus estudiantes en los acuerdos de trabajo durante los encuentros sincrónicos, como activar micrófonos, cámaras o compartir pantalla. Además, las alentó a utilizar un lenguaje sencillo, graduar las instrucciones de acuerdo con el nivel en el que cada estudiante pudiera desenvolverse y a presentar información visual atractiva e interesante para captar la atención de niños y niñas.

Con relación a las guías, las docentes pasaron a utilizar objetos de la cotidianidad de las y los estudiantes, por ejemplo, los alimentos disponibles en el hogar según el tema de la pirámide alimenticia, entre otros. Esto permitió

crear espacios y situaciones motivantes para el aprendizaje

Experiencia con el grupo de familiares o acudientes

Lectura de necesidades

Para priorizar las acciones con este grupo se tuvieron en cuenta los criterios y el seguimiento que venía haciendo la orientación escolar del colegio, que había identificado previamente dificultades socioemocionales, alteraciones en los procesos de aprendizaje o en el comportamiento, y dinámicas familiares complejas. Adicionalmente, en las entrevistas describieron a los niños y las niñas, las interacciones en casa, cómo era su acompañamiento para el proceso escolar y sus principales preocupaciones.

Actividades

La primera actividad tuvo como objetivo reconocer a aquellas personas que representaban una red de apoyo para las y los escolares, cómo eran sus lazos afectivos y cómo se conformaba el núcleo familiar. Una segunda se centró en promover el componente socioemocional y cognitivo a partir del juego. Por último, se propuso una actividad para crear y fomentar hábitos y rutinas que tuvieran en cuenta dinámicas familiares en el hogar y las responsabilidades del estudio.

Resultados

Los niños y las niñas dieron a conocer por medio del dibujo cómo eran sus relaciones en casa, encontrándose que sus núcleos familiares incluían a abuelas, abuelos, hermanos y hermanas; los

padres y las madres se dedicaban con mayor frecuencia a las actividades laborales. Además, entre los retos se destacó la forma de establecer lazos de confianza con sus acudientes.

Con las actividades se generaron espacios de cercanía a través del juego. Por otro lado, se relacionaron hábitos y rutinas que orientaran a las y los cuidadores en pautas de crianza y manejo de horarios para el uso de dispositivos tecnológicos y videojuegos. Para cada una de las nueve familias participantes el proceso tuvo un desarrollo diferente que consideró factores como la convivencia en la misma casa y las características de las relaciones con el niño o la niña.

Las familias participantes manifestaron que, a partir de las actividades desarrolladas, se logró incentivar a escolares y miembros de la red de apoyo a estar al tanto del desempeño académico y a involucrarse activamente en el proceso formativo, utilizando diferentes herramientas para abordar las temáticas del grado y favorecer las habilidades cognitivas, sensoriomotoras y emocionales de los niños y las niñas durante las actividades académicas.

Percepciones generales

Al finalizar la experiencia, familiares y acudientes del grado tercero refirieron opiniones positivas respecto a los encuentros sincrónicos con las docentes y los cambios en las guías de trabajo. En su opinión, las actividades desarrolladas durante los encuentros sincrónicos aportaron un componente motivacional clave. Así mismo, los cambios en la presentación de las últimas guías, en términos del lenguaje y las gráficas, facilitaron la comprensión de los temas.

A partir de las encuestas se identificó que quienes tuvieron dificultades para acceder a las tecnologías de la información reportaron a su vez necesidades económicas que afectaron sus posibilidades de mantener la participación en los encuentros sincrónicos.

Reflexiones y aprendizajes a partir de la experiencia

En esta práctica formativa, las acciones tuvieron en cuenta las tecnologías de la información y las telecomunicaciones y los principios del diseño universal de aprendizaje como medios posibles para apoyar los procesos de enseñanza y aprendizaje en el contexto de las restricciones y limitaciones de la educación no presencial adoptada en Bogotá por cuenta de la emergencia sanitaria.

Como lo mencionaron las docentes, ante la no presencialidad fue necesario reestructurar el currículo y las metodologías para involucrar de forma significativa a los y las estudiantes; también, brindar orientaciones adicionales a familiares y acudientes con ayuda de las tecnologías.

En este sentido, las terapeutas ocupacionales en formación utilizamos la teleatención para realizar el acompañamiento de las sesiones sincrónicas, así como discutir y crear conjuntamente materiales y propuestas de graduación y ajuste en las actividades relacionadas con los diferentes campos de pensamiento (científico, histórico, comunicativo y matemático). Esto hizo posible el trabajo interdisciplinar y nos ayudó a promover condiciones para que los niños y las niñas participaran y se vincularan con las actividades desde sus particularidades.

Si bien la virtualidad representa retos importantes en cuanto a la creación de un vínculo terapéutico, reconocer actividades significativas y fusionarlas con las temáticas por medio de las tecnologías de la información y la comunicación facilitó los intercambios y permitió crear una nueva forma de interacción con las y los escolares.

Adicionalmente, se evidenciaron importantes cambios en los procesos volitivos de los niños y las niñas a partir de la implementación de actividades que implicaban la estimulación de distintos sistemas sensoriales, entre ellos, mayor participación y adherencia a los contenidos de las sesiones, así como una mejor comprensión de los temas vistos en los encuentros sincrónicos, el material de las guías de trabajo y la relación de estas con su vida cotidiana.

Por otra parte, varios referentes teóricos propios de la Terapia Ocupacional –particularmente el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (Townsend y Polatajko, 2007), el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner, 2011) y los modelos ecológicos (Brown, 2016)– nos aportaron elementos claves para comprender las demandas de las actividades de estudiantes y docentes, las características del contexto en el grupo de acudientes y las habilidades en los componentes sensoriomotor, cognitivo perceptual y socioemocional de los y las estudiantes en los encuentros mediados por la virtualidad. Así mismo, nos permitieron hacer un abordaje holístico de cada escolar, con sus particularidades, al desenvolverse en una ocupación en la que el componente socioemocional se vincula estrechamente con los procesos de aprendizaje, promoviendo y fortaleciendo su desempeño ocupacional.

Otro elemento para tener en cuenta es el análisis que promovió el diseño universal para el aprendizaje, relacionado con la interacción de la o el estudiante, desde sus capacidades, con el ambiente en el que se encontraba. En concordancia con los modelos ecológicos de Terapia Ocupacional (Brown, 2016), este análisis nos permitió profundizar en los contextos ambiental, social y cultural de los que hacen parte; por ejemplo, frente a las dinámicas familiares. Esta propuesta de análisis, en concreto, tuvo lugar gracias a la lectura de necesidades con el equipo docente y directivo del colegio, la cual nos permitió explorar el papel que juega la red de apoyo familiar en el proceso educativo y, a partir de allí, implementar o potencializar los principios del diseño universal para el aprendizaje. Esto teniendo en cuenta que no encontramos investigaciones que nos sirvieran como antecedente al respecto.

Por otro lado, en el contexto digital identificamos problemáticas de conectividad, inestabilidad, intermitencia o restricción diaria en la conexión a internet que dificultaban la comprensión de temas y el desarrollo de actividades académicas. Así mismo, las limitaciones en el manejo de herramientas tecnológicas por parte de acudientes y docentes amenazaban con expandir las brechas de acceso a la educación. Por esto, con la implementación del diseño universal para el aprendizaje, las estrategias de las guías asincrónicas ampliaron el espectro de estudiantes y familiares para participar en las actividades planteadas, interactuando con elementos disponibles en los hogares.

Entre las limitaciones de esta experiencia, resaltamos algunas dificultades

para mantener canales de comunicación efectivos con todas las personas acudientes e integrantes de las redes de apoyo educativo en casa (madres, padres, abuelos, tíos, tías o hermanos y hermanas) que conformaban el grupo seleccionado para trabajar durante la práctica, pues la adherencia a los procesos propuestos desde Terapia Ocupacional dependía de sus hábitos y rutinas. Esto, en el contexto del aislamiento social obligatorio, estaba marcado por la dedicación a actividades laborales y del hogar durante el día y la dedicación al acompañamiento a los y las estudiantes, con frecuencia, solo durante la noche.

Conclusiones

La experiencia de Práctica Avanzada en Niñez-Educación realizada permitió hallar puntos de convergencia entre los planteamientos del diseño universal para el aprendizaje y las propuestas de Terapia Ocupacional para facilitar y acompañar el proceso enseñanza-aprendizaje. Esto en un contexto retador y complejo como el de la pandemia por COVID-19 en una institución educativa pública en la que las brechas digitales fueron minimizándose durante el trabajo con los tres actores (acudientes, docentes y escolares).

La teleatención fue una modalidad de intervención que permitió realizar procesos de evaluación, atención y acompañamiento a estudiantes que impactaron en los contextos cotidianos (como el lugar dispuesto para tomar las sesiones sincrónicas o realizar sus guías o tareas); en la disposición y la adherencia de las y los estudiantes en el transcurso de las sesiones sincrónicas; en las

orientaciones en hábitos y rutinas mediante el reconocimiento de las dinámicas familiares, y en la concertación de sugerencias y recomendaciones orientadas a promover condiciones apropiadas para el aprendizaje.

Respecto al trabajo interdisciplinar con las docentes, cobró importancia asegurar la comprensión y facilitar el manejo de las herramientas virtuales con las cuales llevan a cabo sus actividades en la educación remota mediada por tecnologías y colindar con espacios enfocados en el diseño de guías que articulan los contenidos con actividades relacionadas con la vida cotidiana de los niños y las niñas para así propiciar una mayor apropiación de los conocimientos. Adicionalmente, se procuró un trabajo mancomunado y de apoyo recíproco que permitió desarrollar vínculos de confianza.

Por último, la vinculación con las redes de apoyo familiar amplió el panorama acerca de la forma en la cual se organiza y estructura sus rutinas cada niño o niña. Además de ser un elemento importante para el fortalecimiento de lazos afectivos que faciliten los procesos educativos, representa un avance y, simultáneamente, un gran reto. Se sugiere profundizar en esta temática.

Agradecimientos: a nuestra docente de práctica, la terapeuta ocupacional Catalina Díaz, por su orientación en el diseño y desarrollo de esta experiencia. A la institución educativa, por su apoyo, disposición y articulación para lograr un valioso trabajo interdisciplinario.

Referencias

- Alba, C., Sánchez, J. y Zubillaga, A. (2011). *Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA). Pautas para su introducción en el currículo*. Dualetic. https://www.educadua.es/doc/dua/dua_pautas_intro_cv.pdf
- Brown, C. (2016). Modelos ecológicos en terapia ocupacional. En B. Schell, G. Gillen, M. Scaffa y E. Cohn (eds.), *Terapia ocupacional: Willard & Spackman* (pp. 494-504). Editorial Médica Panamericana.
- Duarte, C., Cruz, J., Fernández, A. y García, S. (2016). Historia de terapias ocupacionales en Colombia. Recorridos y retos. En A. Navas y L. Tenorio (coords.), *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional* (pp. 6-12). Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional y Ministerio de Salud y Protección Social. <https://doi.org/10.25214/ccto.1>
- Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales [WFOT] (2021). *Declaración de posicionamiento terapia ocupacional y telesalud*. WFOT. <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-and-telehealth>
- Kielhofner, G. (2011). *Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación* (3ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Navas, A. y Tenorio, L. (coords.) (2016). *Perfil profesional y competencias del terapeuta ocupacional*. Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional y Ministerio de Salud y Protección Social. <https://doi.org/10.25214/ccto.1>
- Roley, S. S., DeLany, J. V., Barrows, C. J., Brownrigg, S., Honaker, D., Sava, D. I., Talley, V., Voelkerding, K., Amini, D. A., Smith, E., Toto, P., King, S., Lieberman, D., Baum, M. C., Cohen, E. S., Cleveland, P. A., Youngstrom, M. J. y American Occupational Therapy Association Commission on Practice (2008). Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683. <https://doi.org/10.5014/ajot.62.6.625>
- Townsend, E. A. y Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. CAOT Publications ACE.
- Zubillaga, A. (2018) *Pautas del Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) Versión 2.0 (Actualizado a la versión 2018)*. Dualetic. https://www.educadua.es/doc/dua/dua_pautas_documento_sintesis_2_0-2018.pdf

Historias de la Terapia Ocupacional en América Latina: la primera década de creación de los programas de formación profesional¹

Artículo original: *Histórias da terapia ocupacional na América Latina: a primeira década de criação dos programas de formação profissional*

Autores: Gustavo Artur Monzeli, Rodolfo Morrison, Roseli Esquerdo Lopes
Traducción: Clara Duarte Cuervo² y Gustavo Artur Monzeli³

Recibido: 31 de mayo 2021 • Enviado para modificación: 30 de junio 2021 • Aceptado: 6 de julio 2021

Monzeli, G. A., Morrison, R. y Lopes, R. E. (2021). Historias de la Terapia Ocupacional en América Latina: la primera década de creación de los programas de formación profesional (C. Duarte Cuervo y G. A. Monzeli, Trad.). *Revista Ocupación Humana*, 21(2), 113-136. <https://doi.org/10.25214/25907816.1134> (Artículo original publicado en 2019).

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo analizar los procesos históricos que posibilitaron e impulsaron la creación de la Terapia Ocupacional en América Latina. Para delimitar los países estudiados se seleccionaron aquellos que hacen parte de la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales – CLATO. Se contactó a los representantes ante esta organización y se les invitó a colaborar en el levantamiento inicial de documentos y en la identificación de personas involucradas en tales procesos en sus países. Respecto a la recolección

¹ Esta es una traducción original derivada del artículo de investigación “Histórias da terapia ocupacional na América Latina: a primeira década de criação dos programas de formação profissional”, escrito en portugués y publicado en el volumen 27 número 2 de 2019 de los *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, el cual está disponible en este enlace: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1631>. Como obra derivada, quienes elaboraron esta traducción contaron con el consentimiento de los titulares de los derechos morales del artículo para la elaboración y publicación de esta traducción: Gustavo Artur Monzeli, Roseli Esquerdo Lopes y Rodolfo Morrison Jara. Así mismo, se acogieron a los términos de la licencia *Creative Commons Attribution* (CC-BY), bajo la cual el artículo original fue publicado.

²Terapeuta ocupacional. Magíster en Salud Pública. Doctoranda en Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. Nemocón, Colombia. claradc2002@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-6901-7335>

³Terapeuta ocupacional. Magíster y doctor en Terapia Ocupacional. Docente, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Brasil. gustavo.monzeli@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-4147-1840>

y organización de datos, se realizó un recorte histórico de los primeros diez años desde el inicio del primer programa de formación en Terapia Ocupacional en América Latina, esto es, 1956 a 1966. Los países cuyos programas fueron creados en esa década son: Brasil, México, Argentina, Venezuela, Chile y Colombia. Como parte de los resultados, se identificó que las historias de la Terapia Ocupacional y de la creación de los programas de formación en América Latina pasan, entre otros factores, por antecedentes relacionados con las epidemias de poliomielitis y la historia del cuidado en el ámbito del sufrimiento psíquico, además de la presencia de los movimientos de cooperación internacional, la jerarquización de las carreras profesionales y los procesos de subordinación del género femenino en lo que se refiere a la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo.

PALABRAS CLAVE

Terapia Ocupacional, Historia, América Latina

Introducción

La propuesta de investigación de la cual se deriva este artículo surgió al comprender la necesidad de buscar las distintas interconexiones históricas que condujeron a la llegada de la Terapia Ocupacional a América Latina, así como los movimientos que propiciaron la creación de los primeros programas de formación en los países latinoamericanos. Se trata de una tarea relevante para entender la configuración del campo de la Terapia Ocupacional; también, porque todavía hay un escaso dominio colectivo de las historias de la Terapia Ocupacional en los países de la región.

El objetivo de esta propuesta, entonces, es comprender los procesos históricos de creación de la Terapia Ocupacional, específicamente de la formación profesional, en los países de América Latina. Para lograrlo, el foco está en la identificación de los primeros programas de formación profesional, intentando comprender el contexto socio-político de los países para el momento en el que fueron creados. Adicionalmente, es necesario

discutir los procesos de creación de esos primeros programas, las articulaciones que fueron necesarias para dar paso al inicio de la formación profesional y las principales razones que justificaron la creación de estos programas en particular en los países latinoamericanos.

Es importante comprender que cuando evocamos la idea de Terapia Ocupacional nos referimos a diferentes ámbitos, desde las prácticas de atención y cuidado a poblaciones específicas; las propuestas de formación técnica, profesional y académica de un área específica de conocimiento; hasta los procesos de reglamentación e institucionalización de la profesión. Este trabajo se enfoca en la dimensión de los programas de formación profesional. El interés aquí es discutir un análisis de los procesos históricos y de las razones que se usaron para justificar la generación de propuestas de formación profesional por parte de instituciones de educación o de asistencia en los países de América Latina.

De esta manera, para comenzar se discute brevemente la “idea” de América Latina y se presenta un recorrido histórico de la creación de la profesión en Estados Unidos; posteriormente se contextualizan y analizan los datos generados en esta investigación.

América Latina

Comenzar con una definición de América Latina, además de importante, es bastante complicado y, en algunos momentos, paradójico. Es importante porque responde a la necesidad de localizar histórica y geográficamente una región, algunos idiomas y muchos pueblos distintos y diversos. Complicado, justamente por esa enorme diversidad, no solo de pueblos y culturas, también de discursos sobre esas diversidades. Paradójico, porque para hablar de esa complejidad, con frecuencia se adoptan perspectivas instaladas por las naciones invasoras o colonizadoras, que crean una identidad latinoamericana en oposición y asimetría frente a tales naciones.

El concepto de América Latina es de origen francés, se deriva de la expresión *Amerique latine*, que fue utilizada por los intelectuales franceses para denominar el imperialismo en México, bajo el dominio de Napoleón III, en la década de 1860 (Bethell, 2009). Sin embargo, de acuerdo con Bethell (2009), existen tres autores que previamente, en diferentes ocasiones, en 1856, hicieron uso del término “América Latina” por primera vez: José María Torres Caicedo, periodista, poeta y crítico colombiano; Francisco Bilbao, intelectual socialista chileno, y Justo Arosemena, jurista, político, sociólogo y diplomático colombo-panameño.

Algunos autores, como Furtado (2007), identifican 20 países en esa región: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Adicionalmente, los clasifican en Andinos, Atlánticos y Caribeños. Otros autores, como Araújo (2006) y Souza (2011), comprenden la región latinoamericana como todos aquellos países ubicados por debajo del Rio Bravo, entre Estados Unidos y México, es decir, 32 naciones que no hacen parte de la América anglosajona, estos incluyen, además de los 20 previamente citados, a Guyana, Surinam, Belice, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tobago.

En esta región se habla predominantemente español, portugués y francés; esto como resultado de la invasión y la colonización. Además, existen centenas de otras lenguas indígenas ya extintas o que están en proceso de extinción por cuenta de los continuos procesos de violencia que han enfrentado estos pueblos, entre ellas, guaraní, tupíes, aimara, quechua, náhuatl, maya y mapuche; incluso, se emplean otras lenguas de origen africano que llegaron mediante el tráfico de personas esclavizadas.

América Latina se configura como región a partir de diversos abordajes. Algunos de estos la comprenden y conceptualizan como “región natural”, esto es, “Entendida como una parte de la superficie de la tierra, medida de acuerdo con escalas territoriales diversificadas y caracterizada por la uniformidad resul-

tante de la combinación o la integración en áreas de elementos de la naturaleza" (Correa, 2003, p. 23, traducción nuestra).

Otros abordajes consideran que la región está determinada por técnicas estadísticas y de medición (Dias, 2009), como lo define Correa (2003): "Un conjunto de lugares donde las diferencias internas entre esos lugares son menores que las existentes entre estos y cualquier elemento de otro conjunto de lugares (...) definir región pasa a ser un problema de medición eficiente y de estadística" (p. 32, traducción nuestra).

A mediados del siglo XX algunos autores comienzan a construir el concepto de región, reforzando su existencia bajo el capitalismo (Dias, 2009). En este sentido, Correa (2003) explica que "Es en el modo de producción capitalista que el proceso de regionalización se acentúa, marcado por la simultaneidad de los procesos de diferenciación e integración, verificada dentro de la progresiva mundialización de la economía a partir del siglo XV" (p. 44, traducción nuestra).

En esta interpretación de América Latina, "Al rescatar la historia colonial, el papel de los países latinoamericanos insertados en la División Internacional del Trabajo y relacionar explotadores y explotados, estamos acentuando el carácter ideológico de América Latina como región" (Dias, 2009, p. 25, traducción nuestra).

A las definiciones de región, Gomes (1995) agrega que las principales características serían la conciencia regional, el sentimiento de pertenencia y las mentalidades regionales como elementos que revalorizan la dimensión regional como espacio vivido.

Por lo tanto, hablar de una región latinoamericana implica comprender que ese discurso se inserta en una trama compleja de significados y perspectivas, en ocasiones próximos y coherentes, pero en otras opuestos y contradictorios.

Surgimiento de la Terapia Ocupacional en Estados Unidos de América

Un punto en común en las diferentes narrativas en torno a la historia del surgimiento de la Terapia Ocupacional en Estados Unidos de América son las intervenciones llevadas a cabo por mujeres con diferentes formaciones profesionales, bajo la tutela de hombres que, en general, son los autores de esas narrativas.

Morrison (2016) propone buscar visiones "alternativas" a la historia "oficial" de la Terapia Ocupacional, haciendo énfasis en el lugar central de las mujeres en su desarrollo. Reorganizar la historia de los orígenes de la Terapia Ocupacional podría ser una manera de enfatizar el protagonismo de mujeres en ese proceso, el cual estaría subsumido en situaciones de subordinación del género femenino en diversos contextos históricos.

Es importante comprender que los orígenes de la profesión están íntimamente ligados con la posibilidad de inserción de las mujeres –principalmente blancas y de élites urbanas– en esferas de la vida social que trascienden el espacio doméstico. Se destaca la participación en las instituciones de enseñanza, las instituciones de caridad y beneficencia –especialmente de carácter religioso–, las universidades y también, en parte, como respuesta a demandas del mercado de trabajo (Lopes, 1991; Morrison, 2016), aun cuando la inser-

ción en esos espacios no ha ocurrido de forma igualitaria a la de los hombres.

Algunos de esos cambios fueron posibles debido al contexto social estadounidense de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, en una sociedad marcada por el proceso de transformación del monopolio del capital (Braverman, 1987). En este contexto de transformaciones, algunas mujeres rechazaron el matrimonio y dedicaron sus vidas a la enseñanza, a la enfermería o al trabajo social. Otras, aun estando casadas, pertenecieron a legiones y grupos de caridad o de otro tipo de ayuda social. Esa ampliación de la circulación y de la inserción en diferentes espacios sociales pudo haber forjado referentes femeninos en otras esferas públicas (Morrison, 2016).

La creación de la *Hull House* en el contexto de la Escuela de Cívica y Filantropía de Chicago hace parte de ese proceso en el cual muchas mujeres jóvenes, estimuladas principalmente por los movimientos feministas de la época (Addams, 1912), transformaron las nociones de ayuda y compromiso social voluntario (basado en perspectivas morales y religiosas) hacia la valoración de sus actividades laborales; reconfiguraron el mercado de trabajo emergente y demandante, y propiciaron su inserción en empleos formales (Morrison, 2016).

La *Hull House* era un refugio de extrema importancia para el movimiento de mujeres en Chicago (Quiroga, 1995), tanto por su contribución a la formación política, profesional y laboral de muchas mujeres, como por ofrecer apoyo a un número importante de familias, principalmente de inmigrantes (Addams, 2002).

Si desde el androcentrismo la historia de la Terapia Ocupacional se habría iniciado con el tratamiento moral⁴, desde una perspectiva feminista podría decirse que fue el movimiento de esos refugios sociales el que permitió que muchas mujeres –blancas y de élites urbanas– se inspiraran y comenzaran a desarrollar actividades laborales (Morrison, 2014), ya que las mujeres pobres, las mujeres negras –o pobres y negras– y las mujeres pobres e inmigrantes siempre trabajaron, de una u otra manera, fuera de sus espacios domésticos. Para Morrison (2014), por primera vez aquellas mujeres comenzaron a vislumbrar alternativas de participación social y pudieron optar por distanciarse de las formas tradicionales, como el matrimonio y la familia.

Las mujeres fundadoras de la *Hull House* buscaban comprender las condiciones y las circunstancias en las que vivían otras mujeres y las familias de inmigrantes, lo que se traducía, por un lado,

⁴ En el siglo XIX, Philippe Pinel en su trabajo titulado *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental* comprendía que la locura era un exceso y un desvío por corregir a través del cambio de costumbres y de inculcar nuevos hábitos y comportamientos, sentando las bases de lo que se denominó tratamiento moral. Según Millani y Valente (2008), el tratamiento moral incluía toda la organización y la producción de la rutina asilar, es decir, la sistematización del uso del tiempo y del espacio de los internos, con miras a someter al interno, alejándolo de su mundo para encuadrarlo en un sistema de preceptos médicos y valores morales. Adicionalmente, Magalhães (1989) destaca que “Articulando un discurso que es al mismo tiempo terapéutico y policial, el tratamiento moral funda una ética (o por lo menos rescata para el dominio médico) que se basaba, sobre todo, en el valor de la disciplina y su principal producto social: el trabajo alienado” (p.55-56, traducción nuestra).

en ayuda inmediata y, por otro, en elaboración teórica sobre esos temas, tarea que compartían con la *University of Chicago* (Metaxas, 2000; Miranda, 2007).

Jane Addams y Ellen Gates Starr, como principales fundadoras de la *Hull House* a finales de la década de 1880, Julia Lathrop, una de las primeras en incorporarse a esa institución, y Eleanor Clarke Slagle fueron las primeras mujeres responsables de las acciones de la *Hull House*. Este trabajo en el ámbito de la acción social, de lidiar bajo un enfoque político con demandas sociales de la sociedad capitalista que se levantaba sobre los cimientos estadounidenses, comienza también a ofrecer a algunas de estas mujeres parámetros para acciones que más tarde se convertirían en propuestas en torno a la Terapia Ocupacional (Morrison, 2016).

Adolf Meyer se une a esas mujeres y comienzan a trabajar en reformar el tratamiento que se ofrecía a las personas consideradas como enfermas mentales, teniendo en cuenta que uno de sus presupuestos era que las deplorables condiciones de vida de los pobres y los trabajadores en las ciudades –que crecían a pasos agigantados– podían hacer parte de las causas que favorecían o mantenían situaciones de enfermedad. Adicionalmente, intentaban responder también a las críticas de la época sobre la ausencia de “ciencia” en esos “nuevos métodos” empleados en psiquiatría, publicando algunos artículos generados a partir de esas prácticas (Addams, 1935; Pollard, et al., 2009; Morrison, 2016).

En 1910, Adolf Meyer solicita a Julia Lathrop que le recomiende a una trabajadora social que se pudiera vincular al Hospital Johns Hopkins (en la ciudad de Baltimore), dirigido por él, para tra-

bajar con personas consideradas enfermas mentales. Lathrop sugiere a Slagle, quien acepta la tarea. Después de dos años de trabajo, Meyer destacaba a Slagle como la principal referente del servicio de Terapia Ocupacional. Al final de esa experiencia, Slagle regresa a Chicago en 1913 para fundar la escuela de Terapia Ocupacional (Morrison, 2016).

De acuerdo con Morrison (2016), apoyado en Quiroga (1995), las principales dificultades en el desarrollo de la profesión para las primeras terapeutas ocupacionales se centraron en dos aspectos: primero, el posicionamiento dentro del campo de la medicina; y segundo, el hecho de que la Terapia Ocupacional fuera considerada como una profesión de mujeres.

Desde sus inicios la Terapia Ocupacional fue considerada una nueva profesión para mujeres (Lopes, 1991; Metaxas, 2000; Lopes y Hahn, 2004), y para legitimarse como disciplina profesional reconocida se buscaron articulaciones con la medicina, que hasta entonces era un campo masculino y, como hoy, con un elevado reconocimiento y poder social. El papel de los hombres dentro del mundo visible de la medicina y el de las mujeres dentro de la invisibilidad de las redes de caridad (Quiroga, 1995), de jóvenes buenas y señoras de bien (Lopes, 1991) hicieron parte de los mecanismos empleados por la primera generación de terapeutas ocupacionales (Lopes, 1991; Morrison, 2016).

Las primeras mujeres consideradas terapeutas ocupacionales fueron Eleanor Clarke Slagle, trabajadora social que se unió a la *Hull House*; Susan Cox Johnson, enfermera que pretendía probar que las ocupaciones podrían mejorar

la salud física y mental de los pacientes internados en contextos hospitalarios, y Susan Elizabeth Tracy, enfermera, una de las pioneras en el uso de las ocupaciones como tratamiento y una de las primeras en sistematizar sus reflexiones (Morrison, 2016; Reis, 2017).

La Primera Guerra Mundial empezó en 1914, sin embargo, Estados Unidos solo se involucró oficialmente en 1917; así, la profesión reconocida en ese mismo año en ese país no surgió como resultado inmediato de la Guerra, pero sí en ese contexto. Tal momento histórico hizo posible un gran desarrollo y expansión de la profesión, ya que la Terapia Ocupacional fue una de las profesiones que hicieron parte de las “auxiliares de reconstrucción”, lidiando con lesiones y discapacidades generadas por la Guerra, y participando activamente en los procesos de rehabilitación (Sanz Valer et al., 2013; Morrison, 2016).

La Terapia Ocupacional se expandió en Estados Unidos en las primeras décadas del siglo XX y retomó de manera importante esa expansión durante la Segunda Guerra Mundial; como parte de esa segunda ola de crecimiento, llegó a América Latina como programa de formación profesional a partir de la década de 1950.

Método

Los datos aquí presentados y discutidos fueron obtenidos en dos momentos principales: primero, la identificación de los colaboradores de la investigación; y segundo, la búsqueda de materiales didácticos, registros históricos y producciones científicas sobre la historia de la Terapia Ocupacional en cada país de América Latina.

Para la identificación de los colaboradores se seleccionaron los países miembros de la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales - CLATO. Se contactaron sus representantes ante esa organización y se les invitó a colaborar de manera que fuese posible un levantamiento inicial de documentos y sujetos involucrados con tales procesos en los diferentes países.

La CLATO, fundada en 1997 (Gómez Lillo, 2012), cuenta actualmente con los siguientes países miembros: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela y Puerto Rico (considerado territorio de Estados Unidos de América y no un país independiente).

Por partir de ese grupo, fueron invitados a participar de la investigación todos los delegados de la CLATO (gestión 2015-2017). La invitación se envió por correo electrónico y los delegados que aceptaron participar respondieron un cuestionario que incluía sus datos de identificación personal y profesional y solicitaba sugerencias de documentos, textos, artículos o materiales didácticos sobre la historia de la Terapia Ocupacional en su país. Los delegados que colaboraron en la investigación en ese primer momento representaban a los siguientes países: Argentina, Brasil, Chile y Colombia.

Dado que el número de respuestas fue bajo, aún después de varios intentos, se inició la búsqueda de los contactos sugeridos por personas que eran o habían sido representantes de Brasil ante la CLATO, a saber: Ricardo Lopes (delegado 2013-2015), Rosibeth Palm (exdelegada que participó en la gestión de la CLATO entre 2000 y 2011) y Luciana Wertheimer (pre-

sidenta de la CLATO 2013-2015). De esta manera fueron contactados los representantes de Costa Rica, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela.

También, durante el XII Congreso de la CLATO, en octubre de 2017, en México, se logró contactar a los representantes de países que se habían unido recientemente a la CLATO: Bolivia, El Salvador y Paraguay.

Para esos 14 países se buscaron las fechas de inicio de los primeros programas de formación en Terapia Ocupacional, además se identificaron los motivos de creación y las articulaciones nacionales e internacionales que se dieron para dar inicio a la formación en Terapia Ocupacional en América Latina.

Se recibieron recomendaciones de libros, artículos, entrevistas y tesis de maestría y doctorado que abordan, directa o indirectamente, la historia de la Terapia Ocupacional en cada uno de los países. Algunos países como Argentina, Brasil y Colombia cuentan con grupos de investigación específicos sobre la historia de la profesión, lo que facilitó la identificación de los materiales. Otros países como Chile, México y Venezuela tienen producciones importantes, como libros y disertaciones, aunque más dispersas.

Para el análisis y la presentación de los datos recolectados se realizó una delimitación histórica de los primeros diez años desde la creación del primer programa de formación en Terapia Ocupacional en América Latina, es decir, entre los años de 1956 y 1966. Esta decisión se justifica por el interés de identificar los programas pioneros en la formación, fundados en la primera década de desarrollo institucional de la Terapia Ocupacional

en los países latinoamericanos. Los países que crearon cursos en ese período fueron Brasil, México, Argentina, Venezuela, Chile y Colombia.

Los textos recolectados y analizados fueron: Brunetto (1975), Magalhães (1989), Lopes (1991, 1997), Nascimento (1991), Soares (1991), Trujillo (2002), Lopes y Hahn (2004), Testa y Spampinato (2010), Gómez Lillo (2012), Testa (2012), Escobar y Sepúlveda (2013), Nabergoi et al. (2013), Rivas et al. (2013), Melo (2015), Bottinelli et al. (2016), Duarte et al. (2016), Morrison et al. (2016), Rodríguez et al. (2016), Cascajares y Ramírez (2017), y Reis (2017).

Resultados y Discusión

No es posible hablar de una única historia de la Terapia Ocupacional en América Latina; eso sería un equívoco. En primera instancia, porque cuando se decide contar una historia, aun cuando sea claro desde qué punto de vista se hace o considerando cuáles hechos, se dejan de lado otros enfoques y hechos relevantes que no se cuentan o no son traídos al relato (Gigante, 2008).

La historia siempre es contada partiendo de otro momento histórico y desde puntos de vista diversos; solo con esta observación ya podemos comprender que las realidades son diferentes, las épocas distintas y las palabras y sus significados, a su vez, no necesariamente son los mismos. Por eso, cuando elegimos palabras para contar una historia, no solo describimos una cierta realidad, sino que creamos y recreamos esa realidad.

Para Certeau (1982), al buscar el sentido histórico de un acontecimiento

se encuentran métodos, ideas o incluso maneras de comprenderlo, es decir, existe una confrontación entre pasado y presente, entre aquello que organizó una determinada realidad y aquello que hoy permite pensarla. En esta misma línea, Le Goff (2005) destaca que “No hay realidad histórica acabada que se entregue por sí misma al historiador” (p. 41, traducción nuestra).

En consecuencia, los datos aquí presentados son interpretaciones, relecturas, rearticulaciones y recreaciones de determinadas historias que hablan sobre los movimientos de creación de la profesión de Terapia Ocupacional en diferentes países de América Latina.

Antecedentes y encuadres de la implantación de la Terapia Ocupacional en América Latina

Las epidemias de poliomielitis y la historia de la locura –principalmente a partir de las ideas del tratamiento moral –, son algunos de los marcos importantes para abordar las historias de la Terapia Ocupacional en los países latinoamericanos.

La poliomielitis y los centros de rehabilitación

La poliomielitis fue durante siglos una causa importante de discapacidad y muerte infantil, hasta la creación de la vacuna contra esta enfermedad a mediados de la década de 1950 (Testa, 2012). En América Latina, los primeros casos de poliomielitis fueron identificados y registrados a finales del siglo XIX en México, en 1906 en Argentina, en 1909 en Chile, en 1911 en Brasil, en 1915 en Colombia y en 1928 en Venezuela. Entre tanto, su reconocimiento como epidemia en esos países ocurrió entre los años 1930 y 1950

(Echezurúa, 1974; Malagón y Ávila, 1982; Campos et al., 2003; Laval, 2007; Nascimento, 2010; Testa, 2012; Bottinelli et al., 2016; Cascajares y Ramírez, 2017).

La epidemia de poliomielitis y sus consecuencias fueron uno de los principales argumentos para la creación o la ampliación de los centros de rehabilitación física y los hospitales infantiles, entre otras instituciones de asistencia en el contexto latinoamericano. Lo anterior puede evidenciarse en la creación del Hospital Infantil de México, en 1943 (Cascajares y Ramírez, 2017); el Centro de Rehabilitación Infantil de Chile, en 1947 (Escobar y Sepúlveda, 2013); la *Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação*, en 1954 (Reis, 2017; Reis y Lopes, 2018), entre otros centros de rehabilitación y asociaciones. Estas instituciones tuvieron un crecimiento importante derivado de inversiones nacionales y articulaciones internacionales, y fruto de las preocupaciones generadas por la circulación de personas y mercancías durante el avance de la epidemia (Mendes, 1996). Adicionalmente, hacen parte de las principales instituciones en las que, en la década de 1950, se dio origen a los programas de formación en Terapia Ocupacional.

Este contexto regional en el que los países latinoamericanos se vieron forzados a lidiar con las causas de las epidemias de poliomielitis, al tiempo que se producían técnicas de prevención de la infección y tecnologías de atención a las personas afectadas por la enfermedad, desencadenó el desarrollo de disciplinas relacionadas con la rehabilitación. A su vez, promovió la importación de conocimientos y prácticas de países del norte que, dado el interés económico agroexportador, generaban lazos importantes con países de la región, ya habían pasado

por esa situación durante o después de la Segunda Guerra Mundial y contaban con mayor información, principalmente en el área de la salud (Bottinelli et al., 2016; Soares, 1991; Sbriller, 1997).

Este proceso desencadenó la creación y expansión de carreras comprendidas hasta entonces como tecnologías médicas, entre ellas la Terapia Ocupacional (Soares, 1991; Gómez Lillo, 2012; Testa, 2012; Rivas et al., 2013; Cascajares y Ramíres, 2017).

Las ocupaciones y el trabajo en el proceso de rehabilitación

Para las historias de la Terapia Ocupacional en los países de América Latina, tan importantes como los centros de rehabilitación física creados o impulsados por los intereses creados en torno a las epidemias de poliomielitis, fueron los hospitales psiquiátricos y las instituciones que lidiaban con las personas tildadas de “locas” o que vivían problemáticas derivadas de cuestiones sociales (Lopes, 2016), como las personas privadas de la libertad, en situación de calle o trabajadoras sexuales.

En Brasil, en el *Hospital Dom Pedro II*, fundado en 1852 en Rio de Janeiro, las ocupaciones eran objeto de los talleres de sastrería, ebanistería, zapatería, flores, hilado y tejidos, que se basaban de manera importante en una perspectiva del tratamiento moral (Nascimento, 1991; Soares, 1991). En São Paulo, en el Hospital do Juqueri, inaugurado en 1898, los principales usos de la ocupación fueron bajo la forma de praxiterapia o tratamiento a través del trabajo, también, bastante influenciado por el ideario del tratamiento moral (Nascimento, 1991; Soares, 1991).

Esto trae a la escena el uso de actividades, ocupación o trabajo, independientemente de lo que vino a ser denominado como Terapia Ocupacional y antes de la creación de sus programas de formación profesional, como una forma de “cuidado” o “tratamiento” del sufrimiento psíquico institucionalizado. Al mismo tiempo, interesaba a la institución en tanto ayudaba en el control de los cuerpos, al mantenimiento del orden y en tareas básicas para su funcionamiento, como trabajo no remunerado y muchas veces obligatorio (Nascimento, 1991).

En 1946, Nise da Silveira fundó el *Serviço de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional*, en el Engenho de Dentro – Rio de Janeiro, y puso en el centro de su atención el potencial expresivo de las actividades escogidas libremente para el proceso de comprensión de la “locura” y ayuda a los pacientes, sin que estas necesariamente fueran útiles para el hospital, aunque también podían serlo (Brunetto, 1975; Magalhães, 1989; Nascimento, 1991;).

En Colombia, a mediados del siglo XIX, la ocupación/trabajo comienza a ser utilizada como un medio para impedir o salir de la “vagancia” y ascender a la moral católica, lo que también se vinculaba con una perspectiva económica y de “progreso”, necesarios para la consolidación de la república (Duarte et al., 2016). La alusión al trabajo con la población pobre, con los reclusos en los presidios y con las prostitutas hacía parte de esa concepción de que era posible rehabilitar “problemáticas sociales” a través de la ocupación o del trabajo (Duarte et al., 2016). La enseñanza y la práctica de oficios seguían funcionando como estrategias para combatir las malas costumbres

y la pobreza, bajo los preceptos de la moral cristiana y principalmente católica (Duarte et al., 2016).

En Argentina, a finales del siglo XIX, el tratamiento moral era utilizado en el Hospicio de las Mercedes, donde se ofrecían diferentes talleres, dependiendo de las posibilidades físicas y psíquicas de los internos; la salud o ausencia de enfermedades se pensaba en términos de productividad y, por lo tanto, la inserción socio-laboral era de suma importancia (Gómez, 2007).

En Chile, alrededor de la década de 1930, existían publicaciones de psiquiatras que defendían el tratamiento moral y la denominada laborterapia, en los que se utilizaban los talleres y las ocupaciones para promover beneficios dentro de lo que se entendía como tratamiento y generar mayor independencia a los pacientes (Gómez Lillo, 2012).

Así, se puede percibir una articulación histórica alrededor de los discursos previos a los orígenes de la Terapia Ocupacional en los países latinoamericanos, transitando entre la creación de una tecnología de atención con fines de rehabilitación física, pensada como respuesta a las epidemias en la región, y la justificación técnica y científica de un trabajo que ya ocurría en hospitales psiquiátricos, con el propósito de dar forma profesional a técnicas cuyo uso articulaba, en mayor o menor grado, presupuestos del tratamiento moral.

Cooperación internacional

Debido a la historia de las epidemias de poliomielitis, diferentes proyectos de cooperación internacional tuvieron un papel importante en la creación y

el desarrollo de algunos de los primeros programas de formación profesional en Terapia Ocupacional en el contexto latinoamericano. Entre las agencias y organizaciones internacionales citadas como importantes para la referida creación se destacan la Organización de las Naciones Unidas -ONU, la Organización Internacional del Trabajo -OIT, la Organización Mundial de la Salud -OMS y la Organización Panamericana de la Salud -OPS.

Al tener parte de sus orígenes en organismos creados tras el fin de la Primera Guerra Mundial y compartiendo el contexto histórico derivado de la Segunda Guerra Mundial –que creó muros entre el mundo capitalista y el socialista, envueltos en la Guerra Fría–, esas organizaciones se volcaron a una Cooperación Internacional para el Desarrollo que comienza a ser institucionalizada con la emergencia de normas, discursos, prácticas, agendas y comportamientos de actores definidos de manera más organizada, regular y previsible (Milani, 2014).

Los principales proyectos de cooperación internacional que surgieron y se diseminaron en el siglo XX tienen una conexión importante con el fin de la Primera Guerra Mundial y con la efervescencia de la Revolución Socialista originada en Rusia. En ese período se creía que los regímenes elegidos democráticamente no tomarían la decisión de ir a la guerra, excepto en situaciones de defensa propia, y que solamente los regímenes que no se elegían de forma democrática tendrían la tendencia a generar conflictos bélicos. Así, una de las estrategias para evitar nuevos conflictos consistió en extender por el mundo las democracias liberales (Llistar, 2009).

Al tiempo que algunos acuerdos internacionales comenzaban a ganar centralidad en las discusiones globales y con el inicio de la Segunda Guerra Mundial, esta perspectiva liberal fue cuestionada, toda vez que la Alemania nazi y la Italia fascista habían sido creadas por líderes elegidos popularmente, o sea, la idea de que la diseminación de las democracias pondría fin a las guerras luego fue rechazada.

En la década de 1960, en el contexto de la Guerra Fría, con la crisis de los misiles en Cuba, la carrera espacial y las intervenciones militares de Estados Unidos de América y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, la importancia militar y diplomática comenzó a ser relativizada en detrimento de la emergencia de otros actores, como empresas multinacionales y organismos internacionales como la ONU o la Comunidad Europea (Llistar, 2009).

Las razones iniciales para la institucionalización de estrategias de cooperación y desarrollo no pueden disociarse de la Guerra Fría, dado que las rivalidades este-oeste, a partir de 1945, fueron un factor determinante para que, en el campo liberal occidental, se tomaran decisiones en el sentido de promover la cooperación entre las naciones del “mundo libre” (Milani, 2014). Se construye una percepción de que las relaciones internacionales y de cooperación (y regulación) son realizadas por actores que no se restringen a los estados-nación, en una red de interdependencia compleja (Keohane y Nye, 1977).

Algunos autores, como Llistar (2009), analizan ese sistema mundial a partir de la constatación de que tales interferencias internacionales comienzan a configurarse como semipermeables,

esto quiere decir, permeables a algunos fenómenos como la relación con el capital, las ofensivas militares etc.; pero, al mismo tiempo, impermeables a otros fenómenos como la circulación de personas de países “pobres” y periféricos hacia países “ricos” y centrales en la economía mundial. “Los poros selectivos de las fronteras de los Estados hacen que seamos más interdependientes, aunque interdependencia para nada signifique simetría” (Llistar, 2009, p. 20).

En la lógica de las discusiones sobre centros globales y periferias económicas es importante comprender que el “subdesarrollo” es resultado de relaciones históricas. Es decir, ninguna antigua colonia africana, asiática o latinoamericana puede explicar su presente sin reiterar que su historia ha sido atravesada por largos años de invasiones, exterminios, espoliaciones, tráfico de personas esclavizadas, racismos etc. Al mismo tiempo, la industrialización y la prosperidad económica no se deben solo a las habilidades y las circunstancias de los países que se consideran “desarrollados”, sino, igualmente, a la sobreexplotación humana y física de África, Asia y América Latina (Llistar, 2009).

Esas “relaciones internacionales” también pueden ser conceptualizadas como: “Interferencias transnacionales que se producen entre grupos sociales locales o transnacionales que habitan distintos países o entre sus Estados (Llistar, 2009, p. 28), donde el término “relaciones” no coincide con la realidad, puesto que no demuestra direccionalidad, aunque se presenta de forma neutra. En contrapartida, “interferencia”, por ser vectorial, consigue reflejar mejor esos procesos internacionales, indicando las asimetrías (Llistar, 2009). Es interesante percibir que

tales interferencias no son necesariamente negativas, pues existen, por ejemplo, interferencias positivas como las tecnologías de bajo costo, fármacos, sistemas de telefonía e internet etc.

El concepto de “desarrollo” empieza a ser utilizado después de la Segunda Guerra Mundial. La descolonización e independencia de los países considerados del Tercer Mundo (los que no eran considerados países capitalistas desarrollados ni países socialistas) condujo a un cuestionamiento sobre el origen de las desigualdades entre los países, la noción de desarrollo se equiparó a la de crecimiento económico y a esta se le atribuyó un doble objetivo: modernizar y reproducir paulatinamente el modelo establecido por el Primer Mundo. Desde este punto de vista el problema del subdesarrollo recaía exclusivamente en el sur, y de su responsabilidad dependía el crecimiento, la modernización y la industrialización. Y la única cosa que el norte podría hacer sería ofrecer ayuda, una ayuda que fuese concebida como intrínsecamente buena, necesaria y humanitaria (Llistar, 2009).

En la práctica, el “deseo de desarrollo” contribuyó a las relaciones de cooperación internacional, que tuvo como uno de sus aportes la asesoría técnica de especialistas y agencias de cooperación de países del norte a países del sur global (Llistar, 2009). Dentro de esta lógica, pactos militares, apoyo a dictaduras y programas de desarrollo estuvieron íntimamente ligados en América Latina (Escobar, 1998).

Con estos procesos de cooperación internacional, América Latina comenzó a recibir asesoría de consultores de la ONU, vía articulación con la OIT y la OMS, para la realización de cursos de

capacitación, auxilio en el proceso de implementación de programas de rehabilitación, bien para accidentes de trabajo o por la poliomielitis, dentro de otros auxilios técnicos.

A finales de la década de 1940, la ONU pasó a asumir la coordinación, la planeación y la provisión de refuerzos en áreas orientadas a la rehabilitación, partiendo de diversas organizaciones. La OMS se hizo responsable de la formación de profesionales de rehabilitación como médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, entre otros. La OIT tenía bajo su responsabilidad la rehabilitación profesional, vía seguridad social, y la UNESCO se enfocaba en la educación especial (Soares, 1991).

En 1951, la ONU comienza a enviar emisarios a América Latina con el fin de identificar posibles lugares para la instalación de un centro de rehabilitación. Uno de los escogidos fue el *Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* (HC-USP), que ya tenía reconocimiento internacional (Soares, 1991).

En Brasil, tanto la *Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação* como el *Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* (HC-USP) comenzaron a ser asesorados por esas agencias internacionales para introducir prácticas especializadas en rehabilitación, hasta entonces inexistentes en el país (Soares, 1991). Adicionalmente, la creación de los programas de formación profesional también fue uno de sus resultados, es el caso de la Terapia Ocupacional, entre otras profesiones que fueron creadas o impulsadas en ese contexto.

También en relación con la formación profesional, algunos técnicos y profesionales que actuaban en el área de rehabilitación en el *Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* (HC-USP) fueron enviados a Estados Unidos para especializarse. Soares (1991) señala que ese fue el caso de Neyde Tosetti Hauck, asistente social y enfermera, quien fue a estudiar Terapia Ocupacional en la *University of New York* con financiación de la OMS, además de los terapeutas ocupacionales llevados a Brasil para contribuir con los programas de formación profesional (Soares, 1991).

En Argentina, la creación de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional -ENTO, en 1959, hizo parte de un acuerdo entre los gobiernos argentino y británico, por medio de un convenio de cooperación técnica con la OMS (Nabergoi et al., 2013). Incluso antes de la creación de la ENTO, al igual que en Brasil, estudiantes y profesionales argentinos comenzaron a recibir becas de estudios para realizar su formación profesional en otros países, así como financiamiento para visitas a servicios especializados, a lo que se sumaba la recepción de especialistas de otros países en las instituciones argentinas (Nabergoi et al., 2013).

Tales acuerdos entre los gobiernos de Argentina e Inglaterra y la OMS garantizaron el cubrimiento de los costos de la formación profesional de estudiantes y profesionales argentinas en la *Dorset House*, en Oxford. En 1959 tiene lugar el viaje de un equipo docente de esta institución a Buenos Aires, con el fin de organizar y crear el primer programa de formación de terapeutas ocupacionales en Argentina (Nabergoi et al., 2013).

En Venezuela esa creación pionera ocurrió en el Instituto Venezolano de Seguros Sociales, tuvo un apoyo importante de la ONU y resultó de la articulación de tres fisioterapeutas y una terapeuta ocupacional de Canadá para la creación de la Escuela Nacional de Rehabilitación en 1959 (Rivas et al., 2013). Ya el segundo programa de formación en Terapia Ocupacional en ese país, en el año 1967, se derivó de la articulación entre el gobierno venezolano, a través del Programa Nacional de Rehabilitación, la OPS y la OMS, que llevaron como consultora técnica a Carmen Forn, argentina, jefe del Departamento de Terapia Ocupacional del Instituto Nacional de Rehabilitación en Buenos Aires (Rivas et al., 2013).

En Chile, en 1962 se intensificaron los programas de formación profesional para la rehabilitación física. A través de una articulación entre la OPS y el Servicio Nacional de Salud se destinaron fondos importantes para equipar los servicios de rehabilitación en Santiago y otras ciudades de Chile. Al mismo tiempo, se recibían especialistas en rehabilitación para elaborar la propuesta de creación de un centro nacional de rehabilitación (Gómez Lillo, 2012; Escobar y Sepúlveda, 2013).

En el mismo año, 1962, la Clínica Psiquiátrica Universitaria, en Santiago, recibió por tres meses a la terapeuta ocupacional estadounidense Beatrice Wade, a través del Programa de Cooperación Interamericano. Esta terapeuta ocupacional organizó algunos cursos y también un departamento de Terapia Ocupacional en esa clínica (Gómez Lillo, 2012; Escobar y Sepúlveda, 2013).

También durante los inicios de la década de 1960, en Chile fueron creados a

través del Ministerio de Salud los convenios Chile 21 y Chile 5.000 entre la OPS y el gobierno chileno, los cuales permitieron, entre otras cosas, la creación de centros de medicina física y rehabilitación y la llegada de especialistas para contribuir con programas de formación de terapeutas ocupacionales (Gómez Lillo, 2012).

Uno de los resultados de estas articulaciones internacionales fue la posibilidad de crear el programa de formación en Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile; al mismo tiempo, se ofrecían becas a profesionales y estudiantes chilenas para realizar la formación en Terapia Ocupacional en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional de Argentina (Gómez Lillo, 2012). Reis (2017) trae el relato de una brasileña que también recibió esa beca para su formación en Argentina.

Además de las articulaciones internacionales con Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y otros países de Europa, es interesante encontrar que, en la década de 1960, el tránsito alrededor de los programas de formación se configuró también entre países latinoamericanos. Otros ejemplos en ese ámbito son el desplazamiento de estudiantes de Honduras y El Salvador al programa de formación de México en 1961, además de una estudiante de Perú y otra de Uruguay en el año 1962 y, en 1964, de una estudiante de Panamá y otra de Costa Rica (Cascajares y Ramíres, 2017). Así mismo, una estudiante de Panamá realizó su formación en el programa venezolano en 1964 (Rivas et al., 2013).

Implantación de los programas de formación

La década de 1950 marca el inicio de la creación de los programas de formación profesional en Terapia Ocupacional en los países de América Latina. El proceso de creación de esos programas estuvo ligado a factores internos y contextuales de cada país y también a factores internacionales, como ya se ha expuesto.

Es importante destacar que en países como Argentina, Brasil y México, antes de que los programas de formación fueran creados, existieron cursos de capacitación técnica esporádicos y en diferentes formatos⁵. Por lo tanto, la llegada de la profesión en algunos países es anterior a la creación de los programas de formación, sea por convenios internacionales que trajeron terapeutas ocupacionales de otros países o que financiaron la formación de terapeutas ocupacionales latinoamericanas en Estados Unidos o en países de Europa, o incluso, por la formación técnica de personas ya vinculadas a hospitales o centros de rehabilitación para que trabajaran en áreas específicas.

Con los datos obtenidos a través de los documentos recopilados fue posible identificar los primeros programas de formación en Terapia Ocupacional creados en los países latinoamericanos, nueve en el periodo analizado, como se muestra en la tabla 1.

⁵Aquí se entienden como “cursos de capacitación”, los cursos realizados en Argentina antes de la creación de la ENTO (Bottinelli et al., 2016); en Brasil, por ejemplo, los cursos de Terapia Ocupacional ofrecidos por Nise da Silveira (Soares, 1991), y en México, los cursos de capacitación para enfermeras que ejercerían en ese ámbito (Cascajares y Ramíres, 2017).

Tabla 1. Identificación de programas de formación profesional en Terapia Ocupacional creados en América Latina en los diez primeros años

| País | Institución | Ciudad | Año de inicio |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|
| Brasil | Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação | Rio de Janeiro | 1956 |
| México | Hospital Infantil de México | Ciudad de México | 1957 |
| Brasil | Instituto de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo | São Paulo | 1958 |
| Argentina | Escuela Nacional de Terapia Ocupacional – Universidad Nacional de San Martín | Buenos Aires | 1959 |
| Venezuela | Instituto Venezolano de los Seguros Sociales - Escuela Nacional de Rehabilitación | Caracas | 1959 |
| Brasil | Instituto Universitário de Reabilitação da Faculdade de Medicina do Recife | Recife | 1962 |
| Brasil | Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais | Belo Horizonte | 1962 |
| Chile | Facultad de Medicina - Universidad de Chile | Santiago | 1963 |
| Colombia | Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia | Bogotá | 1966 |

Fuente: documentos recopilados en la investigación.

El primer programa de formación en Terapia Ocupacional en América Latina fue creado en 1956, en la ciudad de Rio de Janeiro (Brasil), vinculado a la *Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação* (ABBR). Ofrecía una formación de nivel técnico, con dos años de duración; capacitó a siete mujeres en su primera promoción (REIS, 2017).

El segundo programa de formación fue creado en 1957 en la ciudad de México (México), estaba vinculado al Hospital Infantil de México. También era de nivel técnico y tenía una duración de seis meses. En él se capacitaron en Terapia Ocupacional seis enfermeras que ejercían en el mismo hospital. En el mismo año hubo una nueva oferta del curso con una du-

ración de un año, en esa oportunidad se graduaron otras seis terapeutas ocupacionales (Cascajares y Ramíres, 2017).

El tercer programa en América Latina, creado en 1958 en São Paulo (Brasil), estaba vinculado al *Instituto de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo*. Este curso fue el resultado de una colaboración y articulación de diversas organizaciones como la ONU, la OMS y la OIT. Tenía una duración de dos años y la primera promoción se graduó en 1959, con cuatro terapeutas ocupacionales (Melo, 2015).

Buenos Aires (Argentina) fue sede del cuarto programa, creado en 1959 como Escuela Nacional de Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de San Martín. Este curso tenía una duración de tres años y fue creado siguiendo los lineamientos de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)⁶ (Botinelli et al., 2016).

En 1959 se creó el quinto programa de formación en Caracas (Venezuela), vinculado al Instituto Venezolano de Seguros Sociales, en la Escuela Nacional de Rehabilitación. Este programa era de nivel técnico, con una duración de tres años y graduó a ocho terapeutas ocupacionales (Rivas et al., 2013).

El sexto programa latinoamericano, creado en 1962, en Recife (Brasil), estuvo vinculado al *Instituto Universitário de Reabilitação da Faculdade de Medicina do Recife*. Era un curso de capacitación técnica en “rehabilitación”, tenía una duración de dos años y los estudiantes optaban durante el curso por la Fisioterapia o la Terapia Ocupacional

(Reis, 2017). En su primera oferta se graduaron 34 profesionales entre fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Nuevamente en Brasil, el séptimo programa de formación, creado en 1962 en Belo Horizonte, estuvo vinculado a la Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Allí se crearon cursos técnicos en rehabilitación para Fisioterapia y Terapia Ocupacional (Reis, 2017).

El programa de formación creado en 1963 en Santiago (Chile), vinculado a la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile fue el octavo en América Latina. La primera oferta tenía duración de tres años y tres estudiantes participaron de la primera promoción. Así como en Argentina, esa oferta seguía las directrices de la WFOT (Gómez Lillo, 2012).

En 1966 se creó el noveno programa de formación en América Latina, en Bogotá (Colombia), vinculado a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Se categorizaba como de nivel técnico y tenía duración de tres años, en su primera promoción se graduaron nueve terapeutas ocupacionales (Rodríguez, et al, 2016).

Jerarquización de carreras profesionales y subalternización de género

En este punto es posible identificar cómo la historia de la creación de la Terapia Ocupacional, de forma general y en especial en América Latina, más allá de los contextos políticos, económicos, sociales y de los procesos de cooperación internacional para atender las epide-

⁶La primera edición de los lineamientos mínimos de formación promulgados por la WFOT es de 1958.

mias, se relaciona con la organización y creación de técnicas y profesiones en el área de rehabilitación en salud, al mismo tiempo que dialoga con la inserción de las mujeres en la educación técnica superior y en el mercado de trabajo.

En la historia de las instituciones de educación superior, hasta hace muy poco estas no eran un espacio para mujeres⁷, constituyéndose en un ámbito privilegiado de reproducción de las desigualdades de género y de fortalecimiento de la división sexual del trabajo. Los hombres tenían el reconocimiento social por su integración exitosa en la esfera pública, incluso en la educación superior, mientras las mujeres eran invisibilizadas, también en lo educativo, y circunscritas a la esfera privada (Papa-dópolis y Radakovich, 2006).

Hasta 1950, con excepción de Costa Rica, Cuba, Panamá y Uruguay, el porcentaje de mujeres en las instituciones de educación superior de la mayoría de los países latinoamericanos estaba claramente por debajo de la distribución demográfica de la población total de cada país (Bonder, 1994). Solo hasta finales de la década de 1980, prácticamente en todos los países latinoamericanos, excepto Colombia y Guatemala, las mujeres eran un poco más del 40% de la población estudiantil en las universidades (Braslavsky, 1994).

En este proceso de aumento de la participación de las mujeres en la educación superior de los países latinoamericanos, la Terapia Ocupacional así como otras profesiones creadas o impulsadas a partir de los años 50 tienen una gran impor-

tancia, ya que ayudaron a reconfigurar el papel de las mujeres en la educación superior, en el mundo del trabajo y, en general, en el contexto social.

Así como en Estados Unidos, por ejemplo, la Terapia Ocupacional en sus inicios en América Latina articula dos características principales: en primer lugar, ser una profesión considerada subalterna a la Medicina en el contexto general del área de la salud y, más específicamente, en la rehabilitación; en segunda instancia, ser considerada una profesión para mujeres y, justamente por eso, de menor valor en la jerarquía de las profesiones.

Testa y Spampinato (2010) señalan que, en el contexto argentino, se crearon carreras complementarias a la Medicina como forma de contribuir con respuestas a las demandas sociales y de salud frente a las cuales los saberes y profesiones hegemónicas de la época no respondían. Incluida en ese grupo, la Terapia Ocupacional hacía parte de una propuesta de equipo de diferentes profesionales y técnicos coordinados por médicos (Macdonald, 1959; Gonzalez, 1959; Testa y Spampinato, 2010).

Dentro de esta misma perspectiva, la creación de la Terapia Ocupacional en Argentina, según Testa y Spampinato (2010):

Estuvo atravesada por un sistema de género que estableció jerarquías, privilegios y desigualdades; delimitando un campo profesional ligado a un mundo considerado como naturalmente femenino constituido por las actividades de la vida diaria, las actividades arte-

⁷En Brasil, por ejemplo, el acceso de las mujeres a la educación superior fue posible solo a finales del siglo XIX (Queiroz, 2000).

sanales y manuales, el cuidado de los niños y una cuota de amor y abnegación para llevar adelante el desafío de la rehabilitación. (p.178)

Con el acceso de mujeres a la educación superior, de modo bastante común y con raras excepciones, esa inserción se dio como una reedición dentro del encuadre de los roles sociales tradicionalmente atribuidos a las mujeres — como el cuidado en el ámbito de los procesos de rehabilitación en salud y en la educación especial—, con la consiguiente subordinación a la figura masculina del médico⁸ y en trabajos que se aproximaban a los valores del voluntariado (Lopes y Hahn, 2004; Nabergoi et al., 2013; Bottinelli et al., 2016; Morrison et al., 2016).

En esa lógica y en el contexto de la Terapia Ocupacional, al tiempo que el acceso a la educación superior y universitaria facilitó la inserción y la participación en el mercado de trabajo y en diferentes espacios sociales para algunas mujeres —hasta entonces alejadas de ese universo—, dicha inserción fue posible mediante el acceso a carreras con menor prestigio académico y, por ello, con perspectivas teóricas y prácticas directamente subordinadas a la visión masculina hegemónica de algunas profesiones.

Si revisamos los primeros programas de formación en Terapia Ocupacional en cada uno de los países aquí analizados, identificaremos que la mayoría de ellos, esto es, los de Brasil, México, Argentina, Venezuela y Colombia, excepto Chile, fueron de nivel técnico. Esto significa que en esos países la Terapia Ocupacional ini-

cia su trayectoria a través de programas de formación técnica (en oposición a una formación universitaria), comprendida y vinculada a otras tecnologías médicas y que, por esto, debía justificar sus prácticas en el discurso médico hegemónico, estando sometida a esos conocimientos.

Lo anterior también puede observarse, por ejemplo, al identificar que la dirección de los primeros programas de formación estaba bajo la responsabilidad de médicos, no de terapeutas ocupacionales o de otras profesionales, como se expone a continuación.

En Brasil, en el primer programa de formación, en la *Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, el Consejo Técnico* (conformado por médicos) era el que orientaba la formación (Reis, 2017).

En México, los primeros programas de formación se iniciaron en el servicio de rehabilitación infantil, bajo la responsabilidad del médico Alfonso Thoen (Cascajares y Ramíres, 2017).

En Venezuela, la dirección del programa estaba ligada a la dirección del Servicio de Rehabilitación, con el médico Alejandro J. Rhode, quien aún contaba con el apoyo de dos terapeutas ocupacionales de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, May Hamilton y Katherine de Brecht (Rivas et al., 2013).

En Chile, el médico Livio Paolinelli estuvo al frente de la coordinación del primer programa de formación, mientras terapeutas ocupacionales ocupaban el cargo de vicecoordinador. La primera terapeuta ocupacional en ocupar la coordi-

⁸ En la historia de la Medicina, la profesión ha sido ejercida mayoritariamente por hombres. En Brasil, en la década de 1970, las mujeres sumaban 11% de los profesionales de Medicina (Machado, et al, 2010).

nación del programa fue Margarita León de Pérez-Guerri, en 1963 (Gómez Lillo, 2012; Morrison et al., 2016).

Por su parte en Colombia, la dirección del primer programa estuvo a cargo del director del Departamento de Rehabilitación, el médico Jorge Pardo Ruiz, conjuntamente con las terapeutas ocupacionales Patricia Ann Lang de Pardo, estadounidense graduada en la *Western Michigan University*, y Alicia Trujillo Rojas, colombiana graduada en la *University of New York* (Trujillo, 2002; Rodríguez, et al, 2016).

De este modo, el proceso histórico de creación de la Terapia Ocupacional en América Latina incluye, entre otros factores y discursos importantes, esta articulación fundamental entre la creación de una carrera técnica auxiliar a la Medicina, con la posibilidad de inserción de las mujeres en la educación superior de carácter técnico, o sea, de manera subordinada.

Consideraciones finales

Trabajar con la historia, o mejor, con las diferentes posibilidades y perspectivas para organizar y analizar los procesos históricos es desafiante y, al mismo tiempo, extremadamente necesario.

En el intento de organizar los discursos y las prácticas de un determinado momento histórico podemos reflexionar sobre sus significados, sus necesidades y también sus posibilidades.

Con lo que hasta aquí se recopiló y con las organizaciones generadas fue posible identificar que las historias de la Terapia Ocupacional y la creación de

programas de formación profesional en América Latina tienen antecedentes relacionados con el proceso de expansión de equipos profesionales de rehabilitación, debido a las epidemias de poliomielitis y a la propia historia del “cuidado” de la locura.

Adicionalmente, esos programas de formación fueron impulsados por los movimientos de cooperación internacional, configurando la creación de técnicas y profesiones con menor prestigio en las jerarquías de las carreras médicas, las paramédicas, como eran denominadas, articulando procesos de subordinación del género femenino, en lo que se refiere a la inserción de las mujeres en la educación superior universitaria y, para una parte de ellas, en el mercado de trabajo.

El esquema aquí trazado, que reúne fragmentos de historias de la Terapia Ocupacional en América Latina, tiene características importantes que lo localizan en un tiempo y en un contexto, pero que permiten cuestionamientos y proyecciones, sobre todo en relación con lo que las terapeutas ocupacionales latinoamericanas (y quienes las forman) quieren y pueden producir en su tiempo histórico.

Financiación: este trabajo de traducción se realizó con el apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Editora responsable: Aida Navas

Referencias

- Addams, J. (1912). *Twenty years at hull house with autobiographical notes*. MacMillan.
- Addams, J. (1935). *My friend Julia Lathrop*. MacMillan.
- Addams, J. (2002). *The long road of woman's memory*. University of Illinois Press.
- Araujo, M. C. (2006). *Prospectos da democracia na América Latina em 2006*. CP-DOC/FGV.
- Bethell, L. (2009). O Brasil e a ideia de "América Latina" em perspectiva histórica. *Estudos Históricos, Rio de Janeiro*, 22(44), 289-321. <https://doi.org/10.1590/S0103-21862009000200001>
- Bonder, G. (1994). Mujer y educación en América Latina: hacia la igualdad de oportunidades. *Revista Iberoamericana de Educación*, 3(6), 9-48. <https://doi.org/10.35362/rie601206>
- Bottinelli, M. M., Nabergoi, M., Mattei, M. C., Manuel, F. J., Díaz, F. M., Spallato, N. M., Mulholland, M., Martínez, M. M., García, A. M., Briglia, J. y Daneri, S. M. (2016). Reflexiones sobre los orígenes de la formación en Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Ocupación Humana*, 16(2), 11-25. <https://doi.org/10.25214/25907816.129>
- Braslavsky, C. (1994). *Desigualdades educativas de jóvenes y mujeres en América Latina y el Caribe*. Unesco.
- Braverman, H. (1987). Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Guanabara.
- Brunetto, L. (1975). Terapia ocupacional: correlação teórico-prática. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 5(19), 213-226.
- Campos, A. L. V., Nascimento, D. R. y Maranhao, E. (2003). A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. *História das Ciências da Saúde, Mangunhos*, 10 (sup. 2), 573-600. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000500007>
- Cascajares, H. C. D. y Ramíres, G. P. (2017). *Terapia ocupacional en México: 60 años transformando vidas*. Imagia.
- Certeau, M. A. (1982). Escrita da história. Forense Universitária.
- Correa, R. L. (2003). *Região e organização espacial*. Ática.
- Dias, W. S. (2009). *A ideia de América Latina nos livros didáticos de Geografia* [Tesis de Maestría, Universidad de São Paulo]. Biblioteca Digital USP. <https://doi.org/10.11606/D.8.2009.tde-11122009-154104>
- Duarte, C., Fernández, A., Cruz, J. y García, S. (2016). Precursores de la Terapia Ocupacional en Colombia: sujetos, instituciones, oficios. *Revista Ocupación Humana*, 16(2), 93-109. <https://doi.org/10.25214/25907816.140>
- Echezurúa, E. (1974). Estado de la poliomielitis en Venezuela. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 8(1), 66-71.
- Escobar, A. (1988). *La invención del Tercer Mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo*. Norma, 1998.

- Escobar, P. y Sepúlveda, R. (2013). *Escuela de Terapia Ocupacional Universidad de Chile: aportes para una historia posible*. ETOUCH.
- Furtado, C. (2007). *A economia latino-americana*. Companhia das Letras.
- Gigante, M. A. (2008). História oral de idosos asilados em São Carlos – SP: velhice, asilo e memória da cidade (1950-2008) [tesis de doctorado, Universidade Estadual Paulista]. Repositorio Institucional UNESP. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/103123>
- Gomes, P. C. C. (1995). O conceito de região e sua discussão. En I.E.Castro (Org.), *Geografia: conceitos e temas* (pp. 49-73). Bertrand Brasil.
- Gómez, E. M. (2007). Referentes históricos de la utilización de actividades en Sudamérica. En L. Paganizzi (Org.), *Terapia ocupacional psicosocial* (pp.23-30). Polemos.
- Gómez Lillo, S. (2012). *Antecedentes, creación y desarrollo de la terapia ocupacional en Chile: 50 años de historia*. Abarca Girard Ediciones.
- Gonzalez, L. (1959). Reunión inaugural. En *Anales del Congreso Argentino De Rehabilitación del Lisiado* (p.p. 19-26). Archivo Tesone.
- Keohane, R. y Nye, J. (1977). *Power and interdependence: world politics in transition*. Little, Brown and Company.
- Laval, E. R. (2007). Anotaciones para la historia de la poliomielitis en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 24(3), 247-250. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000300017>
- Le Goff, J. (2005). *A história nova*. Martins Fotes.
- Llistar, D. B. (2009). *Anticooperación: interferencia norte-sur: los problemas del sur global no se resuelven con más ayuda internacional*. Icaria Antrazyt.
- Lopes, R. E. (1991). A formação do terapeuta ocupacional: o currículo: histórico e propostas alternativas [tesis de maestría no publicada, Universidad Federal de São Carlos].
- Lopes, R. E. (1997). A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 4(7), 27-35.
- Lopes, R. E. (2016). Cidadania, direitos e terapia ocupacional social. En R. E. Lopes y A. P. S. Malfitano (Org.), *Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos* (pp. 29-48). EdUFSCar.
- Lopes, R. E. y Hahn, M. S. (2004). The education of occupational therapists in Brazil: history and perspectives. *WFOT Bulletin*, 49(1), 24-32. <https://doi.org/10.1179/otb.2004.49.1.007>
- Macdonald, M. (1959). Conferencia la terapia ocupacional en la rehabilitación del Lisiado. En *Anales del Congreso Argentino de Rehabilitación del Lisiado* (p.p. 625-635). Archivo Tesone.
- Machado, M. H., Oliveira, E. S. y Moyses, N. M. N. (2010). Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. En *Anales de la Conferência Internacional Sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde*. EAD/Ensp.
- Magalhães, L. V. (1989). *Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição*. [Tesis de Maestría, Universidade de Campinas].

- Malagón, V. y Ávila, G. (1982). *Estado actual de la poliomielitis en Colombia*. Academia Nacional de Medicina.
- Melo, D. O. C. V. (2015). *Em busca de um ethos: narrativas da fundação da terapia ocupacional na cidade de São Paulo (1956-1969)*. [Tesis de Maestría, Universidade Federal de São Paulo].
- Mendes, E. V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. Hucitec.
- Metaxas V. A. (2000). Eleanor Clarke Slagle and Susan E. Tracy: personal and professional identity and the development of occupational therapy in Progressive Era America. *Nurs Hist Rev.* (8) 39-70.
- Milani, C. R. S. (2014). Evolução histórica da cooperação norte-sul. En Souza, A. M. (Org.), *Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento* (pp. 33-56). Ipea.
- Millani, H. F. B. y Valente, M. L. L. C. (2008). O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4(2), 1-19.
- Miranda, M. (2007). El compromiso con la ciencia. conocimiento y técnica en el trabajo social. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, (2), 9-28.
- Morrison J. R., Olivares A. D., Graus R. J. M., Cifuentes L. D., Macari L. C. y Rojas P. E. (2016). Silvia Gómez Lillo y cincuenta años de terapia ocupacional en Chile: una biografía. *TOG (A Coruña)*, 13(24), 1-27.
- Morrison, R. J. (2014). *La filosofía pragmática en la terapia ocupacional de Eleanor Clarke Slagle: antecedentes epistemológicos e históricos desde los estudios feministas sobre la ciencia*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Salamanca].
- Morrison, R. J. (2016). Los comienzos de la terapia ocupacional en Estados Unidos: una perspectiva feminista desde los estudios de Ciencia, Tecnología y Género (siglos XIX y XX). *Historia Crítica*, 62, 97-117.
- Nabergoi, M., Mattei, M., Mulholland, M., Martínez, P. B., M., Spallato, N., Zorzoli, F., y García, A. S. (2013). Cooperación técnica en rehabilitación. Procesos iniciales de constitución de la formación académica y ejercicio profesional en Argentina. En *Libros de resúmenes del 1º Congreso Chileno y 8º Jornadas Nacionales de Terapia Ocupacional*.
- Nascimento, B. A. (1991). Loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidade Católica].
- Nascimento, D. R. (Org.). (2010). A história da poliomielite. Garamond.
- Papadópulos, J. y Radakovich, R. (2006). Educación Superior y género en América Latina y el Caribe. En IESALC-UNESCO, Informe sobre la Educación Superior en América Latina y el Caribe 2000-2005. La metamorfosis de la educación superior (pp.117-128). ESALC.
- Pollard, N., Sakellariou, D., y Kronenberg, F. (2009). *A political practice of occupational therapy*. Elsevier.
- Queiroz, D. M. (2000). Mulheres no ensino superior no Brasil. En *Anales de la Reunión Anual da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação*. (p.p. 1-23).

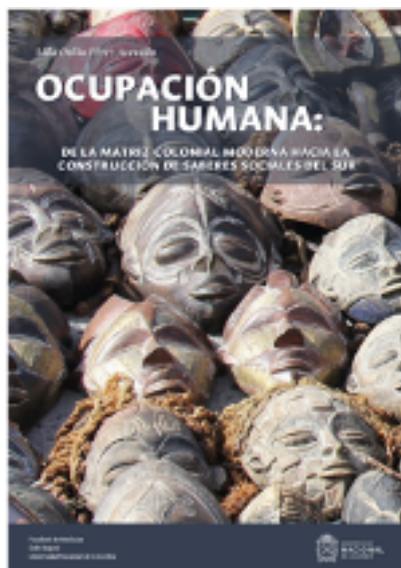
- Quiroga, V. A. M. (1995). *Occupational therapy: the first thirty years, 1900-1930*. American Occupational Therapy Association.
- Reis, S. C. C. A. G. (2017). Histórias e memórias da institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no Brasil: de meados da década de 1950 a 1983. [Tesis de Maestría, Universidade Federal de São Carlos].
- Reis, S. C. C. A. G., y Lopes, R. E. (2018). O início da trajetória de institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no Brasil: o que contam os(as) docentes pioneiros(as) sobre a criação dos primeiros cursos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 255-270. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1154>
- Rivas, A. P., Forn, C. Z., Muñoz, A. S., Matos, C., Castro, L., Pulido, S. y Sardi, T. (2013). Historia de la terapia ocupacional em Venezuela. En *Anales del Congreso de la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales*, (p.p. 1-71).
- Rodríguez Mendoza, L., Camargo Carrero, N., & Escobar Jiménez, X. (2017). Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica desde la Universidad Nacional de Colombia (1966-1989). *Revista Ocupación Humana*, 16(2), 26-45. <https://doi.org/10.25214/25907816.132>
- Sanz-Valer, P., Rubio-Ortega, C., y Pastor-Montaño, M. A. (2013). La influencia de las ayudantes de reconstrucción en la historia de la terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)*, 18, 1-24.
- Sbriller, L. (1997). *Introducción a terapia ocupacional: marcos conceptuales*. Catálogos.
- Soares, L. B. T. (1991). Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980. Huitec.
- Souza, A. (2011). América Latina, conceito e identidade: algumas reflexões da história. *Revista de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, Macapá*, 4(4), 29-39.
- Testa, D. (2012). Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12 (1), 67-78.
- Testa, D. y Spampinato, S. (2010). Género, salud mental y terapia ocupacional: algunas reflexiones sobre la influencia de la historia de las mujeres y la perspectiva de género en nuestras prácticas. *Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de São Paulo*, 21 (2), 174-181.
- Trujillo, A. (2002). *Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia*. Universidad Nacional.

Descolonizando la Terapia Ocupacional

Presentación del libro
*Ocupación humana: de la matriz colonial moderna
 hacia la construcción de saberes sociales del Sur,*
 de Lida Pérez Acevedo¹

Alejandro Guajardo Córdoba²

Guajardo Córdoba, A. (2021). Descolonizando la Terapia Ocupacional. Presentación del libro *Ocupación humana: de la matriz colonial moderna hacia la construcción de saberes sociales del Sur*, de Lida Pérez Acevedo. *Revista Ocupación Humana*, 21(2), 137-139. <https://doi.org/10.25214/25907816.1209>



¹ El libro fue editado por la profesora Jeannette Amanda Méndez y publicado por el Centro Editorial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Puede adquirirse a través de este enlace: <https://medicina.bogota.unal.edu.co/dependencias/unidades/publicaciones/item/1545-ocupacion-humana>

²Terapeuta ocupacional. Especialista en Derechos Humanos y Discapacidad. Especialista en Historia del Tiempo Reciente. Doctorando en Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. Académico, Universidad de Santiago de Chile. Santiago de Chile, Chile. alejandro.guajardo@usach.cl
 <https://orcid.org/0000-0001-5723-8501>

Agradezco nuevamente la posibilidad de pronunciarme ante la obra escritural de la colega Lida Pérez Acevedo, a quien pude conocer por el año 2008, en una visita que realizó a Chile, y compartir diálogos críticos para pensar nuestra profesión desde el lugar situado de la región de Suramérica.

Entre los debates que promovían la Terapia Ocupacional crítica, la de los derechos humanos, comunitaria y social, emergió en Lida una Terapia Ocupacional indigenista. Una reflexión de otro orden, que indudablemente contribuye a un pluralismo cada vez mayor de las terapias ocupacionales desde el Sur, a sus despliegues y diálogos.

Desde su experiencia concreta –la Colombia por largos años conflictuada, un lugar de habla ético y político, del quehacer en el ámbito universitario, de la discapacidad y los estudios de la ocupación humana–, nos propone un pensar desde nosotras y nosotros mismos, en aquello que llamó un “pensamiento de frontera” que nos permita, por una parte, situarnos en un lugar diferente al de la dependencia de otras epistemes y, por otra, mirar el Sur como un lugar lleno de potencialidades y creatividades para producir vidas con otras posibilidades.

El acto escritural de Lida nos introduce a una gramática profesional que se posiciona en el orden del llamado pensamiento Sur y en expresiones como lo de(s) colonial, invitándonos a reflexionar y a promover una praxis del oficio bajo los aportes políticos, filosóficos y teóricos que cuestionan el estatuto y el alcance del proyecto de la modernidad occidental, un proyecto que sostiene el sistema mundo colonial, capitalista, patriarcal, racista, liberal, cartesiano (egocéntrico y cientifista), naturalista.

Reuniendo un conjunto de perspectivas críticas situadas, esta obra se entrama con el movimiento latinoamericano llamado Grupo Modernidad y Colonialidad, con el giro decolonial y, en particular, entabla una reflexión dialógica con los aportes de Orlando Fals Borda y Enrique Dussel.

La materialidad escritural de Lida es un lugar de habla plural, desde el reconocimiento de la subalternidad y la periferia, espacio efectivo desde el cual es posible pensar lenguajes otros, mundos otros y terapias ocupacionales otras. Su narrativa no asume una posición abstracta, de aquello que Castro-Gómez (2005) llamó *Hybris del punto cero*; por el contrario, su praxis discursiva está planteada como un deber ético para reconocer diversas formas de opresión de nuestro territorio y nuestros pueblos, y cómo la Terapia Ocupacional asume la tarea de lograr una ciudadanía orientada al pleno reconocimiento de sujetos y comunidades. Su narrativa es la historia específica en la que se encuentra la periferia del sistema mundo –la práctica del oficio desde la subalternidad–, posibilitando con ello sentipensarnos desde otros mundos posibles de acción y actuación.

El libro es la materialización de sus ideas, inquietudes y proposiciones, a las cuales se dedicó y que profundizó en sus estudios doctorales en Argentina, de

donde emerge el texto que nos ofrece. En su acción escritural, en la narrativa que despliega pone en cuestión la matriz colonial de la Terapia Ocupacional que se manifiesta en su gramática, sus conceptos y sus teorías. Se interroga en particular por su categoría central: la ocupación. Así mismo, controvierte la matriz de colonialidad y poder existente en la labor académica y universitaria.

El libro nos invita a pensar la profesión/disciplina partiendo de que, como lo señala Lida: **“solo desde nuestro mestizaje, mulataje y zambaje —mezcla entre español, indígena y negro— será posible hacer frente a la decolonialidad de la categoría ocupación”** (Pérez, 2021, p. 21-22). Una propuesta de liberación de las y los oprimidos, a nuestra propia liberación como personas, como ciudadanas y ciudadanos, como profesionales, orientada a producir un humanismo otro.

Referencias

- Castro-Gómez, S. (2005). *La hybris del punto cero. Ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Pontificia Universidad Javeriana
- Pérez, L. (2021). *Ocupación humana: de la matriz colonial moderna hacia la construcción de saberes sociales del Sur*. Universidad Nacional de Colombia.

Guía abreviada para autores

Antes de enviar un artículo a la Revista Ocupación Humana, las y los autores deben asegurarse de haber leído la “Guía de Autores” completa, disponible en la página web www.revistaocupacionhumana.org. Los documentos, incluyendo la carta de remisión, certificación de responsabilidad, cesión de derechos de publicación y declaración de conflictos de interés, debidamente diligenciada y firmada por todos los autores, deben enviarse a través de la misma página, siguiendo las indicaciones disponibles en la sección “Autores”. Una vez recibido el artículo, la editora hace su presentación ante los comités Editorial y Científico, quienes evalúan el cumplimiento de los requisitos formales, su pertinencia y mérito científico; posteriormente el artículo será sometido a evaluación por pares.

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

Los textos presentados reunirán las siguientes características: elaboración en tamaño carta, letra Arial tamaño 12 pts., 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, inglés y portugués, 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. El título del artículo también debe presentarse en español, inglés y portugués. Es responsabilidad de las y los autores asegurar la calidad de las traducciones presentadas.

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 incluidas en el texto, deben ser legibles y de buena calidad. Se deben seguir las normas de la *American Psychological Association* (APA), en su última versión publicada.

Las referencias bibliográficas, como lo indica la norma APA 7ª edición, 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 (ejemplo para libros):

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

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



De conformidad con las dinámicas actuales de circulación de la información, y ante la importancia de ampliar el acceso y la difusión del conocimiento profesional, desde 2017 la Revista **Ocupación Humana** es una publicación electrónica de acceso abierto.

Esto implica que a partir del Vol. 17 N°1 la Revista deja de ser publicada en papel; en su lugar, seguirá lanzando sus números semestrales a través del sitio web www.revistaocupacionhumana.org donde cualquier persona interesada puede consultar, sin restricciones, los artículos publicados.

Los números anteriores están siendo puestos a disposición de los lectores de manera paulatina. Este proyecto del CCTO requiere una inversión económica importante, para la cual requiere de los aportes y donaciones de colegiados, profesionales, estudiantes, organizaciones y otras personas que quieran apoyarlo.

Para hacer sus aportes comuníquese al correo electrónico tesoreria@tocolombia.org o editorial@tocolombia.org

Pares evaluadores externos

La Revista Ocupación Humana agradece a las siguientes personas su especial colaboración como pares evaluadoras externas del volumen 21, números 1 y 2:

- Ana Luiza Ferrer, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.
Ana Milena Galarza Iglesias, Universidad del Valle, Colombia.
Andrea Yupanqui Concha, Universidad de Magallanes, Chile.
Andresa Caravage de Andrade, Serviço Social do Comércio, Brasil.
Camila Rodríguez Guevara, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Colombia.
Candela Sánchez, Universidad del Gran Rosario, Argentina.
Daniel Marinho Cezar da Cruz, Leeds Beckett University, Reino Unido.
Daniela Albuquerque González, Universidad de Santiago de Chile, Chile.
Daniela Edelvis Testa, Universidad Nacional Arturo Jauretche/ Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Daniela Palma Arroyo, Universidad del Valle, Colombia.
Eliana Parra Esquivel, Universidad Nacional de Colombia, Colombia.
Giselle Andrea Peláez, Innovarkids, Colombia
Gloria Isabel Bermúdez Jaimes, Escuela Colombiana de Rehabilitación, Colombia.
Gustavo Artur Monzeli, Universidade de Paraíba, Brasil.
Irene Muñoz Espinosa, Universidad Central, Chile.
Karen Aguía Rojas, Universidad del Rosario, Colombia.
Leidy Vanessa Quintanilla Rubio, Fundación Saldarriaga Concha, Colombia.
Leyla Sanabria Camacho, Universidad Nacional de Colombia, Colombia.
Luz Ángela Cortina Roa, Universidad del Rosario, Colombia.
Luzetty Chaves Bazzani, Universidad Militar Nueva Granada, Colombia.
Magda Yuliana Faustino, Instituto Nacional de Cancerología, Colombia.
María Constanza Granados, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
María Helena Rubio Grillo, Universidad del Valle, Colombia.
Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil.
Melania Satizabal Reyes, Universidad del Valle, Colombia.
Melissa Ribeiro Texeira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
Mónica Palacios Tolvett, Universidad de Santiago de Chile, Chile.
Myriam Lorena Cardoso Tafur, Universidad del Valle, Colombia.
Oscar Javier Larrota Veloza, Universidad del Rosario, Colombia.
Patrícia Carla de Souza Della Barba, Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
Paula Becker, Prefeitura Municipal de Piracicaba, Brasil.
Ricardo Lopes Correia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
Rodolfo Morrison Jara, Universidad de Chile, Chile.
Rodrigo Goycolea Martinic, Universidad Central, Chile.
Rodrigo Sepúlveda Prado, Universidad de Chile, Chile.
Roseli Esquerdo Lopes, Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
Viviana León Perilla, Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
William Manuel Vega Vargas, Universidad Externado de Colombia, Colombia.
Yazmín Adriana Puerto Mojica, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia.

Índices de Aceptación y Rechazo de Artículos

En el gráfico se muestra la distribución de artículos aceptados y no aceptados para publicación en la Revista Ocupación Humana en los últimos cinco años. Para el cálculo se tienen en cuenta todos los textos postulados que se someten al proceso de arbitraje de la Revista, no se contemplan editoriales, documentos históricos, documentos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional o presentaciones de libros.

