

Contenido



VI Congreso Latinoamericano, XIV Congreso Colombiano
Terapia Ocupacional crea en torno al entorno

EJE TEMÁTICO: TERAPIA OCUPACIONAL Y LATINOAMÉRICA



Hacia la comprensión de la ocupación humana
en Colombia y América Latina
Alicia Trujillo Rojas M. A. OTR

EJE TEMÁTICO: TRABAJO EN RED Y CAPITAL SOCIAL



Desarrollo social en salud
César Hernán Castro Cruz



La formación de los terapeutas ocupacionales.
Licenciatura virtual en Terapia Ocupacional
(Universidad Nacional de Quilmes): Una experiencia
mediatizada por las nuevas tecnologías
María de los Milagros Demiryi, María Esther Fernández



La estrategia de la atención primaria de la salud como
objeto de estudio de terapia ocupacional
María Carlota Vega



Intervención de terapia ocupacional en catástrofe.
La inundación en Santa Fe
Milagros Demiryi



Integración sensorial
Dolores Toledo



Comportamiento y actitud de una comunidad frente
a la implantación de un centro de vida independiente
Claudia Marcela Rozo Reyes, Nancy del Carmen Garcés



Papel del Programa de Terapia Ocupacional en la
comunidad educativa del Gimnasio la Khumbre
Angie Carolina Pinzón

53

Orientación vocacional-ocupacional en psiquiatría
Capel Gabriela Karina

56

Saúde mental: noos conceitos, técnicas e organizaçao
*Fabio Bruno de Carvalho, Evelyn Bueno de Camargo,
Fernanda de Almeida Pimentel, Juliana Biachi Brugin,
Michelle Chanchetti Silva*

58

Caracterización de las ayudas técnicas para actividades
de la vida diaria
Adriana María Ríos Rincón

EJE TEMÁTICO: EQUIDAD Y DERECHO

66

Estructurar
María Cristina Pineda

68

10 años al servicio de la salud mental
Martha Cecilia Atehortua Restrepo, María del Rosario Tascón Rojas

106

Propuesta de programa de intervención terapéutica
en la escuela rural
Concetta Giorgini, Zurelis Santana

108

Transición ocupacional, el adulto mayor a la universidad
Angélica María Monsalve Robayo

112

Diseño de un programa de prevención de accidentes
de trabajo y enfermedades profesionales generadas
por armas de fuego y explosivos en la Brigada No. 21
del Ejército Nacional-Colombia
Olga Beatriz Guzmán Suárez

115

El aporte del diseño industrial en el campo
de la rehabilitación
Mario Pinilla

120

Propuesta de sensibilización de estudiantes de arquitectura
en la temática de diseño de espacios inclusivos:
Una experiencia de integración
Dalia Goudeau, Juan Carlos Jofre

123

Experiencia de investigación con familias en la elaboración
de ayudas técnicas para niños, niñas y jóvenes en situación
de discapacidad motora moderada y severa
Martha Irene Pacheco Caballero



VI Congreso Latinoamericano XIV Congreso Colombiano

Terapia Ocupacional crea en torno al entorno

CALI, COLOMBIA
HOTEL INTERCONTINENTAL
31 DE AGOSTO AL 3 DE SEPTIEMBRE DE 2005

Introducción



Vivir en un entorno como Latinoamérica que afronta fenómenos particulares y complejos, demanda a su sociedad la presencia creativa de profesiones con alto impacto social, comprometidas con procesos de cambio social, formando profesionales innovadores y capaces de generar alternativas para un mejor estar de la población. Es decir, profesiones capaces de ofrecer a los países seres éticos con sensibilidad humana y competencias para interpretar la relación ser humano-ocupación-entorno, den-

tro del panorama Latinoamericano actual.

Por lo tanto, afirmar que Terapia Ocupacional “crea en torno al entorno” se convierte en un reto y abre un mundo de posibilidades a este profesional, el cual debe contar con las competencias para generar cambios orientados a favorecer respuestas dinámicas del ser humano con su ocupación y su entorno, impredecible, agresivo, pero donde su vida sucede.

Objetivos



- Generar en los Terapeutas Ocupacionales la toma de conciencia de la responsabilidad social de la pro-

fesión en un entorno particular como el latinoamericano.

- Mostrar las posibilidades de la ocupación para crear alternativas de vida dentro de un entorno cambiante.
- Ofrecer una visión social y de las redes relacionales que el contexto latinoamericano genera en torno al hacer de las personas involucradas en el desempeño ocupacional del ser humano.
- Redimensionar el dominio de estudio de Terapia Ocupacional dentro de la complejidad ser humano –ocupación– entorno.
- Congregar en un solo lenguaje latinoamericano la idiosincrasia del Terapeuta Ocupacional.

Eje temático



- Por la equidad y el derecho a la ocupación.
- Terapia Ocupacional en la construcción de un capital social.
- Terapia Ocupacional como estado social del derecho.

PROGRAMACIÓN CIENTÍFICA

31 de agosto

PRECONGRESO

HORA	
8:00 a.m. a 12:00 m.	Rehabilitación Basada en Comunidad. Alix Solángel García Ruiz. Terapeuta Ocupacional. Magíster en Desarrollo Social y Educativo. Coordinadora de Discapacidad de la Secretaria de Salud de Bogotá. Colombia.
Encuentros Simultáneos	
2:00 p.m. a 6:00 pm.	Encuentro Latinoamericano de Docentes
2:00 p.m. a 6:00 p.m.	Encuentro Latinoamericano de Estudiantes
Conferencias Inaugurales	
6:30 p.m. a 7:10 p.m.	Perspectiva de las Políticas Sociales en Latinoamérica. .Carmen Helena Vergara. Terapeuta Ocupacional. Colombia.
7:10 p.m. a 7:40 p.m.	Panorámica de la Discapacidad en Latinoamérica Armando Vásquez. Médico Fisiatra. Representante de la OPS para rehabilitación y discapacidad en Latinoamérica. Nicaragua.
7:40 p.m. a 8:10 p.m.	La Terapia Ocupacional crea en torno al Entorno. Alix Solángel García. Terapeuta Ocupacional. Presidenta Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional.
8:30 p.m.	Acto de Apertura y Cóctel de Inauguración.

1 de septiembre

TERAPIA OCUPACIONAL Y LATINOAMÉRICA

HORA	
7:00 a.m. a 8:00 a.m.	Reunión Delegados CLATO. WFOT
8:00 a.m. A 9:00 a.m.	Ocupación Humana en Latinoamérica. Alicia Trujillo Rojas. Terapeuta Ocupacional. Universidad de Nueva York. Master of Arts en Construcción Teórica. Universidad del Sur de California. Docente Universidad Nacional. Colombia.
9:00 a.m. a 9:45 a.m.	Panel. Dominio de Estudio en Latinoamérica Moderadora: Alicia Trujillo Rojas. Terapeuta Ocupacional. Colombia. Relatora: Lyda Pérez. Terapeuta Ocupacional. Colombia. Panelistas: Enrique Henny Koller. Terapeuta Ocupacional. 1er. Vicepresidente de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Chile. Rosibeth del Carmen Muñoz Palm. Terapeuta Ocupacional. Maestría en Salud Colectiva. Presidenta de la Confederación Latinoamericana de Terapia Ocupacional 2003-2005. Brasil. Silvia Cristina Duarte. Terapeuta Ocupacional. Maestría en Bioética. Colombia.
9:45 a.m. a 10:15 a.m.	Descanso
10:30 a.m. a 11:15 a.m.	Competencias Profesionales del Terapeuta Ocupacional en Latinoamérica. Dyhalma Irisary . Terapeuta Ocupacional. MG en Ciencias. Puerto Rico.
11:15 a.m. a 11:45 a.m.	Análisis al Proceso de Investigación en Latinoamérica. Esther Moreno. Docente Universidad Manuela Beltrán. Colombia.
11:45 a.m. a 12:30 a.m.	Presentación de Trabajos de Concurso de Investigación.
12:30 a.m. a 2:00 p.m.	Almuerzo
2:00 p.m a 2:30 p.m.	Presentación Congreso Mundial de T.O. Chile 2010. Enrique Henny Koller. Terapeuta Ocupacional. 1er. Vicepresidente de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Chile.
2:30 p.m. a 3:00 p.m.	Avances Conceptuales e Investigativos de la Maestría de Discapacidad e Inclusión Social de la Universidad Nacional de Colombia. Lyda Pérez. Terapeuta Ocupacional. Magíster en Administración de Salud. Docente Coordinadora Maestría Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia.
3:00 p.m. a 3:45 p.m.	La Perspectiva de Redes en la Prevención de Riesgos Profesionales en Latinoamérica. Renán Alfonso Rojas. Director del Consejo Colombiano de Seguridad. Colombia.
3:45 p.m. a 4:00 p.m.	Descanso
4:00 p.m. a 4:30 p.m.	Responsabilidad Profesional en Salud de los Terapeutas Ocupacionales. Ignacio Ruiz Moreno. Médico Anestesiólogo. Presidente Asociación Nacional de Profesionales de la Salud -ASSOSALUD. Director Ejecutivo de SCARE-FEPASDE. Colombia.
4:30 p.m. a 5:30 p.m.	Panel. Contexto Legal y Recertificación. Moderadora: Rosibeth del Carmen Muñoz Palm. Terapeuta Ocupacional. Brasil. Relatora: Silvia Cristina Duarte Torres. Terapeuta Ocupacional. Colombia

(Continúa...)

(Continuación)

	<p>Panelistas:</p> <p>Clara Sertzen. Terapeuta Ocupacional. Delegada a la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales. Perú</p> <p>Aída Navas. Terapeuta Ocupacional. Especialista en Integración Sensorial. Miembro de las Juntas Directivas de Asociación de Profesionales de la Salud - Asociación Nacional de Profesiones de la Salud y Confederación de Profesionales de la Salud. Colombia.</p> <p>Margarita González. Terapeuta Ocupacional U, Rosario ECR. Magíster ergonomía U. Londres. Magíster en prospectiva de las Organizaciones. Universidad de la Sabana.</p> <p>Adriana Ávila. Terapeuta Ocupacional - Formación en Geriatría. Docente Universidad de la Coruña. España.</p>
--	--

2 de septiembre

TRABAJO EN RED Y CAPITAL SOCIAL

HORA			
7:00 a.m. a 8:00 a.m.	Reunión Delegados CLATO. WFOT		
8:00 a.m. a 9:00 a.m.	Intervención en Discapacidad Cognoscitiva. Doctor Rodrigo Pardo Turriago. Médico Neurólogo. Profesor Asociado Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.		
9:00 a.m. a 9:30 a.m.	Inclusión Social de Niños con Déficit Visual. Claudia Valdés. Terapeuta Ocupacional. Instituto Nacional para Ciegos. Colombia.		
9:30 a.m. a 10:00 a.m.	Descanso		
CONFERENCIA MAGISTRAL			
	EDUCACIÓN	TRABAJO	SALUD
10:00 a.m. a 10:45 a.m.	<i>Educación en Red</i> Liliana Tenorio. Terapeuta Ocupacional. Docente Universidad del Valle. Colombia	<i>Significado del Terapeuta Ocupacional en la Determinación de Pérdida de Capacidad Laboral-Calificación de Invalidez.</i> Esperanza Rodríguez. Terapeuta Ocupacional. Esp. Adm. Salud Ocupacional. Candidata a Magíster en Discapacidad e Inclusión Social. Colombia	<i>Desarrollo Social en Salud</i> César Hernán Castro. Sociólogo. Delegado de la Organización de Naciones Unidas. Colombia
10:45 a.m. a 11:45 a.m.	<i>Impacto del Trabajo de Terapia Ocupacional dentro de la Comunidad Educativa del Gimnasio la Khumbre</i> Angie Carolina Pinzón. Terapeuta Ocupacional. Colombia.	<i>Impacto de la Investigación en el Área Laboral.</i> Olga Luz Peñas. Terapeuta ocupacional. Magíster en Salud Pública. Docente Universidad Nacional de Colombia.	<i>Salud Mental, Nuevos Conceptos, Técnicas y Organización.</i> Fabio Bruno de Carvalho. Terapeuta Ocupacional. Doctorado en Salud Mental. Profesor Facultad de Terapia Ocupacional Centro de Ciencias de Vida PUC-Campinas. Brasil.

(Continúa...)

(Continuación)

	<p><i>Planeamiento Motor a través de la Danza.</i> Alex Agudelo. Terapeuta Ocupacional. Universidad del Valle. Colombia. <i>Educación en Población con Limitación Visual.</i> Claudia Valdez. Terapeuta Ocupacional. Instituto Nacional de Ciegos. Colombia.</p>	<p><i>Tecnología en Rehabilitación.</i> Cristina Posse. Terapeuta Ocupacional. Candidata a Doctora en Tecnología de la Universidad de la Florida. <i>Análisis Integrado de Entornos a Nivel Laboral: Una Perspectiva desde Terapia Ocupacional.</i> María del Pilar Zapata. Universidad del Valle. Colombia.</p>	<p><i>Actividades de Rehabilitación en el Hogar para Pacientes con Discapacidad Física.</i> Juan Carlos Jofré. Terapeuta Ocupacional. Diplomado en Geriatria y Gerontología. Chile. <i>Comportamiento y Actitud de una Comunidad frente a la Implantación de un Centro de Vida Independiente.</i> Nancy Garcés. Terapeuta Ocupacional. Especialista en Desarrollo Social y Docencia Universitaria. Docente Universidad del Rosario. Colombia.</p>	
11:45 a.m. a 12:15 m.	<i>Posters y Muestras de Tecnología Universidades</i>			
12:15 m. a 2:00 p.m.	Almuerzo			
2:00 p.m. a 3:00 p.m.	<p><i>Centros de Vida Sensorial.</i> Colombia. Laura Álvarez de Bello. Terapeuta Ocupacional. Magíster en Desarrollo Social y Educativo. Docente Universidad Nacional. Colombia <i>Trabajo en Clínica en el Desarrollo de Psicomotricidad.</i> Dolores Toledo. Terapeuta Ocupacional. México</p>	<p><i>Desarrollo de Competencias en Personas con Discapacidad Cognoscitiva.</i> Martha Torres de Tovar. Terapeuta Ocupacional. Directora Departamento de la Ocupación Humana. Universidad Nacional. Colombia. <i>Formación Profesional Especial y Terapia Ocupacional.</i> María Cristina París. Terapeuta Ocupacional. Colombia.</p>	<p><i>Intervención de Terapia Ocupacional en Catástrofes.</i> María de los Milagros Demiryi. Terapeuta Ocupacional. Especialista en Docencia Universitaria. Argentina. <i>La Estrategia de la Atención Primaria en Salud, como Objeto de Estudio de Terapia Ocupacional.</i> María Carlota Vega. Terapeuta Ocupacional. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de Mar del Plata. Argentina.</p>	
3:00 p.m. a 3:15 p.m.	Descanso			
3:15 p.m. a 4:30 p.m.	<i>Talleres</i>			
	<p><i>Inclusión Educativa</i> Aleida Fernández. Terapeuta Ocupacional. Magíster en Desarrollo Social y Educación. Profesora Asociada. Universidad Nacional. Colombia.</p>	<p><i>Desarrollo de Habilidades para el Aprendizaje de la Escritura</i> Dolores Toledo. Terapeuta Ocupacional. Especialista en Integración Sensorial, Grafiomotricidad y Psicomotricidad. Autora del libro <i>Huellitas</i>. México.</p>	<p><i>Acondicionamiento Ocupacional</i> Sylvia Cristina Duarte. Terapeuta Ocupacional. Docente Universidad Nacional. Colombia.</p>	<p><i>Reentrenamiento en Habilidades del Adulto Mayor para Independencia en Conducción</i> Cristina Posse Terapeuta Ocupacional. Candidata al Doctorado en Ciencias de la Rehabilitación. Universidad de la Florida. U.S.A.</p>
4:30 p.m.	Asamblea Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional			

11:30 a.m. a 12:15 m.	<i>Posters y Muestras de Tecnología Universidades</i>		
12:15 m. a 2:00 p.m.	Almuerzo		
2:00 p.m. a 3:00 p.m.	<p><i>Propuesta de Programa de Intervención Terapéutica en la Escuela Regular.</i> Concetta Giorgini. Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Educación. Venezuela. Implementación del Ajedrez como Medio de Estimulación y Desarrollo de Habilidades Perceptivo Motoras. Jazmín Andrea Rojas Zárate. Terapeuta Ocupacional. Docente Universidad Metropolitana de Barranquilla. Colombia.</p>	<p><i>Experiencia sobre la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad Cognoscitiva.</i> Carlos Alberto Murcia y Diana Herrera. Terapeutas Ocupacionales. Fundación Granahorrar. Colombia. El Mismo Derecho Ciudadano, el Mismo Trabajo, la Misma Universidad. María Esther Fernández. Terapeuta Ocupacional. Docente de la Universidad Nacional de Quilmes. Argentina.</p>	<p><i>Desarrollo de Habilidades Psicosociales con Niños en Situación de Abuso Sexual y Desplazamiento.</i> Jeanette Amanda Méndez. Terapeuta Ocupacional. Maestría Desarrollo Educativo y Social. Docente Universidad Nacional. Colombia. Terapeutas Ocupacionales, 10 años al Servicio de la Salud Mental. María Del Rosario Tascon. Terapeuta ocupacional. Colombia.</p>
3:00 p.m. a 3:30 p.m.	Descanso		
3:30 p.m. a 4:30 p.m.	<p>Clausura del evento Presentación de Conclusiones de las Sesiones de Trabajo de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional. Enrique Henny. Vicepresidente. Chile. Presentación de Conclusiones de Sesiones de Trabajo de la Confederación Latinoamericana de Terapia Ocupacional. Rosibeth del Carmen Muñoz Palm. Presidenta 2003-2005. Brasil. Presentación de Conclusiones de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional. Solángel García. Presidenta</p>		

**VI Congreso Latino Americano XIV Colombiano de Terapia Ocupacional
"CREA ENTORNO AL ENTORNO"**

Agosto 31 a 3 de septiembre de 2005

JUNTA DIRECTIVA 2004-2005

Alix Solángel García Ruiz, Presidenta
Esperanza Rodríguez, Vice Presidenta
Dora Susana Guarín, Tesorera
Janette Mendez, Fiscal
Angie Pinzón Q. Secretaria
Nina Millán, Suplente de Secretaria
Maribel Moreno Sosa, primera Vocal
Eliana Peñaloza, Suplente Primera Vocal
Jenny Rodríguez, Segunda Vocal
Rosaura Salazar, Tercera Vocal fuera de sede
Liliana Saavedra, Suplente Tercer Vocal
Nohora Tivaduiza, Asistente Administrativa

DELEGACIONES

Aída Navas, COPSA • Sylvia Duarte, CLATO
Rosario Laserna, WFOT
Margarita González, WFOT
Liliana Tenorio, Editora Revista Ocupación Humana

MIEMBROS DE COMITÉ CIENTÍFICO

Jeannette Méndez, Secretaria del Congreso
Esther Lidia Moreno, Representante
de la Universidad Manuela Beltrán

Martha Santacruz, Representante
de la Escuela Colombiana de Rehabilitación
Esperanza Rodríguez, Representante de la CLATO
Aleyda Fernández, Representante
de la Universidad Nacional

GRUPO DE CONSULTORES CONGRESO

Liliana Tenorio, Universidad del Valle
Aleyda Fernández, Universidad Nacional
Silvia Duarte, Escuela Colombiana de Rehabilitación

MIEMBROS DEL COMITÉ LOGÍSTICO

Aída Navas, Maribel Moreno
Adriana Reyes, Universidad del Valle
Aída Josefina Rojas, Universidad del Valle

COMITÉ MERCADEO

Aida Navas, Angie Pinzón, Eliana Peñaloza,
Mercedes Restrepo

OPERADOR DEL CONGRESO

Sucesos y Eventos, Ltda.

Cali, agosto de 2005



Eje temático: Terapia ocupacional y Latinoamérica

HACIA LA COMPRENSIÓN DE LA OCUPACIÓN HUMANA EN COLOMBIA Y AMÉRICA LATINA¹



ALICIA TRUJILLO ROJAS, M.A., OTR
Profesora Emérita
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia



Introducción

EL **propósito** de esta ponencia es reflexionar sobre los retos que deben asumir la comunidad colombiana y latinoamericana de terapia ocupacional a fin de avanzar hacia la comprensión de la *ocupación humana/desempeño ocupacional* en su región. El **contenido de los temas** guarda relación con varios conceptos resaltados en este VI Congreso Latinoamericano y XIV Colombiano de Terapia Ocupacional: dominio de estudio; terapia ocupacional crea en torno al entorno; responsabilidad social de la ocupación; ocupación en entornos cambiantes; complejidad de la triada “ser humano-ocupación-entorno”; e idiosincrasia de la terapia ocupacional en América Latina.

- Aquello que aporta especificidad, razón de ser y sentido social a la terapia ocupacional es su compromiso fundamental con el desempeño ocupacional/ocupación humana (Trujillo, 2003).
- El estudio de la ocupación humana y el desempeño ocupacional presenta unas propiedades que son constantes en diversas sociedades y culturas y unas especificidades que adoptan significados según las particularidades socioculturales.
- Luego, la comunidad colombiana y latinoamericana de terapia ocupa-

La autora se acoge a tres **postulados**:

¹ Ponencia presentada ante el VI Congreso Latinoamericano y XIV Colombiano de Terapia Ocupacional, Cali, Colombia, Septiembre 1 de 2005.

cional tienen la responsabilidad de identificar y entender la ocupación humana y el desempeño ocupacional a la luz de las condiciones sociales y la idiosincrasia cultural de su entorno, en contexto mundial.

Los **retos** que se presentan a la comunidad de terapia ocupacional, en el proceso de demostrar su contribución a la comprensión de la *ocupación humana/desempeño ocupacional*, son:

- Demostrar formación avanzada en la argumentación conceptual y la producción investigativa en el terreno de la ocupación humana/desempeño ocupacional.
- Explicar, en perspectiva internacional, el bienestar y las disfunciones del desempeño ocupacional en la región latinoamericana.
- Adoptar una postura académica basada en la realidad internacional del campo de la ciencia ocupacional.
- Divulgar sus posiciones y perspectivas teóricas y aplicadas ante la co-

munidad internacional de terapia ocupacional y de ciencia ocupacional y en otros escenarios científicos y profesionales.

Para afrontar estos retos, se propone avanzar en tres grandes **direcciones**:

- Orientar los **programas universitarios básicos** con énfasis a la comprensión del ser humano como ser ocupacional y a la utilización del desempeño ocupacional para la conservación y recuperación de la salud/bienestar
- Impulsar **programas de postgrado** que atiendan una de dos corrientes: terapia ocupacional avanzada; y formación en ocupación humana / ciencia ocupacional.
- Apoyar la **educación continuada y la investigación** en las siguientes dimensiones: (a) concepciones ocupacionales; y (b) producción, interpretación y utilización de evidencia científica.



Desarrollo de los argumentos

Orientación de Programas Universitarios Básicos. Se presentan argumentos a favor de un currículo claramente posicionado en la explicación de la ocupación humana/desempeño ocupacional, el cual favorece la identidad de los profesionales en formación y por esa vía fortalece la integridad de la

terapia ocupacional en el contexto sociopolítico.

Algunas preguntas fundamentales que deben contestar los programas básicos o de pregrado y que continuarán respondiéndose a mayor profundidad en los programas postgraduados son:

- ¿Qué es ocupación humana y cómo se puede caracterizar?
- ¿Cuáles son sus propiedades?
¿Cuáles son constantes en diversas sociedades y culturas y cuáles adoptan especificidades según las particularidades socioculturales?
- ¿Cuáles son las características de la ocupación humana en el contexto latinoamericano?
- ¿Puede caracterizarse el desempeño ocupacional a partir de las condiciones sociales y la idiosincrasia cultural en países de la región latinoamericana en contraste con otras regiones?
- ¿Qué significa la afirmación “el ser humano es un ser ocupacional”?
- ¿Por qué y de qué manera el desempeño ocupacional es esencial para la conservación y recuperación de la salud/bienestar?

Programas de Postgrado. La ponencia plantea que las universidades colombianas y latinoamericanas deben dirigir esfuerzos prioritarios a diseñar y ofrecer alternativas postgraduadas en terapia ocupacional/ocupación humana. Con base en fuentes internacionales se resalta que ese es el rumbo que está tomando la educación de terapia ocupacional en el mundo. Inclusive, en países como Estados Unidos y Canadá empezará a regir, en el año 2008, el postgrado como nivel de entrada a la formación en terapia ocupacional (Coulthard, 2002). Las razones para esta tendencia son, entre

otras: la complejidad de los contextos sociales y laborales, los cuales se caracterizan por una rápida transformación de los marcos político legales y por exigencias académicas y sociales crecientes, incluyendo las condiciones competitivas de los mercados nacional y global. Finalmente, se caracteriza la orientación posgraduada deseable para la América Latina en dos perspectivas igualmente importantes y apremiantes: (a) terapia ocupacional avanzada; y (b) ciencia ocupacional. La primera es sensible al profesionalismo en el ejercicio, mientras que la segunda sintoniza en el impulso a una disciplina académica iniciada en la Universidad del Sur de California a finales de los años ochenta del siglo XX y cuyo auge internacional es claramente reconocible en la literatura. Esta sección también formula las cualidades que debe tener un terapeuta ocupacional de nivel postgraduado.

Educación Continuada e Investigación. Al tiempo que se evalúan y reformulan los programas básicos y se consolidan los programas formales de postgrado, la comunidad de terapia ocupacional debe avanzar en su preparación a través de metas de educación continuada y desarrollo investigativo. No de otra manera pueden afrontar los retos de servicios competitivos y de calidad que se le exigen, ofrecer servicios basados en la mejor evidencia científica disponible o incursionar en el campo de la ciencia ocupacional.

Se reflexiona sobre dos dimensiones esenciales de estudiar en extensión y profundidad: (a) concepciones ocupacionales; y (b) práctica basada en la

evidencia (PBE). Se definen los conceptos y se presentan varias alternativas teóricas actualizadas tales como: *Hacer-ser-llegar a ser* (Wilcock (1999); *Significado ocupacional* (Hammell, 2004); *Ocupación, salud y calidad de vida* (Law, Steinwender y Leclair, 1998); *Identidad ocupacional* (Christiansen, 1999; Unruh, 2004); *Ocupación y cultura* (Bonder, Martin y Miracle, 2004; Bonder, 2001; Kondo, 2004); *Ocupación y sociedad* (Padilla, Gupta y Liotta-Kleinfeld (2004); y *Ocupación, tiempo y espacio* (Zemke, 2004)

Finalmente, en cuanto a la práctica basada en la evidencia, se pone de presente que en Colombia, como en

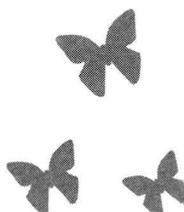
todos los países del mundo globalizado, los mensajes son claros en el sentido de exigir que demos: (a) por qué hacemos lo que hacemos y su relación con el cómo lo hacemos; (b) los criterios para la ejecución competente de lo que hacemos; y (c) la efectividad y grado de indispensabilidad de los procedimientos de terapia ocupacional para restaurar la salud y el bienestar individual y colectivo. El cumplimiento de tales exigencias plantea el gran reto de avanzar en la producción de evidencia sobre las bases conceptuales y las aplicaciones de terapia ocupacional y en la selección y experticia para utilizar la mejor evidencia disponible.



Conclusiones y recomendaciones

Los planteamientos presentados buscan fortalecer la identidad de los terapeutas ocupacionales por medio de: (a) la capacidad para desarrollar discursos congruentes con el campo que los terapeutas ocupacionales están llamados a comprender, la Ocupación Humana y el Desempeño Ocupacional; (b) la reflexión sistemática acerca de la validez y efectividad de sus juicios teóricos y sus procedimientos especia-

lizados o Práctica basada en la evidencia. Los rumbos que se identifican para avanzar en la comprensión del desempeño ocupacional/ocupación humana pueden hacerse realidad, de manera más rápida y efectiva, a través de alianzas interuniversitarias nacionales, entre países, entre asociaciones y a través de la Confederación Latinoamericana de Terapia Ocupacional.





Eje temático: Trabajo en red y capital social

DESARROLLO SOCIAL EN SALUD



CÉSAR HERNÁN CASTRO CRUZ¹

La presente ponencia tiene como objetivo plantear una serie de hipótesis sobre las razones por las cuales en los

países de América latina, específicamente en Colombia, el desarrollo social se ha visto truncado.



Herencia colonial

En un primer momento se hace referencia a la herencia colonial de las estructuras. En el se plantea que las actuales estructuras de desigualdad se remontan a la época de la colonia. Que en el período posterior a la independencia, las élites criollas heredaron las estructuras de poder, crearon nuevas instituciones y formularon políticas que les permitieran mantener su posición privilegiada, como por ejemplo el derecho a la educación, la salud, la tenencia de la tierra y el sufragio, entre otros.

En esta primera parte se concluye que estas fuentes históricas de inequidad se mantienen en la actualidad, aunque con distintas modalidades institucionales, pese a los profundos cambios políticos, sociales, culturales y económicos acaecidos en los siglos XIX y XX. Que éstas desigualdades se reflejan en las diferencias de acceso a educación, salud, empleo, vías y servicios públicos de los grupos étnicos y sociales desfavorecidos. En el otro extremo de la escala, las élites han perpetuado su posición de privilegios a través de una variedad de mecanismos institucionales públicos y privados, que bajo la égida de la “democracia” les han permitido legislar en pro de sus intereses económicos, políticos y sociales, inhibiendo el desarrollo social debido a que la mayoría de los esta-

¹ Sociólogo. Magíster en Política Social. Post graduado en Población y Desarrollo. Especializado en Estadísticas Laborales. Diplomado experto en Desarrollo Local. Profesor Universitario.

dos latinoamericanos aún mantienen modelos de influencia y clientelismo

arraigados en un patrón de relaciones sociales desiguales².

✦ Contexto del desarrollo social

El segundo acápite hace referencia al contexto del desarrollo social tratado desde los indicadores del empleo como variable determinante del acceso a los derechos humanos mínimos que tiene el ser humano, tales como alimentación, vestido, educación y salud.

Aquí se muestra, por ejemplo, que la última Reforma Laboral se justificó con el argumento de crear más empleo, para lo cual se flexibilizó la jornada laboral y se instituyó automáticamente el trabajo por horas, días o meses. El resultado fue el que los analistas esperaban: el empleo no creció, pero sí decayó la calidad del mismo.

Con las cifras se verá que cerca de 18 millones de colombianos quedan por fuera de tener acceso a lo mínimos derechos humanos, toda vez que el empleo es la variable que genera la posibilidad de vínculo a los sistemas educación, salud y pensión. La existencia de mayores niveles de inequidad en materia de educación, salud, empleo e ingresos u otras dimensiones de bienestar, significan más pobreza. Razón por la que el desarrollo ejercerá un menor efecto dinámico sobre la pobreza, a menos que se realice una redistribución significativa.

- La desigualdad, definitivamente desacelera el proceso general de desarrollo, porque el no acceso a

oportunidades educacionales limita la posible contribución a la sociedad de algunos de los individuos más talentosos al desarrollo económico y social del país;

- Por la desigualdad la delincuencia y la violencia aumentan, dado que lo que les es negado por derecho se toma por la fuerza.

Desde esta óptica se concluye que otra de las enfermedades de los países de América Latina, entre los que se cuenta Colombia, está en que “el acceso a la protección social ha sido excluyente y segmentado por grupos de población, y generalmente ha beneficiado a los grupos con capacidad de organización y representación pública. Así, los regímenes de protección han sido segmentados y relativamente regresivos, al no beneficiar a los sectores más pobres, castigando los objetivos de equidad”³.

Hecho el análisis de las variables y asumiendo que el desarrollo social es un “proceso permanente de mejoría en los niveles de bienestar social, alcan-

² Ver al respecto: Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe. Resumen Ejecutivo. ¿Ruptura con la historia? David de Ferranti • Guillermo E. Perryfrancisco H. G. Ferreira • Michael Walton. Banco Mundial

³ Equidad y Desarrollo Social. Capítulo 3. De la Segmentación a la Cohesión. Principios de la política social y lucha contra la pobreza. CEPAL

zados a partir de una equitativa distribución del ingreso y la erradicación de la pobreza, observándose, índices crecientes de mejoría en la alimentación, educación, salud, vivienda, empleo, medio ambiente y procura de justicia en la población” se invita a aceptar que en Colombia el derecho al desarrollo como “derecho humano inalienable en virtud del cual todo ser humano y todos los pueblos están facultados para participar en un desarrollo económico, social, cultural y político en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a contribuir a ese desarrollo y a disfrutar del él”⁴, no se le está negando a la mayoría debido a una enfermedad bautizada como “mentira institucional”, debido al manejo engañoso de los indicadores.

La Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, por su parte, revela que la salud no es derecho, sino un privilegio. Colombia inició en Diciembre de 1993 un ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos, con el instrumento legal de la Ley 100, que pretendía transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

⁴ Declaración sobre el derecho al desarrollo. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 41/128, de 4 de diciembre de 1986

El viejo Sistema tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal del ochenta y cuatro, redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población.

Por otra parte, un 15% de la población tuvo en el mismo período cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales, limitada a la fuerza laboral, un 5% por otros servicios de seguridad social para funcionarios públicos y sus familias –total 20%–, y un 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente. El resto –15%–, se consideraba sin accesibilidad a servicios de salud aceptables.

La Reforma definió dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

Las cifras no son alentadoras y revelan, según la Contraloría General⁵, que:

“Luego de una década de la implantación del SGSSS, las expectativas no han sido satisfechas: la cober-

⁵ Ver: Contraloría General de la República, Balance Social 2004

tura universal es una meta lejana, los indicadores de salud pública se han deteriorado, se ha debilitado la acción Estatal y se han aumentado las inequidades”

“La transformación de los subsidios de oferta a demanda, el aumento significativo de los gastos de los hospitales y la sustitución de parte de los servicios de la red pública por la red privada, impactó en forma negativa la situación financiera de los hospitales públicos.”

Dicha realidad implica que la enfermedad, en el viejo sistema, no estaba en las entidades prestadoras del servicio, sino en la corrupción institucional tan-

to institucional como regional, coyuntura que se aprovechó para montar el negocio más lucrativo a favor de las elites que, ni cortas ni perezosas, montaron estructuras organizacionales para enriquecerse más, con la enfermedad de los desfavorecidos.

El complemento perfecto provino de la obligatoriedad legal que determina que para ser contratada, la persona debe estar afiliada al sistema de salud y al régimen de pensiones por su cuenta. Con esto los empresarios se desvincularon de la responsabilidad social de la salud de la fuerza de trabajo y aumentaron sus ganancias, no sólo por la flexibilización de los contratos, sino por la liberación de la afiliación al sistema.



Cultura ocupacional y desarrollo humano

El tercer acápite hace referencia al no manejo cultural de las profesiones de la salud, especialmente la sicología y la terapia ocupacional, debido al desconocimiento de las mismas y a la falsa concepción que de ellas se tiene. La primera es vista como profesión para locos y la segunda como masajes para las personas cansadas.

Desde este punto de vista se enfatizará en la falta de una cultura del bienestar ocupacional, que se causa en el desconocimiento y en la falta de la aplicación de métodos que conserven y promuevan la calidad del desempeño ocupacional productivo y gratificante. El juego, el tiempo libre, las buenas relaciones interpersonales, el medio ambien-

te, entre otros, deben generar un desempeño ocupacional humano sano.

Este desempeño ocupacional humano sano, no es posible sin la presencia de profesionales que conozcan de las características físicas, sociales, espirituales de las personas.

Por lo anterior se formularán recomendaciones para la gestión de servicios relacionados con la necesidad de las personas y las comunidades en materia de atención ocupacional como determinante del desarrollo humano, toda vez que ésta permite mejorar la calidad de vida, la realización individual y el progreso de los grupos humanos.

EXPERIENCIAS EXITOSAS

LA FORMACIÓN DE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES. LICENCIATURA VIRTUAL EN TERAPIA OCUPACIONAL (UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES): UNA EXPERIENCIA MEDIATIZADA POR LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS



MARÍA DE LOS MILAGROS DEMIRYI

Terapeuta Ocupacional. Especialista en Docencia Universitaria
Docente Investigadora

MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ

Licenciada en Terapia Ocupacional. Docente y Supervisora de Práctica Profesional

INSTITUCIONES:

Universidad Nacional de Quilmes (Bernal, Buenos Aires)
Programa Universidad Virtual de Quilmes
Carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional
Departamento de Ciencias Sociales

Nombre y dirección de autor para correspondencia

MARÍA DE LOS MILAGROS DEMIRYI
MARCIAL CANDIOTI 2795. 5° "d". c.p.3000. SANTA FE. ARGENTINA
E-MAIL: avenida@arnet.com.ar
mdemiryi2@uvq.edu.ar



Resumen

Este trabajo presenta la experiencia de la Licenciatura Virtual en Terapia Ocupacional, desarrollada por la Universidad Nacional de Quilmes desde hace más de tres años.

Comienza con una caracterización del impacto que han producido las Nue-

vas Tecnologías en el mundo y en las diferentes áreas. Se trata con mayor detenimiento su impacto en la educación, revisando autores e investigaciones sobre el tema.

Luego se explica la oferta académica de la Licenciatura Virtual en Terapia

Ocupacional. El Plan de Estudios y la modalidad de enseñanza. Analiza los resultados de esta experiencia.

Por último, se plantean algunas reflexiones acerca del desafío educati-

vo de la hora actual, las necesidades de formación de los terapeutas ocupacionales y el diseño de propuestas que construyan una relación dinámica entre la sociedad y currículo, a modo de articulaciones paradigmáticas.



Consideraciones generales

El nuevo siglo avanza imprimiendo nuevos modos de organización y relación donde una de las constantes es el cambio y la vertiginosidad con que se producen las transformaciones.

Dos signos distintivos del mundo contemporáneo, lo son sin duda, la globalización y las nuevas tecnologías de información y comunicación.

Aún cuando la génesis de ambos fenómenos puede ser rastreada históricamente en etapas precedentes, no es menos cierto que expresan con particular nitidez, las características del mundo en que vivimos.

El fenómeno de la globalización (emparentado con el mundo neoliberal), ha sido ampliamente tratado desde diferentes ángulos: económico, político, cultural y social, sin agotarse en ellos. Ha generado múltiples planteamientos y discusiones.

Mientras algunos autores en el tratamiento del tema, enfatizan la fuerte relación entre comunicación y mercado y otros lo conciben como la expresión en la cultura tecnológica, hay quienes cuestionan acerca de su pertenencia

disciplinar así como aquellos que no le reconocen rigor científico al término.

La falta de consenso y la diversidad teórica que desata, puede adjudicarse cuanto menos, a una de sus características intrínsecas, que es la extensión del concepto. Que dicho de otro modo, no es ni más ni menos que la fracción de la realidad en la que se focalizar cuando se hace referencia a la globalización. Quedando de este modo realzado el carácter polisémico del término.

Desde teorías actuales, se entiende a este fenómeno como “la intensificación de las relaciones sociales que se extiende por todo el mundo y que vinculan puntos distantes, de tal manera que los sucesos locales están conformados por lo que sucede a mucha distancia y viceversa” (Giddens, 1990).

Según esta visión, el nudo radica en la interdependencia global y la conciencia de un todo global, emparentado con lo que sería la occidentalización del planeta, como concepto global y la existencia de prácticas transnacionales que operan en el sistema, como concepto restringido. (Robertson, 1992).

Lo que se ha en llamar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (en adelante NTIC), adquieren centralidad en este fenómeno. El término también ha sido motivo de amplio tratamiento (aunque no de tantas controversias como el anterior) y se encuentra incorporado al vocabulario cotidiano. Su alcance remite al uso de la computación, la informática, la telemática, el correo electrónico, la multimedia y las redes electrónicas para el tratamiento, almacenamiento, recuperación, transmisión y manipulación de la información.

La información y la comunicación han sido las dos áreas en la que se han experimentado los cambios más significativos en la última década. No en vano, la denominación de "Tercera Revolución Industrial", acuñada en relación a la incidencia que ha tenido en los más diversos aspectos de la vida de las sociedades. Castells, M. (2000) la denomina revolución tecnológica y sostiene que "Internet no es una tecnología, es una forma de organización, una forma de existencia y de acción económica, social y política", afirmando que Internet como la globalización "lo invade todo".

El orden global y las NTIC se han hecho sentir afectando todo tipo de práctica. El sistema educativo no ha sido ajeno a estas incidencias. En la educación superior en particular, por ser el área de interés del presente estudio, es posible reconocer el impacto de estos dos procesos de transformación con características paralelas y convergentes.

Los nuevos medios tecnológicos irrumpen en el terreno educativo desde la década del '70 en adelante, configurando en la actualidad lo que para algunos es una invasión el campo pedagógico.

Figurativamente se podría decir que aquello que comenzó con la entrada de la computadora al aula de clase, hoy tiene su expresión en aulas satelitales o remotas y aulas virtuales.

Muchos son los debates y posturas que estos cambios suscitan.

El análisis de la bibliografía revisada permite agrupar los posicionamientos extremos en detractores o tecnofóbicos y defensores o tecnofílicos. Los primeros con una posición negativa y catastrófica, rechazan las nuevas tecnologías aplicadas a la educación por asociarlas con el empobrecimiento de la capacidad de juicio, imaginación y creatividad del sujeto de aprendizaje. Los segundos, con una visión dogmática e idealista, le atribuyen poderes casi-mágicos, tal como una panacea para la solución de los problemas educativos. Ambas posturas no merecen mayor tratamiento por que de por sí, no aportan a una comprensión y asunción de la realidad instalada. Pero si merecen atención, la existencia de una amplia producción de autores que analizan críticamente este fenómeno.

Una clara expresión de ellos es el trabajo de Castaño, C. (1994) sobre las nuevas tecnologías y las nuevas posibilidades didácticas, en el que el autor

plantea las tendencias de investigación sobre el tema, otorgándole particular significación al estudio de Ely, Januszenwski y Leblanc (1989). Estos últimos identifican cuatro temas centrales que en orden de importancia son:

- El diseño y desarrollo de procedimientos y materiales de enseñanza.
- La formación de profesores en el uso de los principios y prácticas de tecnología educativa.
- La evaluación de procedimientos y materiales de enseñanza.
- Las capacidades técnicas de ordenadores.

Otro estudio de importancia y mayor actualidad es el de Litwin, E. (1996), también sobre tendencias de investigación en el tema. La autora realiza un rastreo de los antecedentes identificando como se ha ido recortando el objeto de estudio a lo largo del tiempo, pasando de investigaciones en el plano psicológico a investigaciones en el plano didáctico, de la atención a procesos y productos a los análisis de contexto. Configurando en la actualidad, la existencia de diferentes enfoques que confluyen para avanzar sobre los lados oscuros de la nuevas tecnologías (en referencia a lo aún desconocidos) aplicadas a la educación.

Junto a ellos, los estudios de Tiffin (1997) sobre la nueva desescolarización; de Maggio, M. (1997) sobre las concepciones didácticas en la incorporación de nuevas tecnologías; de Dabat, R. (2000 / 2001) sobre la enseñanza e investigación de historia por medios informatizados; de Queirel, T. (2000) sobre los estilos cognitivos y

diseños de entornos de aprendizaje virtual; de Litwin, E. (2000) sobre las nuevas tecnologías y la educación a distancia; así como los de Baquero, R.; Davini, M. y Falnholc, B., entre otros; dan cuenta de una preocupación seria por parte de quienes desde la educación han asumido el reto de buscar nuevas y mejores formas de enseñanza-aprendizaje con la incorporación de las nuevas tecnologías.

Resulta oportuno resumir algunas conclusiones a la que arriban los autores citados como otros tantos.

Existe consenso acerca de su impacto en la ruptura de las barreras espacio-temporales; la potencia y diversidad de vías y la rapidez para la búsqueda y circulación de la información; la mayor individualización del proceso de enseñanza-aprendizaje; “la multiplicidad de formas de representación para transmitir significación” (Soletic, A. 2000) y la transformación de los sistemas de educación a distancia hacia una horizontalización que facilita la interacción.

Hay quienes afirman que se trata de un medio o herramienta cuya aplicación en el proceso educativo para que sea exitosa depende de la propuesta pedagógica más que del recurso en sí mismo, sin descontar las posibilidades que brinda.

Otros mantienen interrogantes acerca de si es sólo un instrumento como la tiza o el cuaderno, o contextualiza y genera la situación de aprendizaje y nuevas formas de pensar y construir conocimientos.

Unos y otros, son todos enfoques que contribuyen a ubicar la agenda de temas que plantean las NTIC en el escenario educativo.

De igual modo que en términos más generales lo hacen los aportes de análisis desde otros ángulos. Como la generalizada opinión acerca de que las nuevas tecnologías han profundizado la desigualdad y desventaja entre naciones ricas y pobres en infraestructura y recursos de información actuando como amplificadores de las divisiones sociales hacia el interior de cada país. Y las voces que advierten que la difusión e implementación de las NTIC, en ocasiones, han respondido más a criterios comerciales y adminis-

trativos que a criterios pedagógicos. Ambos, de importancia capital, al tratar este tema en el ámbito de la educación superior.

Se podría afirmar que uno de los impactos más evidentes de las nuevas tecnologías en este nivel, se expresa en la aparición de una nueva modalidad de enseñanza no presencial: los entornos virtuales. Lo que algunos autores denominan educación a distancia mediada por las nuevas tecnologías.

Ya Roca Vila, O. (1994) en uno de sus trabajos sobre la formación a distancia, planteaba que se estaba experimentando un cambio de paradigma en esta modalidad.



Universidad Virtual de Quilmes (Argentina)

A través de su Programa Universidad Virtual, la Universidad Nacional de Quilmes, en el año 1999 pone en marcha un nuevo modo de enseñanza creando la primer Universidad Virtual del país. Hecho de trascendencia en materia de generación de políticas educativas.

Esta modalidad representa un nuevo modo del proceso enseñanza-aprendizaje que compromete a actores sociales significativos y posee una dimensión social relevante, fundamentalmente en sociedades golpeadas por la crisis, por su compromiso con el cambio. Permite crear escenarios educativos flexibles y adaptados a las necesidades de formación profesional y

académica propias del nuevo milenio. La Universidad Virtual es una comunidad académica virtual donde interactúan alumnos, docentes, administrativos y autoridades a través de un espacio en Internet. Campus Virtual es la sede de la Universidad Virtual de Quilmes en el ciberespacio.

El Campus recrea todas las instancias de la vida universitaria: participación en clases, realización de actividades grupales e individuales, consultas a profesores, acceso a bibliografía, bases de datos y conferencias on-line, interacción con otros estudiantes, con tutores y personal de gestión, participación en foros, trámites administrativos e incluso encuentros informales en el bar virtual.

El Programa cuenta en la actualidad con una oferta que comprende carreras de grado, postgrado y cursos de

capacitación profesional, con un total de 3000 alumnos activos y más de 900 graduados.

a) Licenciatura Virtual en Terapia Ocupacional

Captar la tendencia de los cambios en el plano de los sistemas de formación y calificación profesional, es parte del desafío que debemos afrontar como profesionales y académicos.

El aumento de las exigencias en los estándares de desempeño coloca a los profesionales ante la necesidad de desarrollar mayores niveles de conocimientos, habilidades y competencias. La oferta académica de la Licenciatura Virtual en Terapia Ocupacional es una iniciativa orientada a complementar la formación de profesionales que

poseen conocimientos teóricos y prácticos necesarios para interpretar, diagnosticar e instrumentar las ocupaciones del hombre.

Dirigida a Terapeutas Ocupacionales egresados con título terciario referido a carreras con reconocimiento oficial, nacional y provincial y graduados universitarios con título de Terapeutas Ocupacionales. Ofrece un espacio de formación flexible, que puede ser transitado a distintos ritmos, de acuerdo a los intereses y posibilidades personales.

b) Diseño Curricular. Plan de estudios

Concebido como un Ciclo de complementación de la formación profesional y académica, el Plan de Estudios se organiza de modo tal que promueve un importante grado de autonomía del estudiante quien puede componer su perfil académico y profesional en el trayecto curricular por asignaturas de formación general y de investigación.

El Plan de Estudios se estructura en dos núcleos de formación:

- Núcleo Obligatorio de investigación (20 créditos). Constituido por los

cursos: Estadística e Investigación en Terapia Ocupacional.

- Núcleo de estudios generales (30 créditos). Constituido por los cursos: Salud Pública, Organización y Administración en Terapia Ocupacional, Teoría de Terapia Ocupacional Laboral, Práctica Profesional Comunitaria.

Este Plan cuenta con la aprobación por Resolución del Ministerio de Educación de la Nación acorde a la normativa vigente y valida el alcance del título de Licenciado en Terapia Ocupacional a nivel nacional.

c) Modalidad de enseñanza

Cada asignatura posee una duración de quince semanas.

El **aula virtual** es el espacio donde se comparte la cursada con el profesor y los alumnos. Está conformada por diferentes herramientas que favorecen la comunicación en los procesos de enseñanza-aprendizaje (buzones, ficheros, lista de miembros, información asociada).

El diseño gráfico del Campus está desarrollado con marcos (frames) lo que permite que la Tabla de contenidos se encuentre disponible en forma permanente.

Además de los espacios para navegar, la propuesta virtual brinda para cada asignatura la **Carpeta de Trabajo** que es el material didáctico impreso elaborado especialmente para desarrollar y

articular los contenidos curriculares. Constituyen un aporte que actualiza la problemática disciplinar desde las distintas tradiciones, cuerpos teóricos y perspectivas del campo. Son elaboradas por los mismos docentes a cargo de la asignatura o por expertos reconocidos en el tema.

Los **Tutores** constituyen una pieza clave en esta propuesta. Son también académicos titulados con experiencia docente que tienen como función la orientación y guía permanente de los alumnos, a quienes acompaña durante toda la carrera universitaria.

En el sistema de evaluación de los aprendizajes, solamente los exámenes finales son presenciales, para lo cual se establecen sedes acreditadas en los distintos lugares del país o en el exterior.

d) Resultados de la experiencia

La Licenciatura Virtual en Terapia Ocupacional iniciada en octubre del año 2001 ha tenido hasta el momento 101 alumnos activos, que sumados a los que se encuentran cursando en la actualidad y los nuevos inscriptos, arroja un total de 141.

De quienes culminaron el ciclo, ya se han graduado 60 alumnos.

El tiempo promedio de cursado del Ciclo es de 8 a 10 meses. Estos datos resultan reveladores de la oportunidad

de la propuesta e indicadores de alto rendimiento.

El logro en la ruptura de las barreras geográficas lo expresan con claridad los lugares de procedencia de los alumnos, representativos de las distintas regiones del país: NOA, NEA, Centro, Litoral, Sur, Capital y conurbano bonaerense, entre las más significativas. Demostrando una de las ventajas de la modalidad virtual y del uso de las NTIC, que es la accesibilidad en tiempo y espacio. Esta misma característi-

ca brinda oportunidades de superar la fragmentación y aislamiento entre los profesionales dispersos en distintos puntos del país.

Las posibilidades de comunicación sincrónica y a-sincrónica, de almacenamiento e intercambio de información y bibliografía, así como el debate sobre problemáticas del campo disciplinar, resultan otra ventaja identificada claramente en esta experiencia.

La necesidad de formación continua de los Terapeutas Ocupacionales constituye a la vez, una demanda recibida tanto de los profesionales de nuestro país como de países de Latinoamérica. Es por eso que nos encontramos en la actualidad abocados a la elaboración de una propuesta que avance en la línea de formación de postgrado, con características curriculares flexibles cuya modalidad favorezca la accesibilidad de profesionales del país y

del exterior, especialmente de América Latina.

La experiencia desarrollada brinda la posibilidad de pensar la formación académica en los mismos entornos en los que se desenvuelve la vida profesional. Permiten realizar una actualización simultánea al desarrollo profesional, generando conocimientos y habilidades imprescindibles en los escenarios laborales y culturales presentes y futuros.

Las nuevas tecnologías resultan medios eficaces para generar oportunidades ocupacionales y optimizar los servicios. Mejoran la accesibilidad y contribuyen a la práctica del principio de equidad.

Se encuentra probado las ventajas que brindan para personas con discapacidad, personas de la tercera edad, personas con algunas patologías, y niños y adolescentes en situación de riesgo socio-ambiental.



Reflexiones finales

“El año 200 se inició consolidando la comunicación cibernética que ha puesto en línea a todos los habitantes del planeta” (Bong Seo, 2000).

La innegable situación de crisis generalizada que caracteriza la realidad de los países latinoamericanos conlleva una agudización de desigualdades y, según plantean algunos autores, el bloqueo histórico-social de los académicos para constituirnos como sujetos sociales y de la educación, capaces

de asumir construcciones sociales que direccionen y aporten a las propuestas educativas.

Sin embargo, la crisis puede también ser concebida como un espacio de posibilidades inéditas tendiente a reconstituir el vínculo currículo-sociedad. Los nuevos escenarios plantean el desafío de avanzar en el acuerdo de voluntades y en la construcción de alianzas estratégicas a nivel latinoamericano.

La creación de redes de apoyo para fomentar las innovaciones del conocimiento y formación de los profesionales de Terapia Ocupacional, con fuerte anclaje en nuestra identidad socio-cultural, deberían ser expresión de la cooperación internacional. Camino ineludible a recorrer para convertir las amenazas a la equidad y segmentarización en oportunidades de mayor inclusión.

Abogar por una identidad profesional fuerte conlleva apropiarnos de los conocimientos producidos y sistematizar los aprendizajes que otros terapeutas han desarrollado; actualizar los programas de formación académica, innovar las estrategias didácticas y lanzarnos al campo con nuevas iniciativas y programas. Generando propuestas que sinteticen la multiplicidad de elementos interdependientes característicos

de la realidad en la que se inscribe nuestra práctica profesional, desde una perspectiva política, pedagógica y didáctica.

La apertura al conocimiento, por ser el valor agregado más importante para el desarrollo, es crucial en tiempos como los que vivimos donde lo permanente es el cambio en una sociedad diversa y multicultural. La Terapeuta Ocupacional Finn, G (1972) sostiene que la profesión puede medirse en relación a cómo responde a las necesidades de su época.

La educación puede ser una herramienta para el logro de la equidad, la competitividad y la integración.

La realidad nos interpela y compromete. Aceptar el desafío depende de nosotros.



V. Referencias bibliográficas

Giddens, A., en: Pardo, M. y Noblia, M., *Globalización y nuevas tecnologías*, Editorial Biblos, Buenos Aires, Argentina. 2000.

Robertson, R. en: Pardo, M. y Noblia, M., *Globalización y nuevas tecnologías*, Editorial Biblos, Buenos Aires, Argentina. 2000.

Castells, M., See bio at the Department of Sociology en: <http://Sociology.berkeley.edu/faculty/castells/> URL:<http://globetrotter.berkeley.edu/faculty/castells.html>. 2000.

Castaño, C., "La investigación en medios y materiales de la enseñanza", en: Sancho, J., Comp., *Para una tecnología educativa*. Editorial Horsori, Barcelona, España. 1996.

Litwin, E., *Tecnología educativa*, Editorial Piados, Buenos Aires, Argentina. 1996.

Tiffin, J., *En busca de la clase virtual*, Editorial Piados, Barcelona, España. 1997.

Maggio, M., "Concepciones didácticas en la incorporación de las nuevas tecnologías en el aula", en: Litwin, E., *Enseñanza e innovaciones en las aulas para el nuevo siglo*, El Ateneo, Buenos Aires, Argentina. 1997.

Dabat, R., *La formación para la investigación histórica por medios informatizados*, ponencia presentada en las "Jornadas UNED 2000, Conocimiento, métodos y tecnologías en la Educación a Distancia", Palencia, España. 2000.

Dabat, R., Enseñanza e investigación en historia de la Educación en la modalidad virtual, Ponencia presentada en V congreso Iberoamericano de historia de la educación latinoamericana, San José de Costa Rica. 2001.

Queirel, T., Algunas consideraciones sobre el diseño de entornos virtuales de aprendizaje y la incidencia del estilo cognitivo de los usuarios, en Revista Digital de Educación y Nuevas Tecnologías, Contexto Educativo, Año III, N° 11. En: <http://www.contexto-educativo.com.ar>. 2000.

Litwin, E., Comp., La educación a distancia, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina. 2000.

Falnholc, B., Comp., Nuevas tecnologías de la información y la comunicación en la enseñanza, Editorial Aique, Buenos Aires, Argentina. 1998.

Soletic, A. La producción de materiales escritos, en Litwin, E., La educación a distancia, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina. 2000.

Bong Seo, Yoon, "Dos frutos de la era cibernética: La Generación Net y Los Hackers", Universidad de Guadalajara, 2000. En: <http://fuentes.csh.udg.mx/CUCSH/sincronia/joon.htm>



LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD COMO OBJETO DE ESTUDIO DE TERAPIA OCUPACIONAL



T.O. MARÍA CARLOTA VEGA
Profesora Adjunta a cargo teóricos

Lic. en **T.O. EMMA GARCÍA CEIN**
Jefa de Trabajos Prácticos.

Lic. en **T.O. MARICEL DONATI**
Ayudante de Trabajos Prácticos.

Lic en **T.O. MARIANA GUARESTI**
Ayudante de Trabajos Prácticos

T.O. MARÍA IGRIEGA
Ayudante de Trabajos Prácticos.

Cátedra: Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad.
Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Pcia. Buenos Aires. Argentina.
E- mail mcvega@copetel.com.ar



Palabras claves

Formación - Recursos Humanos - Atención Primaria Salud - Paradigma social
en proceso Salud y enfermedad - Docencia en Terapia Ocupacional.



Introducción

La atención de la salud se ve influenciada por la calidad de la formación de sus recursos humanos, por esto, en la medida en que los futuros profesionales reciban una educación que permita ver al hombre como ser integral, se promoverá la unicidad y no la fragmentación que aleja el propósi-

to de equidad que debe tener el sistema de salud.

A modo de antecedente, cabe señalar que en el año 1989, la Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento Humano, (hoy Facultad, de Ciencias de la Salud y Servicio So-

cial), ante la necesidad de abrir nuevos campos para la práctica clínica de los alumnos de la carrera de Licenciatura en TO, plantea la apertura de un nuevo campo en salud mental, en un trabajo barrial. El mismo se orienta a la prevención primaria y se

fundamenta en la estrategia de APS. Se sugiere la necesidad de que los alumnos reciban la formación académica para cumplir el rol que también desde la OMS, (1986) se estaba demandando desde una sociedad en continuo cambio.



Objetivos

Son propósitos de esta asignatura que el estudiante sitúe al hombre y a la mujer con relación a su salud desde una perspectiva social y de desarrollo humano, no sólo como individuo, sino en la comunidad o sociedad donde vive o desarrolla su potencial. Que reconozca, identifique y priorice sus necesidades, problemas, participación y, a partir del diagnóstico, pueda planificar, articulando recur-

sos y evaluar los proyectos. Es imprescindible promover, en los alumnos, la mirada crítica y reflexiva, con el aval desde la teoría, de la realidad más cercana y del contexto del cual forman parte, todo ello con una fuerte presencia de la ética que se vea reflejada en el respeto por la comunidad y sus miembros, de su idiosincrasia y favoreciendo la horizontalidad y la participación.



Metodología

Es así como, desde hace más de una década, en el dictado de la carrera de Terapia Ocupacional los alumnos reciben tempranamente en su formación de grado un curso obligatorio y un seminario curricular dónde el rol y el trabajo del Terapeuta Ocupacional en el campo de Atención Primaria de la Salud en la comunidad es objeto de conocimiento valorado y comunicado como incumbencia profesional. Para intervenir desde un **abordaje comunitario**, se parte del concepto de salud desde un paradigma social, entendiendo a la salud, no sólo como la au-

sencia de enfermedad, sino como la capacidad de lucha individual y social que tiene el individuo, para modificar las condiciones que limitan la vida. La participación comunitaria es un punto relevante en esta asignatura.

El conocimiento de la comunidad es fundamental ya que se considera a la **salud** como un proceso histórico, social y culturalmente determinado, relativo al estilo de vida y a la calidad de vida de los pueblos. Se promueve dicho conocimiento de la comunidad con visitas programadas a barrios perifé-

ricos, entre otras técnicas de recolección de datos, de modo tal que el **diagnóstico de la comunidad** sea una realidad palpable y no solo de referencias indirectas.

En resumen es una meta proveer al alumno de situaciones que conlleven al conocimiento del hombre dentro de su **comunidad**, de sus estilos de vida y sus alternativas para acceder a los diferentes tipos de oportunidades (culturales, económicas, políticas, geográficas, espirituales...), en cada lugar y tiempo. Que pueda **reconocer, identificar y priorizar** las necesidades, y a partir del **diagnóstico, planificar** para intervenir eficazmente, articulando recursos y estrategias, y también **evaluar** dichos proyectos. Esta cátedra contribuye a la formación de una de las incumbencias de la Lic. en Terapia Ocupacional... "Participar en el planeamiento, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos destinados al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la población".

Debido a lo cambiante de la realidad, es menester la plasticidad por parte de la cátedra para propiciar elementos que promuevan la adaptación activa del rol del Terapeuta Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad. En la sociedad se genera un contexto dinámico, de modo tal que en la medida en que van cambiando los problemas y las necesidades de salud, que se ven expresadas en nuevos perfiles de morbilidad y mortalidad, también han de cambiar los servicios de salud y los abordajes en la comunidad, por esto también debe modificarse el perfil de

los futuros profesionales que han de intervenir en esta realidad para mantener el circuito de calidad de la salud. Será necesario entonces promover flexibilidad y adecuación permanente para ser capaz de adaptarse a las necesidades cambiantes epidemiológico-sociales, facilitando tempranamente el conocimiento que jerarquiza este campo de desarrollo de la Terapia Ocupacional y ha permitido aumentar la calidad de formación de los recursos humanos en Terapia Ocupacional desde el paradigma social y conociendo la realidad en la que posteriormente se insertarán, promoviendo actores que propicien la Equidad y el derecho a la salud.



INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN CATÁSTROFE. LA INUNDACIÓN DE SANTA FE



MILAGROS DEMIRYI
(Argentina, 2003)

El presente trabajo registra la experiencia desarrollada en Santa Fe (Argentina), en el contexto de la catástrofe hídrica del año 2003. La más dramática que se ha dado hasta el momento en la historia provincial y nacional, con un saldo de 150.000 habitantes afectados directamente (más de 1/3 de la población).

Recorre los distintos momentos de la situación, -pre-catástrofe; -catástrofe y -post-catástrofe, caracterizando el contexto general y los particulares. Describe las características de la intervención de Terapia Ocupacional en cada uno de ellos. La multiplicidad de escenarios y el cambio de configuración local. Identifica las necesidades y sectores poblacionales a atender. El trabajo realizado en centros de evacuados y con los autoevacuados. El rol de la asociación de profesionales de Terapia Ocupacional y de los estudiantes. El valor de las redes sociales. Las adaptaciones curriculares producidas, en particular en las prácticas profesionales y los trabajos de extensión y transferencia.

Analiza a la luz de esta experiencia, el papel que jugó el conocimiento; revisa los antecedentes del estado del arte

en Terapia Ocupacional y en otras disciplinas. Identifica entre las bases teóricas, modelos de práctica y aportes específicos de conocimientos del campo disciplinar, los aportes del Modelo de la Ocupación Humana, por el énfasis en los razonamientos comprensivos respecto a la dialéctica de la ocupación: historias, identidades, competencias y ambientes ocupacionales; y la ética en las decisiones donde el actor protagónico es quien convierte su necesidad en acción transformadora.

La vigencia de los fundamentos filosóficos y teóricos de la Terapia Ocupacional, el bienestar ocupacional como parte constituyente del bienestar humano, el valor de la persona y la creencia en su potencialidad transformadora, otorgan sustento sólido a las intervenciones desde la perspectiva disciplinar.

Así también como los aportes sobre el comportamiento ocupacional, de M.Reilly y sus seguidores; los de Yerxa y col. (1990, 1998, 2002) sobre el ser ocupacional; los del Modelo Canadiense; el enfoque comunitario; el rol de Terapia Ocupacional en la promoción de la salud; la justicia ocupacional, las intervenciones culturales directas de

Frank (2001), entre los aportes y construcciones que vienen produciendo las ciencias de la ocupación.

Detecta también, los vacíos críticos en relación a estrategias de intervención, bases teóricas y necesidades de formación especializada desde la disciplina.

Recupera con especial énfasis, entre los conocimientos relacionados al campo disciplinar, el enfoque de los derechos humanos. Por su pertinencia para las intervenciones expuestas, en tanto las catástrofes devienen y derivan en situaciones de violación y/o restricción de una amplia gama de derechos, por acción y por omisión.

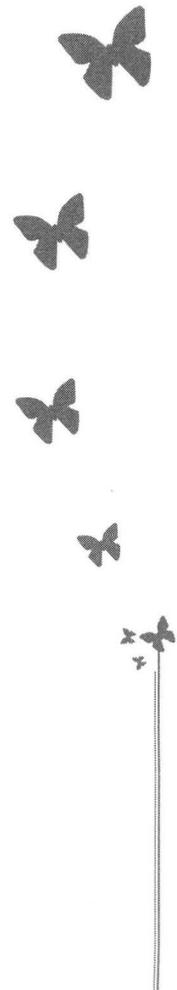
Concluye con algunas reflexiones advirtiendo la necesidad de incorporar temas de centralidad tales como: la deuda externa, la pobreza, la exclusión social, las políticas públicas y los derechos humanos, a la agenda de debate y a la producción de posicionamientos comunes de los terapeutas ocupacionales.

Fundamenta la necesidad de elaborar aportes desde el campo disciplinar con alcance epistémico, pedagógico y de intervención profesional invitando a explorar el rol de terapia ocupacional en la lucha por la defensa y promoción de los derechos humanos.

El trabajo pretende iniciar el debate sobre temas que comunes a la realidad de los países más pobres, a la luz de reflexiones generadas desde la empiria. Con el ánimo de avanzar en la recuperación de experiencias y

aprendizajes locales y regionales, que generen un foco crítico de aportes teórico-prácticos, que levanten nuestra mejores tradiciones y contribuyan a formar una identidad profesional con fuerza y color latinoamericana.

Concluye aclarando que la dolorosa experiencia de la catástrofe ha sido sólo una excusa para invitar al debate.





Proceso de desarrollo individual en el SNC posibilita la habilidad de integrar la información a través de los sentidos y organizándola en respuestas adaptativas alrededor de la mitad circundante favoreciendo una mejor interacción con nuestros semejantes.

Las funciones básicas de integración sensorial maduran y se integran alrededor de los 10 años, proceso continuo que constantemente se redefine a lo largo de nuestra vida.

La teoría y principio de la integración sensorial se basan en los estudios de la Dra. Jean Ayres Terapeuta ocupacional, en donde la intervención terapéutica esta basada en la premisa de que la participación activa del niño con terapias prepositivas, facilitan la madurez y el desarrollo.

Los niños con disfunción de la integración sensorial pueden presentar:

- Discapacidad perceptual
- Síndrome del niño torpe
- Disfunción perceptivo-motora

Pobre coordinación y equilibrio, comportamiento inconsistente que promedio o por arriba, pueden invertir letras y entender el sentido de las palabras puede ser difícil.

Escritura lectura y matemáticas pueden ser áreas débiles especialmente

con métodos tradicionales de aprendizaje dificultad en interiorizar su lateralización frecuentemente existe distracción e hiperactividad.

Tres sistemas sensoriales básicos:

1. Coordinación de los dos lados del cuerpo
2. Planificación motora o nivel de actitud en cuanto atención y velocidad
3. Estabilidad emotiva

- La integración táctil es a través del tacto y sensaciones de la piel.
- El sistema vestibular responde al movimiento y a los cambios de la posición de la cabeza.
- El sistema propioceptivo recibe la información del movimiento de muscular y las articulaciones.
- En un nivel más alto de integración sensorial en el S.N.C. la combinación de ver, escuchar y una percepción adecuada del cuerpo favorece las bases de un mejor lenguaje perceptivo y receptivo, percepción visual y coordinación ojo-mano.

Con buenos cimientos en la integración sensorial contribuiremos a una mejor y mayor:

Productos finales de la
Proceso adecuado de
Integración sensorial

* Autoestima
* Autocontrol
* Autoorganización

El proceso de percepción táctil ubica las sensaciones del tacto a través de dos canales

1. El sistema de protección
2. El sistema discriminativo

Los receptores de la piel proveen información de dónde y como el cuerpo es tocado.

1. El sistema discriminativo nos informa sobre la cualidad del toque, pudiendo interpretar las diferentes sensaciones táctiles.

Estos 2 sistemas en equilibrio y de manera conjunta nos permiten interactuar en forma adaptativa a las diversas sensaciones táctiles.

S.N.C.- sistema de chequeo entre excitación y equilibrio e inhibición (evitando sobre-reaccionar al consumo de energía sensorial igual al proceso neuronal conocido como inhibición.

La escasa inhibición del niño en sus sistema sensorial –específicamente táctil– tiende hiper-reaccionar por la hipersensibilidad siendo irritable, distraído, dispráxico y con inhabilidad para la planeación hiperactivo motriz.

A este comportamiento se le conoce como “defensa táctil”.

A estos niños suele no gustarle ponerse determinado tipo de ropa; permanecer cerca de las personas.

El sistema vestibular; trabaja para interpretar las sensaciones de la fuerza de la gravedad que fluye a través de nuestro cuerpo para ayudarnos a formar una referencia básica para todas las otras experiencias sensoriales.

El receptor vestibular se localiza en el oído interno y es estimulado por los cambios de posición y giros de cabeza como:

(circular)	*	giros (hamaca, coumpio)
(angular)	*	brincos (tumbling)
(diagonal)	*	carrera (pelota, columpio)

Un sistema vestibular pobremente modulado puede crear experiencia de vértigo, inseguridad gravitacional, dificultades de tono postural, equilibrio, cansancio, torpeza. El sistema vestibular bien modulado para un equilibrio en sistema calma y alerta.

Movimientos-lentos, suaves y cerca del piso igual a relajación (inhibición), movimientos rápidos igual a excitación.



Terapia de integración sensorial

Hay que animar y alentar al niño a empujar, jalar, levantar, cargar objetos pesados provenientes de contracciones musculares fuertes y compresión de articulaciones de cuerpo, creando excitación propioceptiva que modula al sistema vestibular y organiza al cerebro a integrar el efecto del sobre-accumulamiento sensorial por ejemplo el mareo.

Batería del test de integración sensorial del Sur de California se utiliza por los Terapeutas Ocupacionales para determinar el nivel de integración sensorial y puede planear motrizmente haciendo trabajos conjuntos de ojos y manos.

La terapia de integración sensorial promueve un medio ambiente único para el niño alcanzando un balance entre libertad y estructura para maximizar la exploración constructiva.

La terapia provee del consumo sensorial controlado enfatizado en los 3 sistemas sensoriales básicos.

1. Táctil
2. Vestibular
3. Propioceptivo

Para aumentar la integración corporal integración corporal y la planeación motriz, el niño espontáneamente produce respuesta adaptativas que integran esas sensaciones para dar respuestas adaptadas requeridas dirigidas a una meta de experiencia sensorial que requiere de integración.

Las terapias sensoriales integradoras han sido un método innovador primario utilizado por los terapeutas ocupacionales en el tratamiento de niños con deficiencias sensoriomotrices.

El marco teórico para la integración sensorial fue desarrollado por A. J. Ayares en su continua investigación. El principal objetivo de la terapia sensorial integradora es proveer estímulos específicos sensoriales que faciliten respuestas adaptativas que integren las sensaciones. El estímulo sensorial es proporcionado especialmente al sistema vestibular, músculos, articulaciones y la piel. Esta terapia también es importante para que el niño dirija sus propias acciones mientras el terapeuta dirige su entorno. El proceso de tratamiento consiste en actividades autodirigidas con un propósito definido que proveen los estímulos sensoriales seleccionados para facilitar las respuestas adaptativas en el niño.

Durante las sesiones se incita al niño a que experimente una variedad de situaciones que optimicen su habilidad para adaptarse y resolver problemas. El objeto es mejorar la calidad y eficiencia de las respuestas sensoriomotrices del individuo. El equipo utilizado está diseñado para guiar al niño en actividades que logren este objetivo. Previo al inicio de la terapia se requiere una evaluación adecuada con el objetivo de planear la terapia de manera más eficiente. Las ideas de tratamiento abordarán seis áreas de integración sensorial como sigue:

- táctil
- vestibular
- propiocepción
- equilibrio
- integración vestibular bilateral
- planeación motriz

Empecemos con el área táctil, hay dos aspectos importantes que considerar cuando se trata el sistema táctil:

- la discriminación táctil
- la defensa táctil

Un niño puede mostrar deficiencia en una de las áreas o en ambas. El niño defensivo táctil tiene demasiada actividad protectora y no tiene el suficiente proceso discriminatorio. En lugar de encontrar el significado de las sensaciones tiende a reaccionar de manera defensiva. En terapia se le puede pedir al niño que identifique las letras que se le escriben en la espalda o participar en un juego con materiales que proveen contacto corporal.

Uno puede ver una variedad de respuesta defensiva al realizar actividades como estas, pueden ser tan sutiles como tensar los músculos o pedir permiso para ir al baño, o participar. Al diseñar las terapias es importante darle al niño la oportunidad de iniciar el contacto ya que esto es menos amenazador y más cómodo para él.

Rodarse por una rampa o columpiarse en una hamaca son grandes retos para los niños y ustedes verán que la mayoría de los niños disfrutan los estímulos vestibulares. El sistema vestibular es un punto clave en la terapia sensorial integradora, ya que es básico

para otros sistemas sensoriales y es fácilmente accesible.

El sistema vestibular puede tener un impacto muy poderoso en un individuo. Es crucial que el terapeuta tenga un entendimiento profundo de las reacciones positivas y negativas a la estimulación vestibular.

La sobreestimulación puede provocar náusea, vómito, aceleración de la frecuencia cardiaca o mareo. Siempre que se pueda el niño debe de iniciar y digerir el nivel, intensidad y duración de las actividades. Se deben de vigilar cuidadosamente las reacciones del niño ya que en ocasiones no detendrán las actividades con la anticipación necesaria para evitar estas reacciones adversas.

La integración propioceptiva, en donde se encuentra el cuerpo en el espacio y cómo se mueve esta íntimamente relacionado con los sistemas vestibular y táctil; el empujar, jalar y brincar proveen fuertes estímulos a las articulaciones y músculos y ayudan a construir una base neurológica para la estabilización de las articulaciones, movimientos eficientes y relaciones espaciales.

Este fuerte estímulo básico es un buen precursor para las actividades de planeación motora.

Tener al niño realizando actividades propioceptivas fuertes al inicio de la sesión puede ayudar a preparar al sistema nervioso para actividades subsiguientes más demandantes tales como planeación y labores de coordinación ojo-mano.

Las reacciones de equilibrio ayudan a mantener el cuerpo erguido y a reaccionar a estímulos que obliguen a perder el balance. Para la mayoría de nosotros estas son reacciones automáticas subconscientes; los niños con deficiencias en esta área pueden tener dificultad para determinar en que dirección están cayendo. La terapia se enfoca en mejorar las respuestas de equilibrio del niño proveyendo numerosas actividades que requieren balance dinámico. Estas actividades requieren que el niño mantenga el balance mientras se mueve o mientras esté en un aparato en movimiento.

Reacciones de equilibrio pobres son comunmente asociadas con inseguridad postural lo cual se observa como miedo en el niño en actividades de balance deberán enfocarse a ajustes del tronco, reacciones de grupos musculares antagonistas y posición de la cabeza.

Un desorden específico observado en algunos niños con deficiencias de integración sensorial se llama desorden vestibular bilateral. Las principales áreas con déficit son una respuesta vestibular sobre-activa y una dificultad para integrar los dos lados del cuerpo. Los problemas derivados de esto son un balance ineficaz, pobre identificación de izquierda-derecha, evitar el cruce de la línea media y una inhabilidad para coordinar pies y manos. Estos problemas le dificultan el aprendizaje al niño. La terapia incita al niño a levantar las manos juntas, a utilizar sus extremidades inferiores juntas y a ajustarse al movimiento y a cambios en el balance.

Actividades enfocadas a mejorar la coordinación entre los dos lados del cuerpo se tienen que utilizar conjuntamente con estímulos vestibulares y actividades de equilibrio, con objeto de abordar adecuadamente los problemas de integración vestibular bilaterales. Nuevamente, es importante ser cautelosos al proveer de estímulos intensos al sistema vestibular.

La planeación motora es la realización de actividades motoras no habituales y depende de la integración exitosa de todos los sistemas. Dependemos de las habilidades de planeación motora para realizar actividades motoras gruesas para realizar actividades que involucran a los ojos y boca. Presentarle al niño actividades de planeación motora ayudará a mantener generalizada esta área de habilidades. El niño torpe puede caminar y correr lo suficientemente bien pero cuando se le presenten situaciones de negociación con obstáculos en el gimnasio y en el salón de clases podrá chocar con las cosas o tomar caminos indirectos. La manipulación de objetos pequeños le puede resultar extraña e inefectiva.

Hemos observado actividades de integración sensorial en seis áreas:

- táctil
- vestibular
- propioceptiva
- equilibrio
- integración vestibular bilateral y
- planeación motora

A pesar de que alguna actividad se pudo haber presentado para una de las áreas en este video, es importante

recordar que cada actividad puede aplicar para más de un sistema y que uno debe estar alerta a todos los sistemas impactados por una actividad terapéutica específica. Las actividades que han visto no son por mucho las únicas adecuadas para la terapia de integración sensorial.

El terapeuta que tiene un entendimiento sólido y claro de la neuroanatomía y de la terapia de integración sensorial puede crear un sin número de actividades adaptativas y divertidas para adecuarse a las necesidades del niño.

El desarrollo motor infantil

Todos hemos visto como crecen y se desarrollan los bebés. Los padres, los profesionales del área de la salud, educadores, personal de trabajo social y muchos otros proceso continuo, una construcción de habilidades, una progresión una lista de eventos importantes en este desarrollo probablemente incluiría:

- Control de la cabeza
- Rodarse
- Sentarse
- Gatear

- Pararse
- Caminar

Pero nuestro interés aquí va más allá de estos grandes eventos en el crecimiento de un bebé. Para ayudar a convertirnos en mejores observadores del desarrollo motor de un bebé desde su nacimiento hasta un año de edad hemos dividido este proceso continuo en cuatro fases:

- INFANTIL (0-3 meses)
- PREPARACIÓN (4-6 meses)
- MODIFICACIÓN (7-9 meses)
- REFINAMIENTO (10-12 meses)

Conforme se van describiendo estas fases se debe tener en mente que un proceso muy complejo se ha partido en fases y está siendo examinado. Un bebé progresará por estas fases en una escala de tiempo ligeramente diferente a la de otro bebé. Las fases se mezclan una con otra traslapándose. La intención no es provocar un calendario rígido por eventos sino incrementar nuestra conciencia de la complejidad del desarrollo motor y de los componentes de la creación de habilidades que están llevándose a cabo.



Infantil

En la primera fase, la fase infantil el niño de término es inicialmente muy compacto, los brazos y las piernas están cerca del cuerpo, las acciones reflejas dominan su movimiento y el infante tiene poco control motor activo.

Durante la fase infantil se da el inicio del control cefálico y un gradual enderezamiento del cuerpo. Cuando el recién nacido es colocado boca abajo, las extremidades se mantienen cerca del cuerpo o flexionadas con la cade-

ra hacia arriba, empujando la mayor parte del peso hacia la cabeza. Cuando se le sienta con soporte el recién nacido no tiene ningún control motor activo para detener la cabeza y el cuerpo erguidos en contra de la gravedad, la cabeza se cae hacia delante y se gira hacia un lado. Conforme el bebé es halado hacia la posición de sentado la cabeza cuelga hacia atrás e inicialmente se ve una caída total de la cabeza hacia atrás, hay poco control para mantener la cabeza alineada con el tronco y conforme el bebé se mueve hacia la posición de sentado la cabeza tiende a moverse con la barbilla hacia el pecho, hay poco control activo de la cabeza o el tronco. Durante la fase infantil el bebé pondrá su peso sobre las piernas cuando se le soporta en posición erguida y pudiera incluso hasta dar pasos, sin embargo estos son movimientos reflejos normales y no están siendo controlados activamente. Con el bebé boca abajo el desarrollo continúa con una extensión gradual del cuerpo con las caderas bajando y los brazos moviéndose hacia delante y alejándose del cuerpo. La cabeza ahora se puede sostener en una posición más erguida y hacia la línea media del cuerpo conforme el

infante empieza a trabajar en el control de la cabeza pero todavía hay muy poco levantamiento de la cabeza. Las caderas del bebé ahora están pegadas al piso, los brazos todavía se mantienen cerca del cuerpo y la cabeza empieza a levantarse, el peso de la cabeza del bebé se soporta en su barbilla con levantamientos ocasionales de la cabeza. Después de mucha práctica el bebé ahora puede levantar la cabeza, la cabeza está en la línea media y los brazos siguen cerca del cuerpo. Este desarrollo continuo libera al bebé para que pueda tener una mayor atención a las personas y los objetos.

Comparando las tres imágenes las caderas gradualmente van bajando, las piernas se van enderezando, los brazos se van haciendo hacia arriba llevando los codos en contacto con la superficie y soportando el peso en los antebrazos. Los brazos se mantienen cerca del cuerpo, la cabeza se va levantando. Las habilidades clave se obtienen durante la fase infantil son:

- el inicio del control cefálico y
- un enderezamiento gradual del cuerpo



Preparación

La fase de preparación normalmente es excitante, los bebés se empiezan a mover, se ruedan, se apoyan en los brazos, hacen movimientos de gateo y se pueden sentar con ayuda, si se les detiene se pueden parar sobre sus

pies. Con las habilidades obtenidas en la fase infantil el bebé se mueve hacia la fase de preparación mostrando control cefálico avanzado mientras esté boca abajo. Con este control la cabeza y cuello el bebé esta desarrollando

una posición más erguida y recta de su cuerpo, esto se ve sobre todo en la espalda alta mientras que la espalda baja permanece redondeada. La cabeza es sostenida por los hombros, dando la apariencia de que no tiene cuello. Este bebé ha desarrollado la extensión desde la espalda alta hasta toda la columna demostrando una espalda erecta mientras se le soporta en la posición sentada. Durante la fase de preparación el bebé muestra una participación más activa cuando se le hala a la posición de sentado, la cabeza, tronco y extremidades se doblan haciendo esfuerzo para llegar a la posición de sentado. Hay mayor control activo en movimiento para pasar a la posición de sentado y en la posición prona. Ahora los brazos del bebé se han movido alejándose del cuerpo, el peso se soporta por los antebrazos con un buen control cefálico, esto le permite al bebé transferir su peso de los antebrazos y a través del tronco. Se incrementa el control de los músculos abdominales y de la espalda. El bebé trata de estirarse hacia delante sobre su abdomen. El bebé continúa explorando estos movimientos en las dos imágenes superiores. En las dos imágenes inferiores el bebé trabaja activamente para incrementar la extensión de su espalda alta empujando el pecho hacia arriba con el peso en los antebrazos, la extensión de la cabeza se mantiene y es libre de girar. Mientras continuamos observando una variedad de posturas vemos al bebé sobre su espalda con las piernas flexionadas. Si el bebé comienza a jugar con los pies hacia la boca se incrementa la actividad e las piernas y de los músculos abdominales. Durante esta fase de

preparación cuando el bebé está en su espalda la variedad del juego puede incluir: levantar la cabeza, doblar las piernas, levantar la cadera, darse vuelta hacia el costado para empezar a rodarse y una mejor utilización de los brazos para alcanzar a agarrar objetos y transferirlos de una mano a la otra. Este bebé muestra un incremento en la movilidad tanto en el cuerpo alto como en la parte baja mientras se da vuelta hacia el costado para rodar. El mayor control cefálico le permite que voltee más fácilmente o incluso la rotación. También se puede iniciar el que se empieza a rodar desde las caderas con una transferencia pélvica de su peso o con giros de la cadera, conforme el bebé desarrolle esta movilidad incrementada entre la parte superior e inferior de su cuerpo y entre las dos mitades de su cuerpo, puede entonces darse el caso de que se empieza a rodar. Entre estas cuatro imágenes demuestran el control postural que se requiere para la secuencia de rodamiento. Conforme se mejora el control postural el bebé puede sostener su peso sobre los brazos extendidos con un control cefálico sostenido mientras se encuentra sobre su abdomen. También puede transferir el peso hacia los lados demostrando un control mejorado sobre los músculos abdominales y de la espalda para su movimiento. Se mantienen la extensión de la cabeza y de los brazos. Conforme se da la transferencia de peso entre los brazos, el bebé ya puede liberar un brazo para alcanzar objetos. Este bebé ha transferido su peso hacia un antebrazo permitiéndole alcanzar un juguete tonel otro brazo. Conforme se mejora su control postural ella puede transferir y sos-

tener su peso sobre los brazos extendidos, estabiliza una parte de su cuerpo mientras mueve otra parte. Durante la fase de preparación el control muscular antigravitatorio mejorado les permita a los bebés sostener su peso en una posición de pie con ayuda. Ese control muscular antigravitatorio obtenido durante la fase de preparación se ve en el desarrollo de las siguientes habilidades:

- control cefálico sostenido en todas las posiciones

- extensión mejorada del cuello y espalda
- sostenimiento y transferencia del peso a través de los brazos y piernas
- rotación
- y se da inicio también al alcance y presión de objetos.

Recordemos que durante la fase infantil los bebés tienen poco control activo y en la fase de preparación ellos ya pueden sostener su peso y tienen algo de movilidad.



Modificación

En la fase de modificación una variedad de posiciones transicionales son desarrolladas. El incremento en la adquisición de habilidades se observa en el sentado, la línea lateral, manos y rodillas, arrodillarse, ponerse en cuclillas, estar de pie con soporte, gatear la marcha. El sistema de control motor del bebé que se está desarrollando lo prepara para sentarse de manera independiente. El bebé se inclina hacia delante para mantener el balance y utiliza los brazos para sostenerse. La extensión sostenida sólo se observa en la espalda alta y media conforme la extensión se mueve hacia la espalda baja el bebé será capaz de enderezar su espalda y mantener una posición sentada más erguida. El bebé lucha para adoptar y mantener una posición sentada más erguida. El bebé lucha para adoptar y mantener una posición de gateo modificada con el peso en los antebrazos y rodillas. Las

piernas se mantiene cerca del cuerpo y el estómago se hunde en la superficie en donde está el bebé. Con práctica y repetición se observa mayor control activo del tronco, el abdomen se levanta de la superficie y las piernas se pueden alejar del cuerpo. En las siguientes dos imágenes se observa como mantienen el tronco de manera activa para lograr un sentado erguido independiente. El bebé ya no utiliza los brazos como soporte, se observa extensión en toda la espalda y el balance para mantener la posición de sentado también se observa. Al mantener el balance en la posición sentado los brazos pueden extenderse y alcanzar objetos para jugar. La exploración ocurre con el alcance y presión de objetos. Se mantiene el sentado erguido independiente aún cuando el bebé gira su tronco para alcanzar objetos. Con los incrementos en el control activo del movimiento el bebé se puede

mover en una serie de movimientos. Los movimientos transicionales le permiten esto al bebé y caracterizan la fase de modificación. Los movimientos transicionales se utilizan durante todos los patrones de movimiento. La separación del movimiento entre las partes del cuerpo permiten la combinación de doblarse, voltearse, enderezarse y girar. El bebé se puede mover con facilidad desde la posición de cuatro puntos, transferir el peso hacia atrás y moverse incluso hacia una posición lateral, recostado sobre su costado, o una posición de sentado modificada que después puede ajustar hacia le sentado erguido. Todos estos son ejemplos de movimientos transicionales requeridos para el cambio de posiciones. La variedad de movimientos se incrementa mucho y ahora el bebé puede gatear. Desde la posición de gateo el bebé ahora ha transferido su peso para liberar un brazo que puede alcanzar objetos. Este bebé ha transferido su peso hacia atrás casi en una posición de sentado modificada para libera un brazo para alcance y manipulación. Las habilidades en desarrollo para locomoción son primarias durante la fase de modificación. Una vez más la importancia de los movimientos de transición es evidente permitiéndole al bebé la libertad de explorar el movimiento desde una variedad e posiciones y combinacion de posiciones. La seguridad postural incrementada ganada durante la fase de modificación le permite patrones más sofisticados de sentado y de alcance. Este bebé puede usar de manera muy eficiente sus manos por arriba de la línea de los hombros, sin afectar su balance de sentado. El balance se sen-

tado se mantiene mientras esta bebé demuestra su habilidad para transferir el peso moviendo su tronco más allá de la línea media mientras se estira para tratar de alcanzar el juguete. El bebé continúa trabajando en las habilidades de balance durante la posición de pie con soporte. Inicialmente las piernas soportan sólo una parte pequeña del peso del cuerpo. En busca del soporte externo el bebé se inclina contra la mesa con la cuál puede soportar el peso del tronco y de los brazos y así puede mantener su balance. Los bebés practican el balance e incrementan el peso sobre las piernas alejándose del objeto que les da soporte y hacen esto en una variedad de maneras. Este bebé mantiene el soporte con la mano sobre la mesa apoyando en esta. Con la estabilidad postural incrementada el bebé soporta todo el peso sobre las piernas y es capaz de balancearse con mínima ayuda. Con la práctica, los bebés empiezan a dar pasos a los lados o hacia delante, el control postural incrementado ganado durante la fase de modificación se caracteriza por la habilidad para asumir, mantener y moverse desde una variedad de posturas facilitando así el desarrollo del movimiento transicional la adaptación postural mejorada del bebé ha resultado en la adquisición de las siguientes habilidades:

- la habilidad para mantener la posición sedente
- acostarse de lado
- manos y rodillas (cuatro puntos)
- arrodillarse
- ponerse en cuclillas
- bipedestación con apoyo

Con la libertad de moverse desde o hacia todas estas posiciones. El bebé también ha desarrollado locomoción activa como el gateo o la marcha con ayuda. El bebé puede alcanzar, sujetar y manipular con una o ambas manos. Una vez que los bebés han pro-

gresado por la fase de modificación ya tienen todos los componentes del movimiento. Lo que resta es de necesidad de refinamiento, por eso a la siguiente fase se le llama la fase de refinamiento.



Refinamiento

Es el tiempo en el que los bebés desarrollan e incrementan la libertad de movimiento, velocidad y coordinación. El balance se puede mantener en los planos de movimiento hacia delante, hacia los lados y hacia atrás. Desde esta posición el control y velocidad de moviendo de los bebés les permite rápidos ajustes de una posición sedente a otra. El bebé ha asumido una posición sedente lateral modificada que requiere mayor control de balance. El control de balance refinado se puede apreciar mucho más durante las habilidades de locomoción cuando el bebé puede combinar la velocidad con la dirección de movimiento. Este balance controlado facilita la precisión del tiempo y colocación de las extremidades para alcanzar objetos. El control postural del bebé le provee esa exactitud o esa precisión mientras alcanza el juguete. El balance y el control postural se ven cuando el bebé asume una posición de hincado pero sentado en los talones y cuando utiliza los brazos juntos desde esa posición para alcanzar algún objeto. En una posición de hincado más erguida se requiere un control postural de mayor nivel para la integración del movimiento entre las

dos partes del cuerpo. Cuando esto ocurre, el bebé entonces puede alcanzar con precisión y exactitud. Esto se observa también en la bipedestación con soporte. Este bebé esta en una posición de medio hincado con soporte, hincado en una sola rodilla con soporte y experimenta con su balance y la transferencia de pesos mientras se mueve de esa posición de medio hincado a una bipedestación con soporte. El movimiento se logra con facilidad y coordinación mientras se yergue. En la bipedestación con soporte el movimiento entre las dos mitades del cuerpo ocurre de manera activa mientras el bebé se agacha con balance hasta una posición de cuclillas con soporte. Con su seguridad postural incrementada en la fase de refinamiento el alcance y la manipulación van a ocurrir más eficientemente. Las habilidades de locomoción y su refinamiento son primarias en esta fase. Este bebé se mueve lateralmente desde una bipedestación con soporte. Al experimentar con una variedad de patrones de movimiento desde la bipedestación con soporte incrementa las habilidades de balance, fuerza y control de movimiento. Pararse sobre un pie es parte de

esa experimentación, así como caminar de rodillas e iniciar los patrones de movimiento de la marcha. Durante la fase de refinamiento se observan niveles avanzados de control activo preparando todo esto al bebé para la locomoción desde la bipedestación. La adquisición de habilidades durante la fase de refinamiento incluye:

- arrodillarse sobre una rodilla
- ponerse en cuclillas
- desplazarse
- escalar
- caminar de rodillas
- y caminar

Mientras el bebé madura continúan observándose un rápido crecimiento así como el desarrollo y adquisición de habilidades. Las cuatro fases son:

- Infantil (0-3 meses)
- Preparación (4-6 meses)
- Modificación (7-9 meses)
- Refinamiento (10-12 meses)

Estas son las cuatro fases en las que se desarrollan habilidades motoras importantes, aunque se pueden observar diferencias individuales, los bebés desarrollan habilidades parecidas. Mientras nuestra discusión del movimiento termina cuando el bebé se pone de pie, el crecimiento acelerado y la adquisición de habilidades continúan por muchos años.



TRABAJOS LIBRES

COMPORTAMIENTO Y ACTITUD DE UNA COMUNIDAD FRENTE A LA IMPLANTACIÓN DE UN CENTRO DE VIDA INDEPENDIENTE



CLAUDIA MARCELA ROZO REYES

Terapeuta Ocupacional. Especialista en Docencia Universitaria. Universidad del Rosario
Directora Programa de Terapia Ocupacional, Facultad de Rehabilitación
y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario

NANCY GARCÉS ROBAYO

Terapeuta Ocupacional. Especialista en Docencia Universitaria. Universidad del Rosario.
Especialista en Desarrollo Social y Comunitario. Universidad del Tolima
Profesora Programa de Terapia Ocupacional, Facultad de Rehabilitación
y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario

La naturaleza de la Enfermedad Mental y la tradición de los tratamientos para las personas con este tipo de enfermedad, ha llevado a mantener alternativas de intervención, donde la prolongada estancia dentro de una institución ha sido una constante en el manejo de las personas afectadas.

Así, los tratamientos intrahospitalarios, fueron el recurso más frecuente para la atención de las personas con trastorno mental, que trajo como consecuencia el aislamiento y la no asunción de la responsabilidad familiar frente a la persona. Esta restricción familiar tuvo también consecuencias que limitaron la participación social, de quienes recibían tratamiento, lo que los condujo a una dependencia en aspectos económicos, de la vida diaria, de desarrollo personal y social.

Sin embargo, la dependencia no solo limitó la autonomía, sino la posibilidad de tomar decisiones propias frente a la vida, de asumir sus responsabilidades y las consecuencias de sus acciones ante la sociedad.

Los Centros de Vida Independiente, son creados por y para las personas con discapacidad, rompiendo los esquemas de aislamiento y proteccionismo hospitalario, para producir procesos de mediación y fortalecimiento de la participación e integración.

Adicionalmente, vida independiente, surge para transformar la estigmatización de la limitación en la capacidad para ser productivo, cuidarse a sí mismo y ser competente para asumir su vida. Es entonces como se acepta a la discapacidad como un hecho presente en la vida de los seres humanos.

Este proyecto se orienta a observar el comportamiento y las actitudes de una comunidad frente a la implantación de un centro de vida independiente concebido como un proceso de mediación para el fortalecimiento de la participación en espacios para el desarrollo de procesos de socializa-

ción e integración de sus participantes. El problema se plantea como ¿Cuál es el impacto del Centro de vida independiente “Esperanza viva” en la población con discapacidad mental que participa en éste y cómo es el comportamiento y la actitud de la comunidad frente a éste?



Metodología

Es una investigación cualitativa interpretativa ya que busca conocer los significados que los actores de pequeños grupos dan a su conducta, a la de otros actores y a las condiciones del contexto.

En la primera fase, se hizo una revisión documentada acerca de los Centros de Vida Independiente en el mundo, su historia, sus objetivos, su filosofía, y algunas experiencias de estos. Adicionalmente se realiza un acercamiento con el Centro de Vida Independiente: “Esperanza Viva”, reconociendo su historia, sus objetivos, sus usuarios y se genera la necesidad de determinar el impacto de este tipo de movimientos en el ámbito local con el fin de establecer el grado de compromiso e influencia en cuanto a la participación comunitaria, habilidades para la vida independiente y la asesoría a pares.

Para ello, se diseñó un instrumento de medición, en el que se apoyaron los primeros resultados del proyecto, con el que se midió la independencia individual y la participación a nivel co-

munitario de los usuarios que asisten al centro “Esperanza Viva” estos resultados sirven de apoyo para la posterior continuación de este proyecto.

El Centro fue acompañado por estudiantes de Terapia Ocupacional, durante dos años, tiempo durante el cual se realizó un seguimiento constante de las personas que asistían.

En la segunda fase, se hace una revaloración de las personas a través de un instrumento que fue ajustado con base en el primero, para conocer el nivel de independencia, socialización y participación logrados a partir del ingreso al Centro.

En esta fase se estableció la apreciación de las familias frente a la independencia lograda por parte de las personas con discapacidad que conforman el Centro. Adicionalmente se indagó la visión de la comunidad más próxima a las personas del Centro, sobre el nivel de participación alcanzado por los integrantes, dentro de las actividades sociales de la comunidad.

En la tercera fase, la cual se encuentra en desarrollo actualmente, el objetivo es determinar las características

de un Centro de Vida Independiente ajustado a la realidad local.



Resultados

El proceso que permitió llegar a los resultados actuales consistió en diseño, análisis, aplicación de los instrumentos, realización de talleres, para

los usuarios, las familias y las personas o grupos que hacen parte de la comunidad a la cual pertenecen los usuarios del centro.



Valoración

FAMILIA

Se realizó una encuesta a las familias de las personas que asisten al centro de vida independiente “Esperanza Viva”, donde se cuestionó la funcionalidad de las actividades básicas cotidianas de dichas personal, teniendo en cuenta que las acciones evaluadas están encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elemental que le permitan vivir sin precisar ayuda continua de otros; entre ellas se incluyó: comer, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, manejo de el dinero, entre otras. Cada uno de los ítems tenía un valor; donde 1 es lo que podía realizar la persona y 0 lo que no realizaba, ésta encuesta está basada en la escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria donde justifica que la máxima dependencia estaría marcada por la obtención de cero puntos, y ocho puntos expresarían una independencia total, y así poder deter-

minar si la asistencia a este centro les permitió mejorar sus actividades o si por el contrario no existía ningún cambio o mejoría. Siendo esta la base del trabajo de investigación y asimismo de determinar si este centro cumple con las expectativas no sólo a la persona que tiene la discapacidad mental si no también para sus familias, además se realizó dicha actividad para integrar a las familias de la comunidad del centro de vida ya que son parte fundamental en el progreso de dicha institución y la evolución de cada uno de los asistentes del centro de vida.

Los ítems evaluados mediante el instrumento nos muestran que la comunidad “Esperanza Viva” maneja índices adecuados de independencia, calificados según la escala de Lawton y Brody; lo cual les permite el desarrollo e integración familiar y social conveniente, siendo un aspecto de vital im-

portancia para el centro de vida independiente, además de ser de una manera u otra productivos para sus familias, ya que la mayoría colaboran con las actividades evaluadas en el instrumento de una manera efectiva.

Tanto la comunidad como los familiares se encuentran satisfechos con el trabajo desarrollado durante el tiempo de formación del centro de vida independiente, manifiestan que sus familiares son más activos y participativos con respecto a sus actividades el casa, como a nivel comunitario al encontrar un espacio de interacción, acción participación en el cual son escuchados, además de sentirse respaldados por otras personas en sus mismas condiciones y con igual deseo de progresar.

COMUNIDAD

Con respecto a la comunidad se observa un alto grado de sensibilización y compromiso frente al centro y sus integrantes, conocen las diferentes actividades realizadas en el centro por los usuarios, conocen su proyección, este es un factor muy positivo lo cual

Los Centros de Vida independiente generan gran impacto en las personas, pero aun así se requiere del interés y la participación de toda comunidad para que se puedan establecer metas de mayor alcance y el grupo se fortalezca mucho mas en pro de mejorar sus condiciones, calidad de vida y participación social.

La percepción de los familiares frente a la participación de sus familiares en el centro es la siguiente:

Evidencian niveles de independencia en auto-cuidado, que durante dos años han visto el desarrollo de habilidades comunicativas, sociales y de ayuda al compañero.

a permitido la vinculación de los usuarios a actividades productivas, deportivas, educativas y culturales. Se evidencia fortalecimiento del grupo mediante al apoyo de la RED SOCIAL siendo esto una fuente de sentimiento de identidad.



Bibliografía

MANRIQUE, ALFREDO. La Constitución de la Nueva Colombia. Santiago de Cali, 1991, p. 19-40.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud para Todos. Ginebra, 1989.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD "CIF Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud" OMS/ ops 2001.

PONENCIA CONJUNTA, Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización de las Na-

ciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC). España 1994.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. " Constitución Política de Colombia" Editorial Temis. Bogota D.C 1991.

———"Ley 100 de 1993. La Seguridad Social en Colombia. Ministerio de Salud y de Trabajo".

———"Ley 361 de 1997 : Por la cual se establecen Mecanismos de Integración Social de las Personas con Limitación y se dictan otras disposiciones".

RODRÍGUEZ, María Teresa. Modelo de la Actuación del Terapeuta Ocupacional en Comunidad. Septiembre, 1991.



PAPEL DEL PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL GIMNASIO LA KHUMBRE

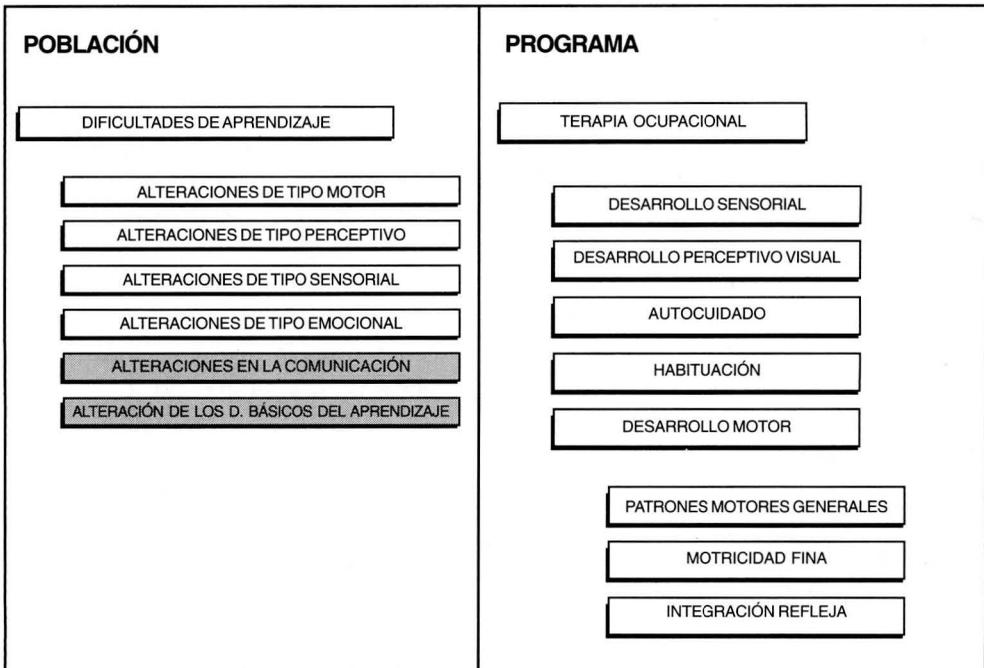


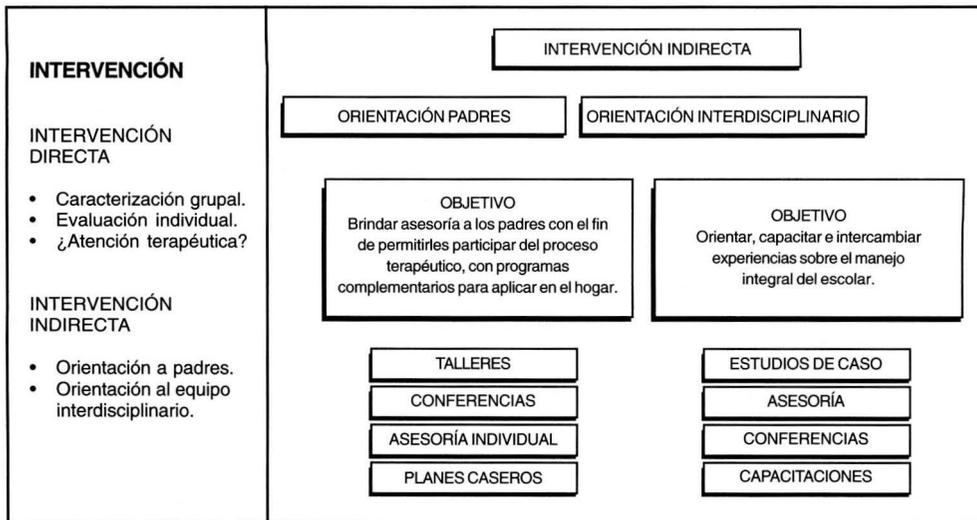
ANGIE CAROLINA PINZÓN
Terapeuta Ocupacional
Universidad Nacional de Colombia
Gimnasio La Khumbre
Programa de Terapia Ocupacional

Objetivo

Estimular e incrementar destrezas y habilidades de aprendizaje a través de actividades que favorezcan la maduración del desarrollo sensorial y mo-

tor, con el fin de que el niño logre responder adecuadamente a las exigencias del rol escolar.





Talleres que se han brindado

TALLER DE HABITUACIÓN

Objetivos

- Sensibilizar a los padres sobre la importancia de la creación de hábitos y rutinas escolares.
- Brindar elementos de trabajo que promuevan la creación de rutinas escolares en el contexto familiar-escolar.

Metodología

- Reflexión particular y general de los padres sobre el quehacer de los estudiantes en casa.
- Conocimiento de estrategias, aplicación y seguimiento a las actividades propuestas.

Resultados

- Se identificó falta de conocimiento por parte de los padres de los hábitos y rutinas que favorecen en los niños el desempeño escolar dentro de su ambiente familiar.
- Se generó inquietud e interés por parte de los padres por desarrollar las estrategias propuestas.
- Se logró el compromiso de los padres en el desarrollo de la habituación en el contexto familiar.



TALLER DE AUTOCUIDADO

Objetivos

- Sensibilizar a los padres sobre la importancia del desarrollo de la independencia en las actividades de autocuidado.
- Brindar elementos de trabajo que apoyen la realización de las actividades de manera independiente dentro del contexto colegio-hogar (lectura-guía de trabajo).

Metodología

- Reflexión individual y puesta en común por parte de los padres sobre el quehacer del niño en las actividades de autocuidado.

- Reconocimiento de las actividades y estrategias para desarrollar en casa.

Resultados

- Se identificó sobreprotección por parte de los padres en la ejecución de actividades.
- Se generó compromiso en los padres para permitir a los niños realizar las actividades de autocuidado de manera independiente.
- Un porcentaje significativo de los niños en la actualidad realizan las actividades de autocuidado de manera independiente y efectiva tanto en la casa como en el colegio.

TALLER DE GIMNASIA CEREBRAL

Objetivos

- Informar a los padres sobre la importancia de la realización de ejercicios de Gimnasia Cerebral.
- Enseñar a padres y a maestros los ejercicios de Gimnasia Cerebral con el fin de realizarlos tanto en casa como en el colegio con los estudiantes.
- Promover la realización de ejercicios de G. C durante la realización de actividades que generen stress.

Metodología

- Presentación de la fundamentación teórica y las bases neurológicas que apoyan la técnica de la Gimnasia cerebral.
- Realización de ejercicios por parte de los padres y explicación de los objetivos específicos.

Resultados

- Se identificó dificultad para la realización de los ejercicios en los padres.

- Se inició la práctica de los ejercicios de Gimnasia cerebral en casa.

Conclusiones

- La recuperación de las dificultades de aprendizaje es efectiva cuando se cuenta con un equipo interdisciplinario.
- El trabajo en comunidad dentro de una institución educativa fortalece las habilidades de los niños y favorece su desempeño en los diferentes ambientes.
- Es importante que en los Terapeutas Ocupacionales se genere la inquietud por demostrar ante los entes gubernamentales, la importancia de su trabajo en la educación básica primaria.



ORIENTACIÓN VOCACIONAL-OCUPACIONAL EN PSIQUIATRÍA



CAPEL GABRIELA KARINA
gcapel@unq.edu.ar
Universidad Nacional de Quilmes



Palabras claves

Orientación vocacional-ocupacional en psiquiatría, manejo del tiempo, destrezas interpersonales

La orientación vocacional es una intervención asumida desde las instituciones educativas, ante momentos de cambio que generan miedos, desconcierto y dudas.

Este proceso de orientación, esta destinado a conseguir una comprensión adecuada de las distintas opciones profesionales que existen en el mundo de la educación, permitiendo una mejor elección acorde a los intereses, aptitudes, motivaciones y objetivos personales. Pensar en una Orientación Vocacional-Ocupacional diferente dirigida a casos especiales, nos a llevado al gabinete el departamento de orientación de la Universidad Nacional de Quilmes, a poner en marcha este proyecto innovador, partiendo con el mismo en el año 2003.

El gabinete que conforma dicho departamento es interdisciplinario el cual nos ha permitido dar respuesta a una

demanda permanente de nuestra comunidad. Frente a varios casos con patologías diferentes, nos vimos en la obligación de conformar este nuevo proyecto, del cual solo hoy presento en particular un caso trabajado por derivación de un centro educativo terapéutico en el cual el paciente, con diagnóstico de borderline, recibe atención por consultorio externo en dicha Institución y asiste a los talleres de Orientación vocacional-Ocupacional de la Universidad Nacional de Quilmes.

A través de estos Talleres de Orientación Vocacional-Ocupacional, tanto los alumnos/ paciente, como el grupo familiar son contenidos, evaluados y orientados, teniendo en cuenta las diferentes posibilidades de cada caso y ofreciendo un nuevo método terapéutico que le permitan arribar a una decisión acorde a su elección.



Objetivos

1. Orientar al alumno/paciente en la elección vocacional-ocupacional, acorde a sus posibilidades reales.
2. Mejorar las destrezas en el manejo del tiempo.
3. Mejorar las destrezas en relaciones interpersonales.



Material y métodos

Las características del sujeto estudiado son: trastorno límite de la personalidad o borderline que se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación, alteración de la identidad e ines-

tabilidad afectiva. Se trabajó desde la metodología de la ocupación humana, con cotejos de intereses, Pastel de la vida, listado de intereses, etc. Se realizaron las evaluaciones durante el proceso de 6 encuentros de 2 horas semanales, de manera individual.



Resultados

Se deja ver en lo evaluado alteraciones en el manejo del tiempo, dificultades para mantener relaciones interpersonales duraderas, y falta de motivación para llevar a cabo actividades de productividad. Finalizado el proceso de Orientación el paciente/alumno

logra mejorar la distribución en el uso del tiempo, comienza su ciclo de educación de adulto, así como a establecer nuevas relacionándose con su grupo de pares. Según sus intereses fue motivado a comenzar un hobby en cursos de DJ, en capital.



Discusión / conclusiones

Cabe destacar del trabajo logrado, la importancia de revalorar las herramientas con la que cuenta el Terapeuta Ocupacional para la orientación vocacional-ocupacional, y la influencia de la falta de destrezas en manejo del tiempo en pacientes Psiquiátricos.

Replantearse como profesionales la falta de exploración de la multiplicidad de funciones de la Terapia Ocupacional, el inmenso campo sin desarrollar y la importancia que comencemos nosotras mismas a revalorizar para que otros puedan valorarnos.



Bibliografía

- Ander-Egg, E. y Aguilar, J.** "Cómo elaborar un proyecto": Guía para diseñar proyectos de intervencion socio-educativa. Bs As , editorial Magisterio del Río de la Plata. 1993.
- Atrio, Nelida y otros.** "Espacios psicopedagógicos". Editorial Psicoteca.
- Bohoslausky, R.** "Orientacion Vocacional": La estrategia Clínica. Bs As, Nueva Visión. 2001
- Buke, J. P.** Program Children ´ Hospital . Los Angeles. 1983.
- Cosullo y Capsials.** "Proyecto de vida y decisión vocacional". Editorial Paidos.
- De Hemphill, J. B.** "Mental Herth Assesment in Occupational Therapy, An Integrative Approach to the Evaluate Process". USA. 1988.
- Fogliatto, H.** "Cuestionario de intereses profesionales": Cip. Editorial Guadalupe, Bs As. 1991.
- Gullco, A y di Paola, G.** Orientacion Vocacional "una estrategia preventiva". Bs. As, Editorial Vocacion. 1993.
- Gelvan De Vainstein, S.** "Orientacion vocacional ocupacional". CEA, Bs As. 1997.
- Kielhfner, G.** Health Through Occupation. En: "Theory and Practice in Ocupacional Therapy". Philadelphia, Davis Company (ed) 1983.
- Kuder, E.** "Cuestionario General de Intereses". Bs As, Paidos. 1995.
- Labake, Y. C.** "Test multifactorial de orientacion vocacional". TMOV. Editorial Bonum, Bs As. 1991.
- Mojan, Fernández, O.** "Abordaje Teórico y Clínico del Adolescente". Ediciones Nueva Visión.
- Muller, M.** Orientacion vocacional. Buenos Aires, Mino y Davila Editores. 1986.
- Obiols, Guillermo A y Di Segni de Obiols.** "Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria" editora Kapelusz.
- OIT** Orientacion ocupacional de jóvenes. Guia para Educadores. Programa Formacion Profesional. 1996.
- Ojeda, L.** Orientacion vocacional. La búsqueda de informacion, nuevos recursos. Rosario, Homosapiens ediciones. 1999.
- Phillipson.** "Test de Relaciones Objetales".
- Reed, K. y Sanderson, S.** Concepts of Occupational Therapy. Los Angeles, Williams and Wilkins 2º edition. 1983.



SAÚDE MENTAL: NOVOS CONCEITOS, TÉCNICAS E ORGANIZAÇÃO



FÁBIO BRUNO DE CARVALHO⁶
EVELYN BUENO DE CAMARGO⁷
FERNANDA DE ALMEIDA PIMENTEL⁸
JULIANA BIACHI BRUGIN⁹
MICHELLE CHANCHETTI SILVA¹⁰



Resumo

Este trabalho mostra os resultados de um levantamento sobre as técnicas que vêm se desenvolvendo no campo da Saúde Mental nas unidades de um Serviço de Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica mudou o panorama da assistência em saúde mental do país e a cidade de Campinas, com este serviço, os equipamentos da rede pública em saúde mental e sua retaguarda hospitalar são considerados uma referência para o Brasil e a América Latina. Assim, foram identificados os procedimentos técnicos desenvolvidos, seus conceitos fundamentais e organização. Foram aplicados 29 questionários junto às categorias universitárias que atuavam nas 8 unidades do Serviço e realizadas entre-

vistas semiestruturadas junto a 5 atores-chave (assistente-social, enfermeira, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional), em busca das representações sociais sobre as mudanças operadas no campo. Dessa forma, as técnicas surgiram como resultado de um entendimento mais integral e eclético do sofrimento psíquico. As técnicas são novas, embora se apóiam em bases tradicionais e sejam dependentes do contexto. A distinção entre as técnicas é clara e derivada da experiência dos profissionais e do intercâmbio entre as unidades. A maneira como as técnicas são executadas não dispensa as especializações, mas são experimentadas também de forma não especializada, coletiva e genérica.

⁶ Prof.Dr., Faculdade de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas.

⁷ Acadêmica, Faculdade de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas.

⁸ Acadêmica, Faculdade de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas.

⁹ Acadêmica, Faculdade de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas.

¹⁰ Acadêmica, Faculdade de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas.



Bibliografia

- BANDEIRA, M.; GELINAS D.; LESAGE, A. – Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. J. Bras. Psiq. 47(12):627-40), 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, 1994. 64p.
- CARVALHO, F.B. - O conceito de símbolo em Cassirer, Freud e Ricoeur como fundamentos para a terapia ocupacional. Campinas, 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Universidade Estadual de Campinas, 195p.
- CARVALHO, F.B. – História, interdisciplinaridade e saúde mental: o serviço de saúde Dr.Cândido Ferreira. Campinas, 2002. [Tese - Doutorado - Universidade Estadual de Campinas]
- CAVALCANTI, M.T. - O tear das cinzas. Rio de Janeiro, 1992. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – UFRJ, 355p.
- DELGADO, P.G.G. - Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R., org. - Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1987. p.171-202.
- DURAND, J.C. - Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. In: FUNDAP. Cadernos FUNDAP, 5(10):4-23, 1985.
- FOUCAULT, M. – História da loucura.3.ed. São Paulo. Perspectiva, 1993. 551p.
- GIDDENS, A. - A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: BECK, U; GIDDENS, A. & LASH, S. Modernização reflexiva. São Paulo, UNESP, 1997. p.73-133.
- MACHADO, M. H - Apresentação. In: MACHADO, M. H. (org.) - Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995, p.11-33.
- MARCONI, J. – La eficiencia del programa integral de salud mental: perspectivas asistenciales, docentes y de investigación. Rev. Neuropsiquiatr.,43(10):39-54,1980.
- MEDEIROS, M.H.R. - A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional. Campinas, 1994. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – UNICAMP, 202p.
- MORIN, E. - Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. 341p.
- QUEIROZ, M.S. & VIANNA, A.L. - Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 26(2): 132-40, 1992.
- ROTELLI, F. & AMARANTE, P. - Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA Jr., B. & AMARANTE, P. - Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro, 1992. p. 41-55.
- SARACENO, B. - Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F., org. - Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1996, p.13-8.
- SARACENO, B. - Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte, Te Corá, 1999. 176p.
- SAWAIA, B.B. - Representação e ideologia - o encontro desfeticizador. In: SPINK, M.J., org. - O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva social. São Paulo. Brasiliense, 1995, p. 73-83.
- SPINK, M.J.P. - Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. São Paulo In: FUNDAP. Cadernos FUNDAP, 5(10):24-43, 1985.
- TAMAYO, G.M.V – El concepto de médio ambiente terapêutico. **Salud Mental**, 8(3):15-9, 1985.



CARACTERIZACIÓN DE LAS AYUDAS TÉCNICAS PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



ADRIANA MARÍA RIOS RINCÓN

Terapeuta Ocupacional U.N.

Especialista en Bioingeniería UDFJC

Grupo de Investigación en Rehabilitación e Integración Social

de la Persona con Discapacidad. Línea Tecnología y Rehabilitación

Universidad del Rosario



Resumen

En la presente ponencia se exponen los resultados de un proceso investigativo desarrollado en la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario, que tuvo como objetivo hacer una caracterización de los dispositivos de tecnología de asistencia para actividades de la vida diaria disponibles en el mercado de la ciudad de Bogotá, D.C. Como re-

sultado del proceso se encontró que tan solo el 17% de las ayudas técnicas producidas en Bogotá, D.C. se encuentran dirigidos a las actividades de la vida diaria, este porcentaje corresponde a 24 productos sobre un n de 142, lo que permite concluir que es escasa a oferta de estos productos en la ciudad de Bogotá, D.C.



Introducción

Los dispositivos de tecnología de asistencia DTA o también denominados ayudas técnicas se definen, de acuerdo a la Ley Americana de Tecnología para Personas con Limitaciones de 1998 como "Cualquier ítem, pieza de equipo, producto o sistema, ya sea comercialmente adquirido en almacén, modificado o elaborado; utilizado para aumentar, mantener o mejorar la capacidad funcional de las personas con limitaciones"¹.

Así, las tecnologías de asistencia se constituyen en una de las estrategias para la rehabilitación integral de la persona en situación de discapacidad y su fin último estaría encaminado a incrementar los niveles de autonomía personal, participación social y de in-

¹ Bain, Beverly K. Assistive Technology En: Willard and Spackman's Occupational Therapy, H.L. Hopkins and H.D. Smith 1993 pp. 325-340.

tegración a las actividades propias de la dinámica social.

Estas ayudas son implementadas a la persona en situación de discapacidad por parte de un profesional capacitado para comprender la actividad en que la van a apoyar dentro de un contexto determinado, este profesional ha sido por excelencia el Terapeuta Ocupacional quien está familiarizado dentro de su ejercicio profesional con las actividades de elaboración, diseño, adaptación y prescripción de dispositivos²; la evaluación y el entrenamiento de la persona que lo va a usar y el seguimiento tanto a la persona, como al dispositivo y al entorno^{3,4}.

Este proceso descrito puede bien denominarse como la prescripción de tecnología de asistencia y comprende la consideración de la persona, la tecnología, la actividad y el contexto, si tomamos como referencia el modelo HAAT (Human Activity Assistive Technology), que ha sido desarrollado por Cook y Hussey⁵ que propone que el desarrollo y prescripción de tecnología de asistencia se puede abordar en cuatro componentes: Humano, considerando tanto las habilidades como las limitaciones para el desarrollo de las habilidades; Tecnología, que se refiere a las características técnicas de los dispositivos de tecnología y aspectos relacionados con factores

económicos y de disponibilidad en el mercado; Actividad, es decir la meta o propósito para el cual se va a implementar la tecnología, es la comprensión de la actividad específica para la cual va dirigida, por ejemplo alimentarse, escribir o desplazarse; y, como último componente se encuentra el contexto, que se refiere tanto a las condiciones de ambiente físico en el que se va a usar el dispositivo y que interfieren de modo alguno con su desempeño, como al espacio o espacios en los que se va a usar y que le da sentido a la tecnología por ejemplo el colegio, el trabajo o el hogar.

Este proceso de prescripción requiere de un conocimiento de las implicaciones funcionales generados por las diferentes condiciones que afectan las funciones y estructuras corporales, por una parte, y por la otra el conocimiento de los recursos disponibles en lo que se refiere a tecnología de asistencia, sus características técnicas, sus costos y las formas de adquisición⁶. La combinación de estos elementos lleva a procesos eficientes de prescripción de esta tecnología, abordando este proceso desde una perspectiva sistémica es decir, concebir a los cuatro componentes como partes de un sistema en el que las habilidades de la persona sean suficientes para activar el dispositivo; las características técnicas de este permitan que la persona pueda accionarlo con sus habilidades y que cumpla con la actividad

² Bain, Beverly K. *Asistive Technology* En: Willard and Spackman's Occupational Therapy, H.L. Hopkins and H.D. Smith 1993. Pp. 325-340.

³ Cook A, Hussey S. *Asistive Technologies. Principles and practice*. 2ª Edición. 1995.

⁴ Mann.

⁵ Cook A, Hussey S. *Ibid* p.

⁶ Treffer, Elaine. *Technology applications in occupational therapy*. En: AJOT. V. 14 (8), 1987. p. 697-700.

para la cual está dirigido en un contexto determinado.

Si hacemos un acercamiento a la situación en Colombia podemos observar que en nuestro país no existen procesos eficientes de prescripción de dispositivos por dos razones principales, como primera, la escasez de profesionales de la rehabilitación especializados en el área de la tecnología de asistencia y como segunda, la carencia de sistemas de información que permitan que tanto profesionales como usuarios tengan la oportunidad de conocer los dispositivos de tecnología producidos en el país, las características de dichos dispositivos y los procedimientos de adquisición de los mismos. Estas dos situaciones particulares han llevado a que las personas con discapacidad no tengan acceso a elementos que se apliquen a su condición y que se pueden adquirir en el mercado nacional.

El conocimiento de los dispositivos de tecnología de asistencia permite a los profesionales de la rehabilitación contar con información a partir de la cual desarrollar los procesos de prescripción de los mismos, de esta manera se hace necesario desarrollar estrategias para identificar y divulgar información sobre la tecnología de asistencia disponible en nuestro medio.

Este proyecto buscó identificar y caracterizar las ayudas técnicas o dispositivos de tecnología de asistencia dirigidos a las actividades de la vida diaria existentes en el mercado de Bogotá, D.C., se seleccionaron las actividades de la vida diaria dado que estas ayudas son relevantes para el ejercicio del terapeuta ocupacional puesto que es el terapeuta ocupacional el profesional que desarrolla la evaluación y entrenamiento en estas actividades.



Método

El proyecto es de tipo descriptivo, Para su desarrollo se establecieron dos fases, la primera concerniente al desarrollo de categorías y la segunda, a la obtención y análisis de los datos. Esta metodología se ha desarrollado para estudios relacionados con otros tipos de tecnologías de asistencia mostrando buenos resultados.

FASE I: Desarrollo de Categorías: Búsqueda y análisis de clasificaciones de la tecnología de asistencia a nivel in-

ternacional y nacional. Se encontraron diversas clasificaciones tales como la del ABLEDATA (11) que la establece por tipo de producto en total son 20 categorías sin código; la del The Trace Research & Development Center presenta tres grandes categorías con nombres poco claros y sin código; el DFL Data organiza los productos en 23 categorías sin códigos y finalmente, el Catálogo de Ayudas Técnicas del CEAPAT maneja la clasificación de la ISO 9999 usando las clases, niveles y

códigos de dicha clasificación. Se hallaron otras clasificaciones correspondientes a páginas de Internet diseñadas por asociaciones de personas con discapacidad, de agremiaciones de la rehabilitación y otras comerciales que no se consideraron por simplemente enumerar los productos, sin una clara taxonomía.

La clasificación ISO 9999 fue desarrollada por el International Organization for Standardization, organización no gubernamental constituida como una red de instituciones de estandarización de 151 países, esta fue ratificada a nivel nacional por el ICONTEC en 1994. A partir de la revisión de las diferentes clasificaciones se seleccionó la Clasificación de Ayudas Técnicas para las Personas con Discapacidad, Norma NTC – ISO 9999 Ayudas Técnicas para Personas con Limitación, como clasificación guía escogida bajo criterios de universalidad y aplicabilidad.

Las clases correspondientes al primer nivel se constituyen en las variables del estudio, estas son:

- 03 Ayudas para Terapia y entrenamiento
- 06 Ortesis y prótesis
- 09 Ayudas para el cuidado y la protección personal
- 12 Ayudas para la movilización personal
- 15 Ayudas para actividades domésticas
- 18 Mobiliario y adaptaciones para vivienda y otros inmuebles
- 21 Ayudas para la comunicación, la información y la señalización
- 24 Ayudas para el manejo de bienes y productos
- 27 Ayudas y equipo para mejorar el ambiente, maquinaria y herramientas
- 30 Ayudas para la recreación

A continuación se presenta una descripción de las clases que se consideraron para el estudio:

Código (primer nivel ISO-9999)	Nombre de la clase	Descripción
09	Ayudas para el cuidado y la protección personal	Son ayudas que apoyan a las actividades básicas cotidianas tales como las de alimentación, vestido e higiene.
15	Ayudas para actividades domésticas	Apoyan actividades de mantenimiento del hogar y cuidado de otros.
18	Mobiliario y adaptaciones para vivienda y otros inmuebles	Muebles especiales para personas con limitación y adaptaciones al hogar, oficinas o escuelas para hacerlos accesibles.
24	Ayudas para el manejo de bienes y productos	Adaptaciones para facilitar el uso de objetos cotidianos, incluye sistemas de control ambiental.

FASE II: Obtención y análisis de los datos: Se diseñó un instrumento para la recolección de la información, para el cual se establecieron las categorías: Identificación del producto, información comercial, descripción del producto, materiales, dimensiones, opciones de modificación y, cuidados y recomendaciones. La categoría de Identificación del producto cuenta con un ítem correspondiente a la Clase ISO corresponde al código dado por la norma NTC – ISO 9999, donde se registra el código de la clase y dos niveles de subclases.

La muestra fue de tipo no probabilístico, los productos caracterizados pertenecen a fabricantes y distribuidores que participaron en el estudio a partir de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Conocimiento de su existencia por parte del equipo de investigación bien sea por:
 - a. Estar registrados en páginas amarillas o azules del directorio telefónico de Bogotá D.C.
 - b. Divulgación por medio de catálogos, folletos, página web o tarjeta.
 - c. Referencia de su existencia por parte de profesionales de rehabilitación y usuarios.
2. Aceptar el ingreso de los investigadores para el diligenciamiento del instrumento y la toma de fotografía.

Los productos analizados corresponden a siete fabricantes y distribuidores a saber: Ortopédicos Comunal, Ortogama, Ortopédicos Lumex, Centro Técnico Ortopédico Ltda., Kamex, Fisiayudas, y Servicios ortopédicos Bejarano.

La recolección de la información se hizo entre el 2003 y 2005. El proceso para la recolección de la información fue: Conocimiento de existencia de fabricantes y distribuidores por los medios descritos arriba, contacto telefónico, envío de carta explicando el ánimo del proyecto y solicitando autorización para diligenciar el instrumento y tomar las fotografías, visitas a cada fabricante y distribuidor en donde se hace el diligenciamiento del instrumento y la toma de fotografías. Posteriormente las fotografías se editaron y fueron archivadas en medio magnético.

Posteriormente, se analizó cada producto, se revisaron los campos de Funciones e indicaciones y se codificó de acuerdo a la norma NTC-ISO 9999, se organizaron los productos para producir la base de datos en papel sobre ayudas técnicas para actividades de la vida diaria disponibles en Bogotá, D.C.

Se desarrollaron sencillos análisis de estadística descriptiva para identificar las relaciones de proporción de las ayudas para las actividades de la vida diaria en cada una de las clases que se analizaron así como su promedio de los precios en pesos colombianos.

Resultados

Como primer resultado se pudo encontrar que del total de las ayudas encontradas en Bogotá D.C. que ha sido de 142, tan solo el 17% (24 productos) corresponden a ayudas relacionadas con las Actividades de la Vida Diaria. Distribuidas como sigue:

- Ayudas para el cuidado y la protección personal (clase 09): 12 productos (50%), precio promedio de \$22.600.
- Ayudas para actividades domésticas (clase 15): 2 productos

(8.4%), precio promedio de (\$10.500).

- Mobiliario y adaptaciones para vivienda (clase 18) 6 productos (25%), precio promedio de \$332.000.
- Ayudas para el manejo de bienes y productos (clase 24) 4 productos (16.6), precio promedio \$14.200.

A continuación se presenta un producto de cada una de las categorías con su respectiva caracterización que hacen parte de la base de datos:

NOMBRE: Elevador Sanitario

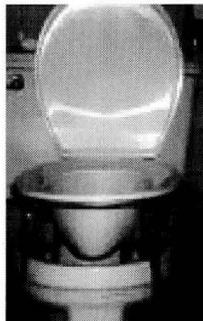
CLASE ISO: 09 12 21

FABRICANTES Y PRECIO: Servicios ortopédicos bejarano (\$85.000)
Ortogama (\$60.000)

FUNCIÓN: Indicado para personas a las que se les realizó cirugía de cadera, adultos mayores o personas con dificultad para cambio de posición sedente-bípedo desde sanitarios de baja altura. Recomendado el uso de barras y soportes en el baño como complemento a esta ayuda.

DESCRIPCIÓN: Asiento ajustable para el sanitario en plástico con barras metálicas y platino cromado, que permiten graduar la altura dependiendo de las necesidades del usuario.

FOTOGRAFÍA



NOMBRE: Cuchara

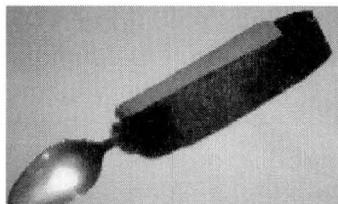
CLASE ISO: 15 09 12

FABRICANTES Y PRECIO: Centro Técnico Ortopédico (\$12.000)

FUNCIÓN: Favorece la alimentación en personas con limitación (p.e. niños con parálisis cerebral). Se requiere de control a nivel de hombro y codo.

DESCRIPCIÓN: Cuchara con mango grueso y correas en este para asegurar la mano a la cuchara.

FOTOGRAFÍA



NOMBRE: Silla de soporte portátil

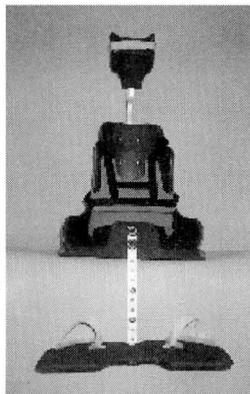
CLASE ISO: 18 09 18

FABRICANTES Y PRECIO: Centro Técnico Ortopédico (\$350.000)

FUNCIÓN: Niños que no mantengan la posición sedente y que no tengan control de cabeza. Puede ubicarse sobre otra silla, en el auto, etc.

DESCRIPCIÓN: Consta de un soporte de cabeza, silla, pechera, correa abdominal y soporte de pies. La silla se acomoda de acuerdo a las necesidades del usuario.

FOTOGRAFÍA



NOMBRE: Abrefrascos

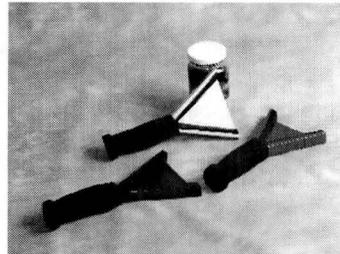
CLASE ISO: 24 06 03

FABRICANTES Y PRECIO: Fisiayudas (\$13.000)

FUNCIÓN: Personas con debilidad muscular o artritis. Facilita abrir tapas desde 2 hasta 10 cm.

DESCRIPCIÓN: Cuenta con un mango largo y una lámina de metal que es la que se pone en contacto con la tapa del frasco.

FOTOGRAFÍA



Conclusiones

Existe mayor oferta en el mercado en lo relacionado con órtesis, prótesis y ayudas para la movilización personal que en lo que cuenta para actividades de la vida diaria.

Podría suponerse que los elementos de tecnología de asistencia fabricados en Bogotá, responden a las limitaciones más evidentes, como lo son las físicas, por el contrario, las ayudas para limitaciones en la ejecución de actividades que se desarrollan en un espacio privado, tales como las actividades de la vida diaria, al no ser tan evidentes como las primeras, no

cuentan con un número significativo de fabricantes.

Aunque las ayudas son pocas, la existencia de algunas representa un cierto recurso disponible, cuyos precios y proceso de adquisición se encuentran mucho más acordes a las características de la población colombiana en cuanto a capacidad adquisitiva. Si se comparan las ayudas encontradas con ayudas de la misma clase elaboradas en otros países se encuentra una diferencia de precio que puede llegar a ser de cinco veces el de la hecha en nuestro país, sin contar los gastos de importación.



Eje temático: Equidad y derecho

EXPERIENCIAS EXITOSAS

ESTRUCTURAR



MA. CRISTINA PINEDA

Formación Profesional Especial y Terapia Ocupacional



Palabras claves

- Formación Profesional Especial
- Formación para la vida adulta
- Capacitación laboral

Esta experiencia exitosa hace referencia a la aplicación de los fundamentos de la Terapia Ocupacional en un programa educativo integral para adolescentes y adultos jóvenes con N.E.E., presentando a ESTRUCTURAR, institución de educación no formal, con una experiencia de 15 años de funcionamiento, durante los cuales se han beneficiado aproximadamente 250 alumnos y sus familias, habiendo logrado consolidar y validar un programa educativo piloto de formación para la vida adulta y capacitación laboral, único en nuestro país.

El programa ha sido concebido y desarrollado bajo los principios teóricos y los

fundamentos prácticos que plantea la Terapia Ocupacional, como disciplina facultada para favorecer la calidad de vida de los individuos desde la perspectiva de su desempeño ocupacional, involucrando otras disciplinas educativas y terapéuticas para la atención integral de los alumnos y sus familias.

En el planteamiento se exponen los conceptos y se muestran los procesos desarrollados en la institución en cuanto a:

- Fundamentos de la Formación Profesional Especial.
- Principios del currículo institucional.

- Proceso de instrucción para alcanzar un desempeño laboral.
- Proceso de formación personal para la vida adulta.
- Principales resultados de la prestación del servicio y un breve recuento estadístico.
- Dificultades encontradas en la construcción conceptual y la prestación del servicio.



Bibliografía

American Association on Mental Retardation. Retraso mental-Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Alianza Editorial S.A. Madrid, 1999.

Carretero M, Palacios J, Marchesi A. Psicología Evolutiva. Vol. 3. Alianza Editorial. Madrid, 1986.

Edwards J, Elkins T. Nuestra sexualidad. Ed. Milán. Barcelona, 1988.

Kielhofner G. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. F.A.

DAVIS COMPANY. Philadelphia, 1992.

Otero P, Arroyo A. Transición a la vida adulta. Editorial Escuela Española. Madrid, 1997.

Toledo González M. Juntemos el Sol. Madrid: Ed. Polibea, 1988.

Verdugo M A. P.H.S. Programa de Habilidades Sociales. Salamanca. Amarú Ediciones, 1997.

Verdugo M A, Jordán de Urríes FB. Investigación, innovación y cambio. V Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad. Amarú Ediciones. Salamanca, 2003.



TERAPEUTAS OCUPACIONALES: 10 AÑOS AL SERVICIO DE LA SALUD MENTAL



MARTHA CECILIA ATEHORTUA RESTREPO

Terapeuta Ocupacional
Terapeutas Ocupacionales
Fundación Clínica Valle del Lili
Universidad del Valle
matehortuar@telesat.com.co

MARÍA DEL ROSARIO TASCÓN ROJAS

Terapeuta Ocupacional
Terapeutas Ocupacionales
Fundación Clínica Valle del Lili
maderotas@telesat.com.co

TERAPEUTAS OCUPACIONALES
UNIDAD DE NEUROCIENCIAS – FUNDACIÓN CLÍNICA VALLE DEL LILI
UNIVERSIDAD DEL VALLE



Palabras claves

- Salud mental
- Terapia
- Rehabilitación
- Calidad de vida
- Uso terapéutico
- Actividad.



Resumen

El presente trabajo buscó sistematizar a través de una investigación cualitativa el resultado de 10 años de experiencia de la institución TERAPEUTAS OCUPACIONALES, la cual presta servicios de salud mental en la ciudad de Cali y todo el proceso que se siguió al abordar: inicialmente grupos heterogéneos en la modalidad de centro día, pasando por cambio en la intensidad horaria, para finalmente llegar a gru-

pos homogéneos, con horarios y programas estructurados con base en diferentes modelos y marcos de referencia. Es en esta fase donde se consolidan los logros no solo para los pacientes, sino para la profesión, al ver reflejado una evolución favorable en todos los aspectos que conforman el desempeño ocupacional y como ellos experimentan el logro parcial o total de los objetivos propuestos al inicio de la

intervención individual y grupal, esta última teniendo como base la inclusión en 1 de los 7 grupos creados de acuerdo a las características de la población a intervenir: 1. niños, 2. adolescentes, 3. personas con diagnóstico de

trastornos del estado del ánimo y ansiedad, 4. personas con diagnóstico de trastornos psicóticos en fase aguda, 5. club de ocio, 6. personas con demencias, 7. psicoeducación a pacientes, familiares y cuidadores.



I. Métodos

La presente investigación cualitativa pretende analizar e interpretar los resultados obtenidos y la percepción de los pacientes con diferentes diagnósticos de enfermedad mental, a los cuales se les realizaron diversos abordajes terapéuticos.

A continuación plantearemos las etapas por las cuales ha pasado la institución desde su formación, las modificaciones que se han realizado y finalmente entraremos en detalle de los programas que actualmente funcionan, su metodología e impacto en los usuarios.

ETAPA I

Se realizaron abordajes individuales y grupales en la modalidad de centro de atención diurna, sin tener en cuenta el género, edad, condición socioeconómica o diagnóstico; esto por la modalidad y el volumen de pacientes, pero el abordaje era tórpido, sin claridad en la metodología y objetivos terapéuticos individuales y por ende los resultados obtenidos eran escasos y al azar. Al interior del grupo la población era incompatible, en lugar de colaborar terapéuticamente entorpecían el proceso, se irritaban entre

ellos y les daba temor e incertidumbre el saber si su evolución sería como la de los integrantes con Trastorno Mental Severo; esta fase tuvo una duración de dos años.

Teniendo en cuenta esto y la escasez de recursos humanos y económicos por la fase de iniciación de la institución fue necesario pasar a la modalidad de manejo ambulatorio y grupos homogéneos.

ETAPA II

Se continúa con una fase que duró 3 años en donde con los grupos homogéneos de manejo ambulatorio aparece la necesidad de modificar las estrategias terapéuticas para que estas estén acordes a las necesidades puntuales de diagnósticos y características sociodemográficas de la población y aunque algunas actividades son las mismas con diversos niveles de exigencia, hay otras que son incompatibles en los diferentes grupos.

ETAPA III

Con el planteamiento de programas específicos de acuerdo a las necesidades individuales y la estructuración de los horarios, se inicia el proceso de

dar a conocer a los otros profesionales que laboran en salud mental y potenciales remitidores las características de estos grupos, usuarios potenciales, logros esperados y criterios de remisión, lo cual se realizó a través de material escrito y charlas.

Con este proceso de evolución planteado, entraremos en detalle del abordaje realizado actualmente, sus características, metodología y logros obtenidos:

1. Diseño

1.1. NÚMERO DE GRUPOS: Se detectó la necesidad de establecer grupos de acuerdo a la edad, diagnóstico médico y estado de la enfermedad. Dichos grupos son:

- **Grupo 1: DE NIÑOS.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 2: DE ADOLESCENTES.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 3: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO Y ANSIEDAD.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continúa en la actualidad.
- **Grupo 4: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN FASE AGUDA.** Inicio su funcionamiento hace 5 años, pero por la poca demanda se cerró hace 2 años.
- **Grupo 5: CLUB DE OCIO.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continúa en la actualidad.
- **Grupo 6: DE PERSONAS CON DEMENCIAS.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 7: PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continúa en la actualidad.

1.2. CRITERIO DE ELECCIÓN DE PARTICIPANTES

- **Edad:** Con relación a la edad solamente se tiene en cuenta para los grupos 1, 2 y 6 por las características de las patologías, los intereses y las demandas de interacción propias de cada etapa y con respecto al sexo no se creó ningún tipo de discriminación.
- **Apoyo familiar:** solo es un requisito para ingresar en el grupo 1 y a los demás grupos solo se les insiste en la importancia de una participación activa para una mejor evolución.

- **Hábitat y condición socioeconómica:** Son características que no se tomaron como criterios de selección, sin embargo el hecho de contar con un servicio de salud o la capacidad adquisitiva para acceder al servicio crea una condición indirecta.
- **Numero de integrantes por grupo:** 8-10 personas por grupo, excepto el grupo 7 en donde los integrantes admitidos llega hasta 30.
- **Criterios de selección:** los siguientes son criterios de ubicación en diferentes grupos:
 - **Grupo 1: DE NIÑOS.** Con edades entre 5 y 11 años, con identificación de otros especialistas o de su familia de alteraciones psicosociales, disposición de participar en la Terapia y con mínimo un acudiente mayor de edad.
 - **Grupo 2: DE ADOLESCENTES.** Con diagnósticos Médicos de Trastornos de la conducta alimentaria y/o trastornos adaptativos, con pérdida temporal o permanente del rol académico, con dificultades en las habilidades sociales.
 - **Grupo 3: DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD.** Con pérdida temporal del rol laboral, que tengan abordaje por Psiquiatría, Psicología y/o Terapia de Familia, que no tengan sintomatología psicótica, con dificultades en las habilidades sociales.
 - **Grupo 4: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN FASE AGUDA.** Que asistieran a Terapia Ocupacional (con o sin ayuda), que contaran con manejo Médico Especializado (Psiquiatra), con sintomatología positiva, con deterioro en la ejecución de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, no adquisición o pérdida del rol académico y/o laboral, escasa o nula socialización.
 - **Grupo 5: CLUB DE OCIO.** Personas con pérdida definitiva de su rol laboral, con sintomatología depresiva o trastornos psicóticos con síntomas negativos, con dificultades en las habilidades sociales y en las actividades de la vida diaria instrumentales.
 - **Grupo 6. DE PERSONAS CON DEMENCIAS.** Adultos mayores, con diagnóstico Médico de cualquier tipo de Demencia o con pérdida de la memoria que interfiera en su independencia, con valoración Neurológica, Neuropsiquiátrica y Neuropsicológica.
 - **Grupo 7: PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES.** Personas que participen activamente del cuidado de sus familiares o pacientes, disponibilidad de tiempo y capacidad de poner en práctica las recomendaciones dadas en el proceso de psicoeducación.

2. Diseño

2.1. NÚMERO DE GRUPOS: Se detectó la necesidad de establecer grupos de acuerdo a la edad, diagnóstico médico y estado de la enfermedad. Dichos grupos son:

- **Grupo 1: DE NIÑOS.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 2: DE ADOLESCENTES.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 3: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO Y ANSIEDAD.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continua en la actualidad.
- **Grupo 4: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN FASE AGUDA.** Inicio su funcionamiento hace 5 años, pero por la poca demanda se cerro hace 2 años.
- **Grupo 5: CLUB DE OCIO.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continua en la actualidad.
- **Grupo 6: DE PERSONAS CON DEMENCIAS.** Inicio su funcionamiento hace 2 años, por demanda del entorno.
- **Grupo 7: PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES.** Inicio su funcionamiento hace 5 años y continua en la actualidad.

2.2. CRITERIO DE ELECCIÓN DE PARTICIPANTES

- **Edad:** Con relación a la edad solamente se tiene en cuenta para los grupos 1, 2 y 6 por las características de las patologías, los intereses y las demandas de interacción propias de cada etapa y con respecto al sexo no se creo ningún tipo de discriminación.
- **Apoyo familiar:** solo es un requisito para ingresar en el grupo 1 y a los demás grupos solo se les insiste en la importancia de una participación activa para una mejor evolución.
- **Hábitat y condición socioeconómica:** Son características que no se tomaron como criterios de selección, sin embargo el hecho de contar con un servicio de salud o la capacidad adquisitiva para acceder al servicio crea una condición indirecta.
- **Número de integrantes por grupo:** 8-10 personas por grupo, excepto el grupo 7 en donde los integrantes admitidos llega hasta 30.
- **Criterios de selección:** los siguientes son criterios de ubicación en diferentes grupos:
 - **Grupo 1: DE NIÑOS.** Con edades entre 5 y 11 años, con identificación de otros especialistas o de su familia de alteraciones psico-

sociales, disposición de participar en la Terapia y con mínimo un acudiente mayor de edad.

- **Grupo 2: DE ADOLESCENTES.** Con diagnósticos Médicos de Trastornos de la conducta alimentaria y/o trastornos adaptativos, con pérdida temporal o permanente del rol académico, con dificultades en las habilidades sociales.
- **Grupo 3: DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD.** Con pérdida temporal del rol laboral, que tengan abordaje por Psiquiatría, Psicología y/o Terapia de Familia, que no tengan sintomatología psicótica, con dificultades en las habilidades sociales.
- **Grupo 4: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN FASE AGUDA.** Que asistieran a Terapia Ocupacional (con o sin ayuda), que contaran con manejo Médico Especializado (Psiquiatra), con sintomatología positiva, con deterioro en la ejecución de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, no adquisición o pérdida del rol académico y/o laboral, escasa o nula socialización.
- **Grupo 5: CLUB DE OCIO.** Personas con pérdida definitiva de su rol laboral, con sintomatología depresiva o trastornos psicóticos con síntomas negativos, con dificultades en las habilidades sociales y en las actividades de la vida diaria instrumentales.
- **Grupo 6. DE PERSONAS CON DEMENCIAS.** Adultos mayores, con diagnóstico Médico de cualquier tipo de Demencia o con pérdida de la memoria que interfiera en su independencia, con valoración Neurológica, Neuropsiquiátrica y Neuropsicológica.
- **Grupo 7: PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES.** Personas que participen activamente del cuidado de sus familiares o pacientes, disponibilidad de tiempo y capacidad de poner en práctica las recomendaciones dadas en el proceso de psicoeducación.

3. Formación de los grupos

3.1. Contacto: Por remisión de otro profesional, referencia de otros pacientes o familiares. En el caso de remisión de otro profesional, ellos cuentan con un formato de remisión previamente entregado en donde registran las necesidades detectadas por ellos (ver anexo 1).

3.2. Lugar:

Consultorio	Sala múltiple
Taller	Cocina
Sitios públicos	

3.3. Tiempo:

Valoración inicial o periódica:

90 minutos

Sesiones individuales:

45 minutos de acuerdo a las necesidades

Sesiones grupales:

2 horas 2, 3 ó 5 veces por semana de acuerdo al grupo (ver tabla 1)

Actividades psicoeducativas:

2 horas cada 2 meses

Actividades sociales y culturales:

4 horas cada 3 meses

Culinaria:

4 horas cada mes

4. Funcionamiento de los grupos

A través de cuadros y explicación de datos plantearemos la estructura del grupo y posteriormente haremos referencia a la parte conceptual.

Tabla Nº 1. HORARIO DE SESIONES INDIVIDUALES Y GRUPALES

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
8:00-10:00	Demencias	Sesiones Individuales	Demencias	Sesiones Individuales	Demencias	Psicoeducación
10:00-12:00	Tx. psicóticos	Relajación	Tx. psicóticos	Relajación	Tx. psicóticos	
2:00-4:00	Club de Ocio	Club de Ocio	Club de Ocio	Club de Ocio	Club de Ocio	
4:00-6:00	Tx del Estado del Animo / Ansiedad	Adolescentes	Tx del Estado del Animo	Adolescentes	Tx del Estado del Animo / Ansiedad	

En la anterior tabla se encuentran los horarios estructurados por grupo de pacientes y en la siguiente el tipo de actividades que tiene como alternativa para realizar cada grupo.

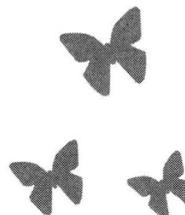


Tabla N° 2. ACTIVIDADES POR GRUPO

ACTIVIDADES	GRUPO 1: Niños	GRUPO 2: Adolescentes	GRUPO 3: Tx. Estado del ánimo y ansiedad	GRUPO 4: Tx. psicóticos	GRUPO 5: Club de ocio	Grupo 6: Demencias	GRUPO 7: Psicoeducación
ACTIVIDAD PROYECTO	Talla y pintura en madera	X	X	X	X		
	Cerámica			X		X	
	Country	X	X	X	X	X	
	Fommy	X	X			X	
	Servilletas	X	X			X	
	Cabuya			X		X	
	Balcones paisas			X	X	X	
	Tarjetería			X		X	X
	Lencería			X		X	X
	Muñequería			X		X	
JUEGOS DE MESA	Vitrales		X		X		
	Parques	X	X	X	X	X	
	Domino	X	X			X	
	Cartas	X	X			X	
	Torre de Babel	X	X			X	
	Ruta	X					
	Rummi Q.	X	X			X	
ACTIVIDADES LUDICAS	Ástucia Naval	X					
	Línea 4	X					
	Plastilina	X					
	Dibujo	X					
ACTIVIDADES SOCIALES	Digitopintura	X					
	Juegos de Construcción	X					
	Cine		X	X	X	X	
	Comidas	X	X	X	X	X	
	Paseos	X	X	X	X	X	
	Artes y culturales	X	X	X	X	X	
	CINE FORO		X	X			X
	CULINARIA		X	X		X	X
	LECTURA GUIADA		X	X			X
	RELAJACIÓN		X	X			X
	CHARLAS Y TALLERES	X	X	X		X	X
	MATERIAL ESCRITO Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	X	X	X			X
	GUÍA DE BÚSQUEDA EN INTERNET	X	X	X			X
	ORIENTACIÓN VOCACIONAL		X	X		X	

4.1. NORMAS DEL GRUPO: A todos los participantes del grupo al ingreso se le dan a conocer las normas básicas de permanencia en éste, las cuales son:

- Participación voluntaria.
- Asistencia y puntualidad.
- Presentación personal.
- No usar vocabulario soez.
- No consumo de Sustancias Psicoactivas en la institución, ni previo a la asistencia.
- Respeto a integrantes del grupo y profesionales.
- Respeto a la institución y a los recursos materiales.
- Respeto por los bienes de los demás integrantes.
- No entablar relaciones personales e íntimas con ningún integrante del grupo.

4.2. METODOLOGÍA POR GRUPOS: La intervención general de todos los grupos se basa en:

- Evaluación del desempeño ocupacional.
- Motivar a la rehabilitación e identificar su importancia.
- Mejorar el funcionamiento autónomo y desenvolvimiento en la comunidad.
- Psicoeducación, aceptación de la enfermedad, auto administración del medicamento y prevención de recaídas.
- Habilidades de autocontrol y manejo del estrés.
- Entrenamiento en habilidades sociales básicas.
- Manejo del tiempo libre.
- Integración de los recursos de la comunidad y redes de apoyo.
- Involucrar a la familia como recurso y apoyo rehabilitador.
- Orientación vocacional.
- Actividades lúdicas.

Puntualmente por grupos la metodología esta encaminada a:

➤ **GRUPO 1 DE NIÑOS**

MODELO DE INTERVENCIÓN:

MARCO DE REFERENCIA: TERAPIA DE JUEGO RAZONABLE

PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO: 3 MESES

Con frecuencia es fácil observar como la conducta de los niños es variable y por tanto se afecta de forma directa por las situaciones del entorno; es aquí

en donde de acuerdo a esta etapa del ciclo vital la intervención terapéutica a través del juego, constituye la herramienta mas efectiva para el abordaje,

puesto que pretender que un niño encuentre salidas más estructuradas a sus conflictos internos es esperar algo que no ocurrirá. Es importante tener en cuenta que los niños pueden presentar problemas que requieran de atención especializada, pero que estos no necesariamente se clasifican como trastornos mentales.

Para describir el manejo a través de la Terapia de juego razonable empezaremos por hablar que se realiza inicialmente un manejo individual, luego con pares, progresando hacia un grupo cooperativo pequeño, buscando con esto crear y mantener un vínculo de confianza; la terapia está indicada en niños con una amplia gama de alteraciones en el comportamiento tales como hostilidad, aislamiento, manipulación, ansiedad, fobias o respuestas inadaptadas a situaciones de tensión, la mínima consideración a tener en cuenta para su implementación es que el niño pueda someterse a los estímulos sociales y a los controles, por esta razón un niño que se encuentre tan aislado que no le interese jugar no se vera beneficiado con este enfoque, que incluye:

1. La ganancia de aprobación y para esto se debe crear una situación en la que el niño con un problema aprenda a sentir que se interesan en él y lo aprueban, cuando se realiza este paso se debe tener claro que el niño debe satisfacer unas condiciones para ganarse la aprobación, por esto no se puede tener una consideración positiva incondicional.
2. El establecimiento de límites, donde se debe tener una regla básica que debe mantenerse a lo largo de la intervención y es **Jamás manifestar un límite que no se pueda imponer**, para esto se describe al niño de una manera amable las reglas generales antes de la primera sesión, estas se refieren al respeto por el Terapeuta, al cuidado del lugar y al cuidado del material o equipo empleado en los juegos, se debe crear compromiso en el niño haciéndolo un miembro activo y mostrarle que debe hacer su parte en beneficio de cualquier proyecto que se le entregue incluyendo la Terapia, se debe pedir al niño que ayude a limpiar y ordenar los materiales utilizados, esto debe ser de acuerdo a su edad, fuerza y habilidades domésticas, aquí el terapeuta debe hacer un manejo hábil evitando así que la situación se torne traumática.

Se debe instaurar un modelo de cooperación amigable no solo para manejar lo relacionado con el establecimiento de límites, sino extensivo a toda la intervención, se debe tener en cuenta que en el juego el Terapeuta es compañero del niño y no un observador pasivo o un vigilante que espera siempre hacer evidentes las fallas de este, los juegos que se incluyen para que el niño comience a entender y manejar los sentimientos más adecuadamente y a identificar que situaciones le ocasionan problemas particulares son: títeres de dedal, familias de muñecos, barro para modelar que se puede cambiar por plastilina u otro material que se adapte a estas características.

➤ GRUPO 2 DE ADOLESCENTES

MODELO DE INTERVENCIÓN: MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA

MARCO DE REFERENCIA: CONDUCTUAL Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO: 6 MESES

La sociedad en general ve en esta población la esperanza de la fuerza productiva del futuro, por tal razón, cuando en esta etapa del ciclo vital aparecen alteraciones en el área psicosocial, la tendencia es a asociarlo a la crisis de identidad propia de la edad y en situaciones como la deserción académica con frecuencia se atribuye a la búsqueda de identidad que acompaña a la crisis anteriormente mencionada, estas reacciones del entorno posiblemente se dan como una forma inicial de negar la existencia de un problema; sin embargo estos factores hacen que el manejo de los hábitos, roles, intereses y valores en personas adolescentes requiera de un abordaje terapéutico estratégico, dinámico y en conjunto con todos los miembros del equipo, que atenúe los cambios permanentes propios de esta etapa, el cual incluye intervención en las áreas de Volición, habituación y capacidad de desempeño

1. VOLICIÓN: Las acciones iniciales apuntan con frecuencia a fortalecer la motivación, puesto que en la escala jerárquica que propone el Modelo de la ocupación Humana es el más elevado teniendo en su interior aspectos como:

A. La causalidad personal y con este el sentido de eficiencia o de capacidad personal, importancia o valor que se da a lo que uno

hace, goce o satisfacción que se experimenta al hacer cosas

B. Los intereses en los adolescentes que presentan alteraciones en el área psicosocial se ven afectados, llevando a estos a mostrarse en ocasiones indiferentes ante las propuestas del entorno familiar y social, para no adquirir compromisos, por esto la importancia del uso de actividades que involucren la lúdica a través de juegos de mesa y la realización de actividades sociales.

C. Los valores para esto se trabaja permanentemente: el respeto de normas y límites, el respeto a la figura de autoridad, la tolerancia y el respeto por las características individuales y en pacientes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria se promueve la identificación de valores que son importantes para ellos y para otros, mejorando así su autoconcepto y reforzándolo continuamente a través de actividades como modelado de figura humana en barro o plastilina.

2. HABITUACIÓN: La frecuente pérdida del rol académico los sitúa en la sociedad en una posición de desventaja frente a otros adolescentes, provocando temor a adquirir nuevamente este rol, es aquí cuando a

través de las actividades proyecto se facilita la adquisición de roles productivos y la creencia en sus habilidades al respecto.

Los hábitos aunque en la mayoría de los casos no se pierden, se ven alterados por la disminución en las exigencias de tiempo dentro de las rutinas que continúan teniendo, por esto independiente de la actividad que se este ejecutando dentro del grupo se hacen exigencias de puntualidad, tiempo de realización y reforzamiento continuo de la importancia de mantener hábitos saludables en la vida cotidiana, este aspecto en los pacientes con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria se aborda teniendo en cuenta que estos presentan distorsiones de la imagen corporal, hábitos y conductas alimenticias patológicas lo que hace que manejen niveles de ansiedad altos, al ser

expuestos a exigencias relacionadas con el cambio de estas conductas, es importante el acercamiento gradual a estos aspectos puesto que la confrontación inicial esta contraindicada por aumentar las posibilidades de deserción del programa, se inicia con desensibilización realizando listas de compra de alimentos y posteriormente actividad de culinaria

3. Para favorecer la capacidad de desempeño en las actividades, se realiza el proceso de orientación vocacional que combina la exploración de intereses y habilidades buscando el retorno al rol académico o el cambio de elección vocacional en caso de requerirse, para este fin se utiliza una entrevista estructurada, el test de investigación autodirigida de John Holland y la realización de una actividad proyecto.

➤ **GRUPO 3 DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

MODELO DE INTERVENCIÓN: MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA Y CENTRADO EN EL CLIENTE.

MARCOS DE REFERENCIA: CONDUCTUAL, COGNITIVO-CONDUCTUAL E INTERPERSONAL.

PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO: 4 MESES

Teniendo en cuenta que los pacientes que pertenecen a este grupo han tenido un fracasado intento de adaptarse a los cambios del entorno y a los factores estresante sociales, nos basamos en algunos aspectos planteados por el marco interpersonal como son:

- Los vínculos emocionales juegan un papel importante en el desarrollo del individuo.
- Una relación interpersonal fiable es una protección eficaz contra la aparición de estos síntomas.
- Factores estresante crónicos sociales o interpersonales (incluidos los

familiares) favorecen la aparición de estos síntomas.

- La aparición de síntomas aumenta el deterioro de las competencias sociales y de la comunicación, convirtiéndose en un círculo vicioso.

A continuación se presentan las 2 guías de manejo que se utilizan dependiendo de las necesidades y características del paciente:

1. En la primera se utilizan las siguientes estrategias:

- A.** Implementación de actividades con propósito de forma individual para identificar y orientar los aspectos de personalidad que influyen en las habilidades y temores sociales.
- B.** Implementación de actividades con propósito de forma grupal para abordar las habilidades sociales teniendo en cuenta la exposición y refuerzo proveniente del entorno.
- C.** Promover las actividades básicas de autoayuda utilizando un registro de actividades y estados de ánimo que se asocian a cada una, a lo largo del día en un plan semanal, teniendo en cuenta los diversos hábitos y roles con que cuenta el paciente, para así identificar cuales factores del entorno facilitan o entorpecen el proceso y la viabilidad de modificarlos.
- D.** Entrenamiento en relajación para promover el aprendizaje de nuevas habilidades, facilitar el interés por actividades que an-

teriormente se disfrutaban y disminuir la aversión a eventos que le resulten desagradables; todo esto teniendo en cuenta si afectan o no el desempeño ocupacional.

- E.** Organización de actividades positivas donde se hace consciente, refuerza y facilitan actividades de interés para que se retome la capacidad de disfrutar en un ambiente protegido.
- F.** Basándose en el análisis del comportamiento hacer conciente y modificar las ideas automáticas introyectadas que afectan el desempeño en tareas rutinarias y por ende el desempeño ocupacional.
- G.** Mejorar la calidad y cantidad de interacciones sociales basado en un programa de entrenamiento en habilidades sociales que incluya: comunicación efectiva, capacidad de iniciar y mantener conversaciones, relación con la autoridad, expresión de sentimientos positivos, discriminar asertividad y agresividad, aprender a decir que NO, desarrollar autoestima, comprensión y utilización de la comunicación no verbal, capacidad de integración a grupos, abordaje de la dificultad para hacer peticiones y autoexposición frente al grupo.
- H.** Identificar síntomas de recaída y medidas preventivas para ello.
- I.** Visualizar el desempeño ocupacional en su totalidad y orientar la adquisición de habilidades no logradas y deseadas por el paciente.

2. En la segunda se utilizan estrategias con un mayor enfoque cognitivo:
 - A. Actividad psicoeducativa que incluya explicación del diagnóstico, intervenciones realizadas, intervención a realizar y para que, relación entre los pensamientos, sentimientos y conducta, percepciones y pensamientos distorsionados.
 - B. Orientación a la familia con respecto a la patología, abordajes y como ayudar en el proceso.
 - C. Identificar y valorar periódicamente riesgo suicida, teniendo en cuenta los indicios en el comportamiento, en la anamnesis, sospechas clínicas, condiciones interpersonales, ambientales y sociodemográficas.
 - D. Identificar y valorar elaboración de algún duelo, fase en la que se encuentra y si este es patológico.
 - E. Auto registro de actividades y estados de ánimo asociados, para diligenciar a lo largo del día y así verificar horarios de mayor sintomatología y como esta se asocia a actividades o interacciones, para plantear los recursos a utilizar como abordaje.
 - F. Actividades grupales donde al final se identifiquen y posteriormente (en otras sesiones) se modifiquen pensamientos, sentimientos, conductas e ideas sobrevaloradas y poco adaptativas que el paciente tiene de forma inconsciente en actividades rutinarias y en interacción sociales y como estas afectan su desempeño ocupacional. Esta misma estrategia se utiliza repetidamente para lograr que la ejecute automáticamente y la introyecte.

➤ **GRUPO 4 DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS EN FASE AGUDA**

MODELO DE INTERVENCIÓN: MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA Y MODELO DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

MARCOS DE REFERENCIA: CONDUCTUAL.

PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO: 2 AÑOS

Este grupo de paciente ha tenido una disrupción en sus áreas del desempeño, como reflejo de sus componentes psicosocial y cognitivo y los contextos de ejecución generalmente no favorecen su recuperación y mantenimiento dentro de la comunidad, por esto la intervención debe realizarse en sus

diferentes entornos y todas las actividades realizadas debe con y desde el desempeño ocupacional. Las estrategias planteadas son:

1. Establecimiento de la relación terapéutica, puesto que en esta población este factor es de vital importa-

- ción para la confianza y credibilidad del abordaje.
2. Promover en el paciente satisfacción personal y creencia en si mismo para que se perciba como un ente activo dentro del proceso.
 3. Actividades proyecto para mejorar la integración yoica.
 4. Cuando existen déficits cognitivos se realizan:
 - A. Técnicas activas, directivas, concretas y estructuradas, pero flexibles a cada individuo.
 - B. Con instrucciones diversas: verbales, escritas, demostrativas (por ejemplo videos).
 - C. Que sean sencillas, claras, con repeticiones frecuentes y retroalimentación y refuerzos positivos.
 5. Modificar la vulnerabilidad psicótica a través de:
 - A. Entrenamiento en resolución de problemas.
 - B. Entrenamiento en manejo de las emociones en situaciones sociales estresantes.
 6. Reducción de factores estresante socioambientales a través de:
 - A. Ayudar a crear un reforzador o red social de apoyo.
 - B. Desarrollo de habilidades para manejo de relaciones interpersonales básicas, teniendo en cuenta que se deben aumentar los beneficios de las interacciones y disminuir el riesgo de respuestas estresantes.
 7. Desarrollo de factores protectores contra la vulnerabilidad:
 - A. Conocimiento y aceptación de la enfermedad, tratamientos, medicamentos y sus efectos adversos y rehabilitación.
 - B. Autoobservarse para identificar los factores de estrés o situaciones que anteceden la aparición de las alucinaciones.
 - C. Identificar pensamientos y sentimientos de esas situaciones.
 8. Cuando hay manifestaciones psicóticas residuales evidenciadas en síntomas positivos y ningún tipo de abordaje ha surtido efecto debe abordarse la deficiencia (síntomas) a través de:
 - A. Condicionamiento operante: no reforzar a través de preguntas o comentarios la verbalización del paciente de sus alucinaciones y se le refuerza cuando hable de sus pensamientos. Adicionalmente instruir a la familia al respecto.
 - B. Estrategias de control de las alucinaciones:
 - Utilizar cambios de comportamientos: iniciar una actividad que lo distraiga o cambiar la que está realizando.
 - Modificar el estímulo sensorial que esta recibiendo: poner música, cambiar el programa de televisión.
 9. Identificar y abordar tensión emocional familiar.

- Acciones sobre los pensamientos: no prestar atención a las voces, concentrarse en otros pensamientos.
- Buscar una explicación más racional de las alucinaciones.
- Reforzar conciencia de enfermedad mental por que esto les

permite sentir que su enfermedad esta bajo su control y no de fuerzas externas.

9. Los logros de cada una de las estrategias se extrapola a las actividades de la vida diaria, ocio, productivas y vocacionales.

➤ GRUPO 5 CLUB DE OCIO

MODELO DE INTERVENCIÓN: MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA Y MODELO DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

MARCOS DE REFERENCIA: CONDUCTUAL Y COGNITIVO CONDUCTUAL.

PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO: 2 AÑOS

Los déficit de las personas con trastorno mental severo afectan de muchas formas el desempeño ocupacional, pero en este grupo en particular donde son los síntomas negativos un criterio de selección, evidenciados en la falta de motivación, asocialización, deterioro intelectual, anhedonia, apatía, falta de individualidad, ausencia de iniciativa, incapacidad para establecer planes futuros, pérdida de interés y en ocasiones tendencia a la sumisión, se les dificulta la adquisición y mantenimiento de una actividad económicamente productiva, donde el tipo de empleo y características del lugar se adecuen a sus necesidades.

El tiempo libre con que cuentan afecta desproporcionadamente el equilibrio necesario para el funcionamiento dentro de la comunidad como miembro productivo. Por esta razón el tiempo libre debe usarse para generar un mejoramiento de sus capacidades y por ende en su calidad de vida y de los que lo

rodean. El ocio les facilita, estimula, apoya y motiva para que conozcan y elijan entre varias posibilidades las más motivantes y adecuadas para mantenerse como miembro activo de la comunidad, con un rol productivo.

Superada la desmotivación del paciente hay que abordar el reconocimiento de sus limitaciones y la creencia que en muchos casos tienen de no poder superarlas; las experiencias negativas previas los llevan a desconfiar de sus posibilidades, pero la ejecución continua y con garantías de logro los llevan no solo a valorar el resultado, sino que desarrollan autocrítica del proceso. Todo lo anterior se interviene a través de:

1. A través de actividades proyecto individuales favorecer la estructuración yoica, el contacto con la realidad, el desarrollo de habilidades básicas y ejecución de actividades productivas que le permitan tener la sensación de logro y efectividad.

2. A través de actividades proyecto grupales favorecer interacción y comunicación en un espacio físico diferente al familiar, pero que sea seguro y protegido.
3. Detectar y prevenir factores de riesgo de recaídas e institucionalización a través del abordaje realizado, pero también de la educación a la familia.
4. Mejorar actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales) a través de señalamientos y de las exigencias directas e indirectas del entorno al asistir al tratamiento.
5. Valorar y promover hábitos preventivos y una posible orientación vocacional de acuerdo a:
 - A. Habilidades laborales básicas: asistencia, puntualidad, autocuidado y conductas adaptadas.
 - B. Aspectos volitivos: motivación e interés.
 - C. Aspectos cognitivos: atención, concentración, memoria, comprensión, seguimiento de instrucciones, resolución de problemas y capacidad de aprendizaje.
 - D. Habilidades centradas en la tarea: velocidad, calidad, iniciativa, habilidad para trabajar en equipo y cuidado de materiales.
 - E. Relaciones interpersonales: relación con compañeros, relación con jefes, iniciar y mantener conversaciones, aceptación de asesoramiento y supervisión.

➤ GRUPO 6 DE PERSONAS CON DEMENCIAS

MODELO DE INTERVENCIÓN: MODELO DE LA DISCAPACIDAD COGNITIVA

MARCO DE REFERENCIA: COGNITIVO-PERCEPTIVO

PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO: 2 AÑOS

El incremento en la esperanza de vida en nuestro país trae consigo la aparición de un mayor porcentaje de procesos patológicos como las Demencias, las cuales tienen implicaciones directas en los hábitos como factor determinante de la auto confianza y autoestima y por ende en la calidad de vida. Por esta razón el abordaje esta encaminado a:

1. Participación en un programa estructurado de psicoestimulación integral: que busca brindar un conjunto de estímulos acordes a las

capacidades, necesidades y motivaciones, generados de forma organizada con finalidad rehabilitadora en las siguientes áreas: orientación, lenguaje, praxias, gnosias, memoria y cálculo.

2. Planteamiento de actividades proyecto acorde a características, necesidades y habilidades y motivaciones pasadas que además de estructurar el tiempo sin ser amenazantes, resultan excelentes para el abordaje del tiempo libre en la institución y en

la casa, al dejar algunos pasos de tarea.

3. Adecuar el ambiente terapéutico para la intervención: condiciones de seguridad, señalizaciones, iluminación, música, orientación en tiempo y lugar.

4. Visita domiciliaria para:

A. Recomendar aditamentos y tecnología de asistencia para facilitar la ejecución de algunas actividades en las que se encuentre comprometida su realización por el componente cognitivo o motor.

B. Sugerir modificaciones de las actividades de autocuidado, higiene, vestido, alimentación, rutina del medicamento, sueño, uso del dinero, comunicación funcional, movilidad, actividades del hogar y de ocio.

C. Recomendar las modificaciones y adaptaciones básicas en el hogar para garantizar la seguridad y promover la filosofía de **prevenir antes que enseñar**, con aspectos tales como: atributos y adaptaciones, indicaciones y contraindicaciones de señalización, iluminación, mobiliario, paredes, puertas, ventanas, pasamanos, gradas, pasillos, balcones, terrazas, baños, cocina y fuera de casa.

5. Capacitación a familiares y cuidadores:

A. Sobre conocimiento y aceptación de la enfermedad.

B. Capacitación en el manejo de la persona con Demencia.

C. Perfil del cuidador, cuidados a tener con el cuidador y sobrecarga del cuidador.

D. Criterios de institucionalización.

➤ GRUPO 7 PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES

MODELO DE INTERVENCIÓN: MODELO CENTRADO EN EL CLIENTE.

MARCOS DE REFERENCIA: INTERPERSONAL.

PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL GRUPO: DE 3 MESES A 2 AÑOS (DE ACUERDO AL GRUPO AL QUE PERTENEZCA SU FAMILIAR)

Con frecuencia y en ocasiones de manera inconsciente las familias pueden ser la principal fuente de patrones de interacción estresante y conducir a recaídas; el estrés que experimenta la familia se puede manifestar con frustración, expectativas poco realistas y las consecuentes críticas del comportamiento anormal del paciente, otras veces tratan de compensar las

deficiencias con conductas de sobreprotección física y emocional. Incluir a las familias en entrenamiento para reducir altos niveles de crítica, hostilidad y sobre carga emocional¹ resulta im-

¹ Durante Pilar, Noya Blanca. TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL: PRINCIPIOS Y PRÁCTICA.

prescindible para el logro de los objetivos propuestos.

1. Educación: explicar diagnóstico, modalidades de expresión clínica y ocupacional, síntomas, etiología, factores predisponentes, frecuencia, pronóstico, manejo terapéutico y farmacológico (incluyendo efectos adversos), que hacer y que no hacer, para buscar:

- Un cambio de actitud del paciente frente a su enfermedad y de la familia con respecto al paciente.
- Una reacción más adaptada en caso de recaída.
- Desculpabilización.
- Colaboración con el tratamiento.
- Reducir los altos niveles de crítica.
- Reducir hostilidad y sobrecarga emocional.

2. Entrenamiento en habilidades de comunicación:

- Capacidad de escucha de todos los miembros de la familia.
- Comunicación previo análisis y constructiva para tener una mínima posibilidad de estrés.
- Expresión de emociones positivas y negativas.
- Identificación y refuerzo de las potencialidades del paciente y no solamente de las debilidades.
- Solicitudes positivas de cambio.
- Resolución de problemas.

3. Se aborda individual y posteriormente de forma grupal a los miembros de la familia (incluido el pacien-

te), para inducir su participación adecuada y activa para crear un compromiso de todos, evitando así que se responsabilice a una sola persona tanto del cuidado, como de los problemas derivados de la convivencia con el paciente.

4. Las familias pueden detectar cambios en el funcionamiento del paciente y conductas anormales mediante la supervisión de áreas como el sueño, alimentación, nivel de actividad, consumo de sustancias psicoactivas, reaparición o reagudización de síntomas, cambios o abandono del tratamiento farmacológico, abandono del autocuidado y los cambios en el entorno para advertir los sucesos potencialmente estresantes que actuarían como eventos desencadenantes en la reaparición de síntomas², razones por las cuales además de formarlos para la detección, deben conocer y ser parte activa de la intervención.

Es importante anotar que algunos pacientes y familiares continúan vinculados a la institución de forma ocasional a través de este grupo que cumple a su vez funciones de grupo de apoyo.

² Durante Pilar, Noya Blanca. TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL: PRINCIPIOS Y PRÁCTICA.

II. Estadísticas

La presente investigación es de tipo cualitativa y permite abordar de manera simultánea todas las fases de la investigación y durante todo el proceso, realizando la recogida/producción de datos y su análisis e interpretación a lo largo de todo el tiempo.

Esto permite que la metodología tenga características circulares, permitiendo modificaciones en cada una de sus etapas, al determinar y modificar actuaciones de acuerdo a los hallazgos encontrados e incluir nuevos individuos o grupos en el estudio, formular nuevas intervenciones y realizar otros análisis.

Con el tamaño de la muestra no se busca la representatividad de una población, sino que se trata de establecer un muestreo estructural, al incluir casos individuales y grupales que reproduzcan relaciones relevantes existentes en un problema de investigación. El criterio para incluir a una persona a un grupo o tener en cuenta una situación en este tipo de muestra no es el de representación estadística, sino el criterio de pertinencia. Los casos tomados para este estudio fueron todos los que cumplieran los criterios de selección de cualquiera de los 7 grupos establecidos, buscando recolectar la información relevante en diversas situaciones, teniendo en cuenta una composición adecuada de los grupos.

La recolección y análisis de la información partió de un diseño estratégico y auto correctivo que buscaba a través de las personas y situaciones re-

colectar información de datos primarios y secundarios:

DATOS PRIMARIOS

Entrevista: semiestructurada a través de la cual se busca recolectar información general acerca del desempeño ocupacional de la persona con enfermedad mental y que aspectos los están afectando.

Escalas: Para recolectar información adicional y que esta tenga un carácter más objetivo.

Observación participante: A partir de conductas y situaciones realizar un análisis conjunto acerca de la situación y como favorece o entorpece el adecuado funcionamiento del paciente en sus diversos entorno.

Grupos de discusión: Teniendo en cuenta las características, necesidades y motivaciones de cada grupo, se plantean temas y talleres de discusión sobre aspectos relevantes para su intervención; los cuales son realizados por 2 personas para objetivizar más la información recolectada.

DATOS SECUNDARIOS

A partir de la información anterior, se realiza una reunión para analizar estructuralmente de la información recolectada, posteriormente analizarla comparativamente con diversos materiales teóricos y determinar la conducta a seguir y el plan correspondiente.

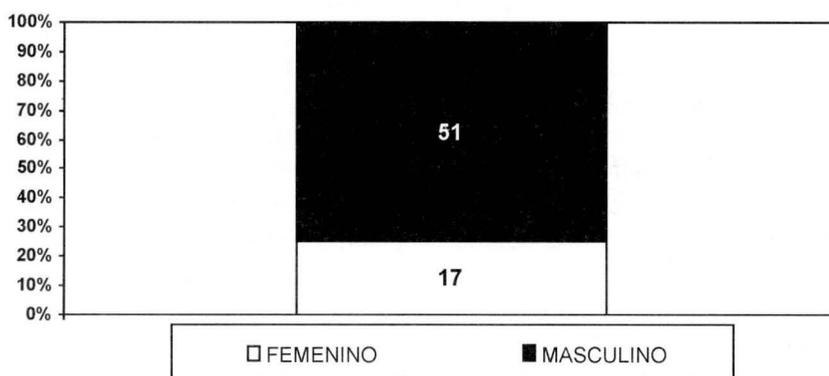
RESULTADOS

GRUPO 1

Tabla Nº 3. DISTRUBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
51	75%	17	25%	68

Gráfica Nº 1. DISTRIBUCION POR SEXO



En el grupo de niños el predominio durante todo el tiempo fue masculino.

Tabla Nº 4. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD		FRECUENCIA						
PROMEDIO	RANGO	5 AÑOS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS
8.4	5 - 11	9	7	7	10	12	7	16

Gráfica N° 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

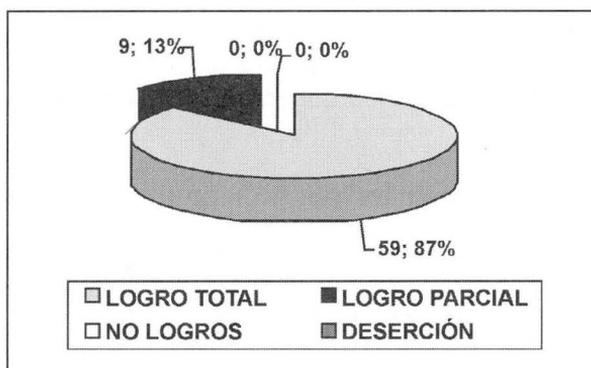


La edad predominante fue los 11 años, casi preadolescentes con la confusión de rol que esta etapa implica.

Tabla N° 5. EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
59	9	0	0

Gráfica N° 3. EVOLUCIÓN



Para este grupo la pregunta sobre el logro de los objetivos le fue realizada al padre/madre o acudiente y en un 87% de los casos lo refirieron como logro

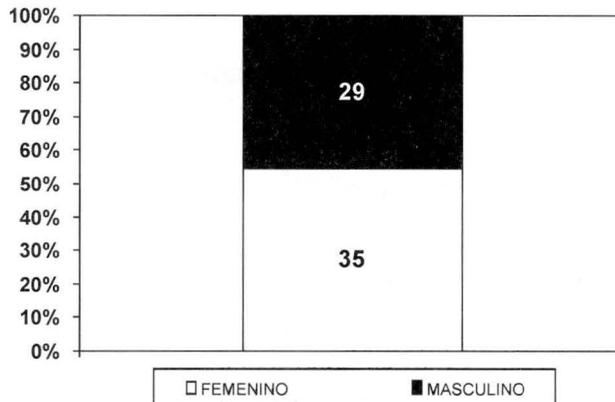
total de los objetivos propuesto, lo cual puede ser explicado por la edad, que facilita un mejor impacto con el tratamiento y por el tipo de diagnostico, que no implica tanta severidad en su compromiso.

GRUPO 2

Tabla Nº 6. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
29	45.3%	35	54.7%	64

Gráfica Nº 4. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

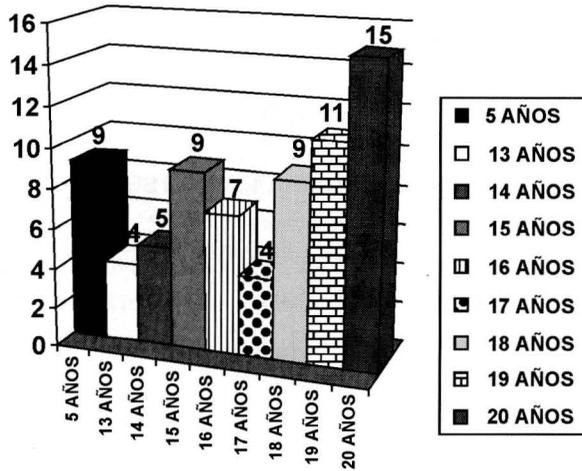


En este grupo pese a que el Trastorno de la Conducta Alimentaria es de predominio de mujeres, aquí esto no se hace evidente; lo cual se puede explicar por la inclusión en este grupo de personas Trastornos Adaptativos.

Tabla Nº 7. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD		FRECUENCIA							
PROMEDIO	RANGO	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS	19 AÑOS	20 AÑOS
17.3	13 - 20	4	5	9	7	4	9	11	15

Gráfica N° 5. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

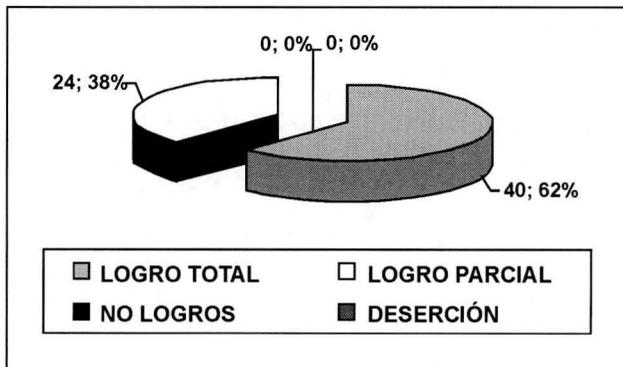


Las edades son muy similares en porcentaje y solo vale la pena resaltar el leve incremento a la edad de 20 años, que al igual que en la infancia, se da cuando se aproxima el cambio a una nueva etapa de la vida.

Tabla N° 8. EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
40	24	0	0

Gráfica N° 6. EVOLUCIÓN



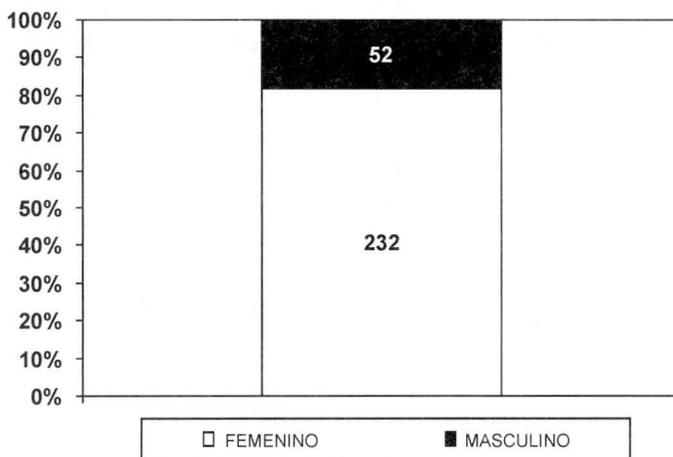
Con respecto a este punto, en este caso la referencia son ellos mismos y aunque el porcentaje del logro total de los objetivos propuestos es alto, aquí cobra importancia el logro parcial.

GRUPO 3

Tabla Nº 9. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
52	18.3%	232	81.7%	284

Gráfica Nº 7. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

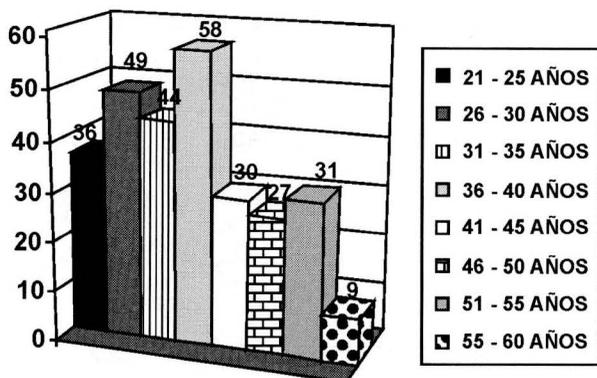


En este grupo es marcada la diferencia de sexo, predominando con un 81.7% el femenino, esto asociado a la prevalencia de estos diagnósticos en mujeres.

Tabla Nº 10. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD		FRECUENCIA							
PROMEDIO	RANGO	21-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	41-45 AÑOS	46-50 AÑOS	51-55 AÑOS	56-60 AÑOS
37.3	21 - 60	36	49	44	58	30	27	31	9

Gráfica N° 8. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

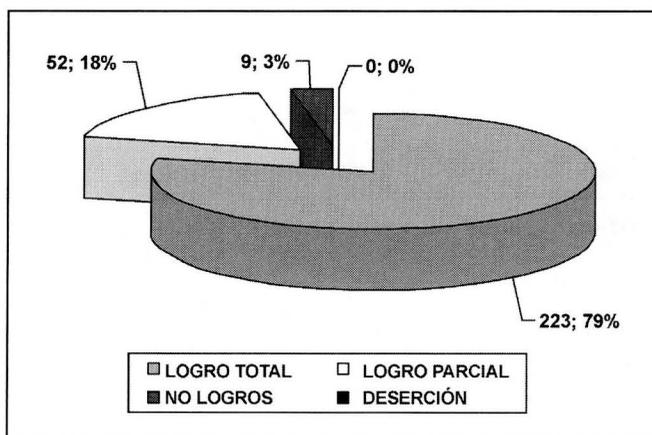


La tendencia alta es mas marcada entre los 21 y 40 años.

Tabla N° 11. EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
223	52	9	0

Gráfica N° 9. EVOLUCIÓN



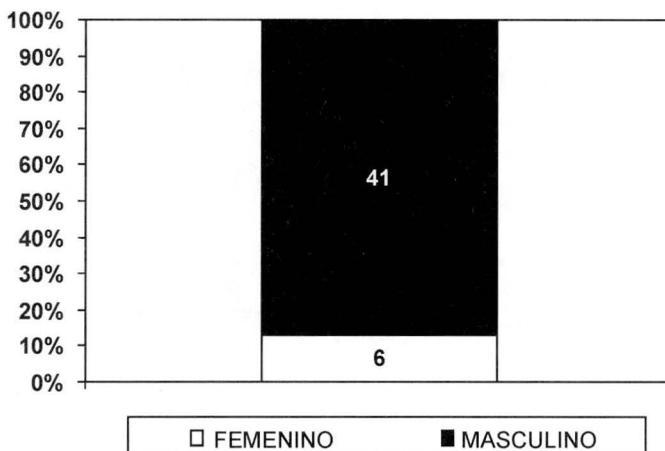
La tendencia de los grupos anteriores aquí se mantiene.

GRUPO 4

Tabla N° 12. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
41	87.2%	6	12.8%	47

Gráfica N° 10. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

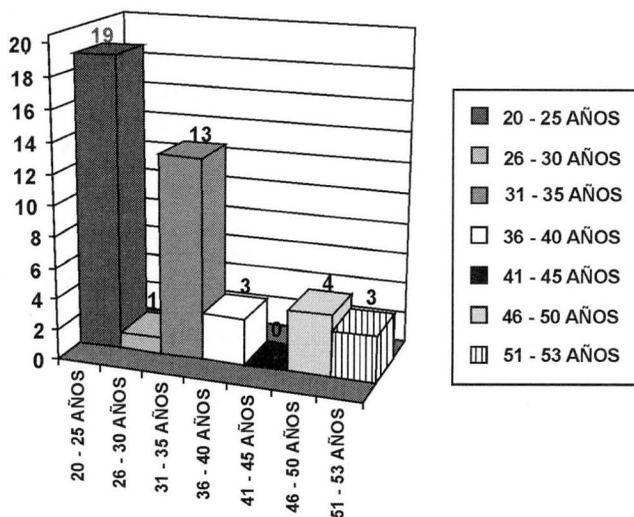


El predominio marcado en este grupo es masculino con un 87.2%

Tabla N° 13. EDAD

EDAD		FRECUENCIA						
PROMEDIO	RANGO	20-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	41-45 AÑOS	46-50 AÑOS	51-55 AÑOS
32.2	20 - 53	19	1	13	3	0	4	3

Gráfica N° 11. EDAD

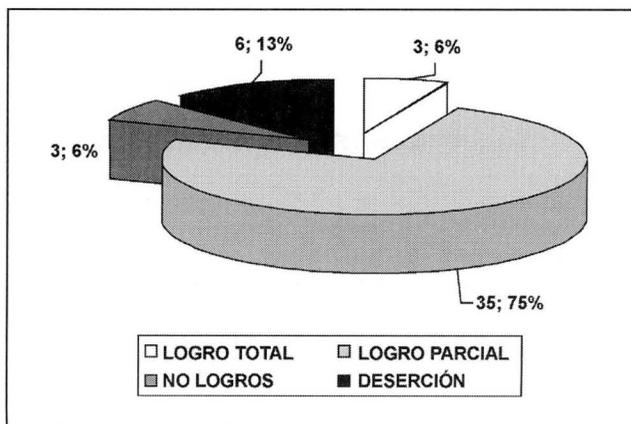


Entre los 20 y 25 años y entre los 31 y 35 años en marca la diferencia.

Tabla N° 14. EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
3	35	3	6

Gráfica N° 12. EVOLUCIÓN



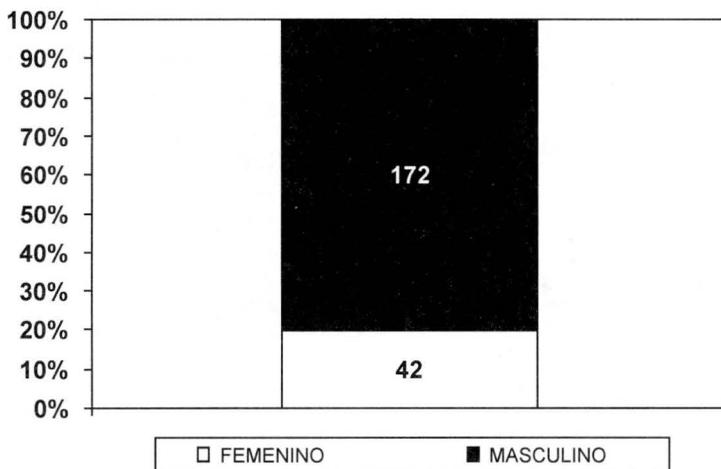
En este grupo por su condición de severidad en el trastorno, las tendencias se modifican, e inicia una mayor proporción de logro parcial.

GRUPO 5

Tabla Nº 15. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
172	80.4%	42	19.6%	214

Gráfica Nº 13. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

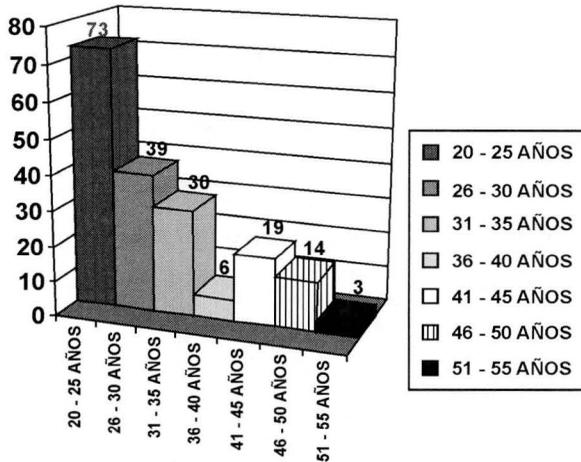


El 80.4% del grupo son hombres.

Tabla Nº 16. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD		FRECUENCIA						
PROMEDIO	RANGO	20-25 AÑOS	26-30 AÑOS	31-35 AÑOS	36-40 AÑOS	41-45 AÑOS	46-50 AÑOS	51-55 AÑOS
30.9	20 - 55	73	39	60	6	19	14	3

Gráfica N° 14. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

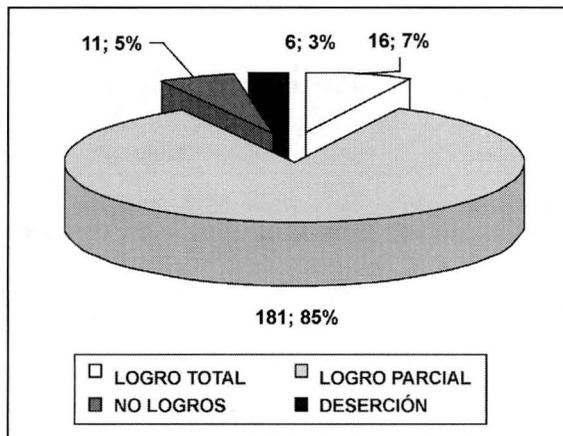


Los mayores porcentajes están concentrados entre los 20 y 35 años que son adultos jóvenes y tienen pérdida de todo tipo de actividad económicamente remunerada o no, con los costos que esto implica para una comunidad.

Tabla N° 17. EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
16	181	11	6

Gráfica N° 15. EVOLUCIÓN



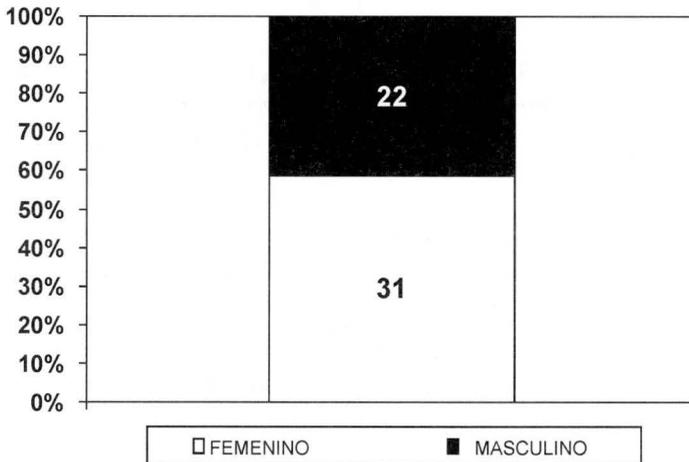
En este grupo por la severidad de su compromiso tiene una mayor proporción de logro parcial.

GRUPO 6

Tabla N° 18. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE	
22	41.5%	31	58.5%	53

Gráfica N° 16. DISTRIBUCIÓN POR SEXO

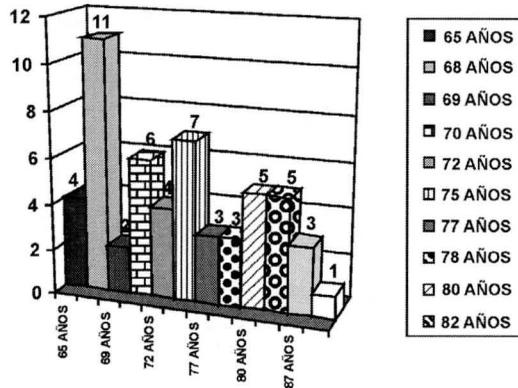


Los datos son muy similares en su comportamiento, con una ligera mayor proporción de mujeres.

Tabla N° 19. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD		FRECUENCIA											
PROMEDIO	RANGO	65 AÑOS	68 AÑOS	69 AÑOS	70 AÑOS	72 AÑOS	75 AÑOS	77 AÑOS	78 AÑOS	80 AÑOS	82 AÑOS	87 AÑOS	90 AÑOS
75.6	65-90	4	11	2	6	4	7	3	3	5	5	3	1

Gráfica N° 17. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

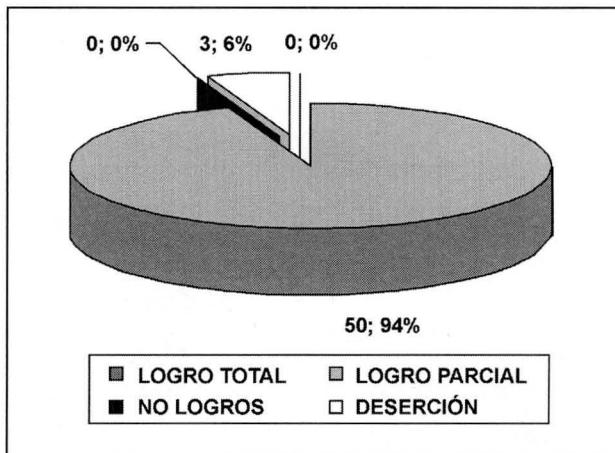


Los datos son mas significativos en cantidad a los 68 y a los 75 años.

Tabla N° 20. EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN			
LOGRO TOTAL DE LOS OBJETIVOS	LOGRO PARCIAL DE LOS OBJETIVOS	NO LOGRO DE OBJETIVOS	DESERCIÓN
0	50	0	3

Gráfica N° 18. EVOLUCIÓN



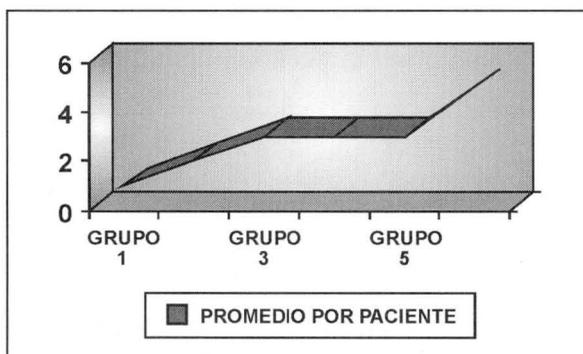
Experimentan la sensación de logro parcial de los objetivos, pero en ningún caso la total, esto soportado en que el abordaje en muchos casos busca mantener y no mejorar y esto genera frustración.

GRUPO 7

Tabla N° 21. PROMEDIO FAMILIAR / CUIDADOR POR PACIENTE

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5	GRUPO 6
PROMEDIO POR PACIENTE	1	2	3	3	3	5

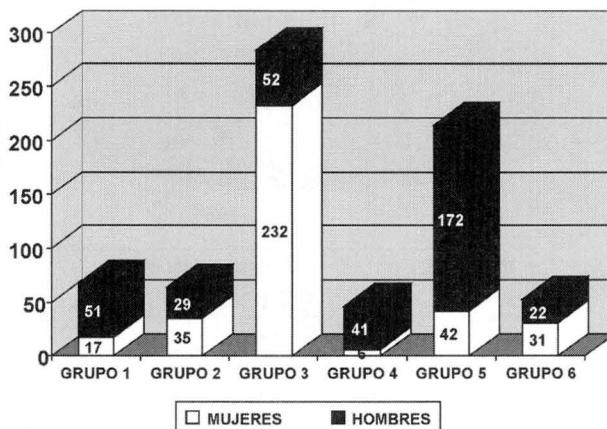
Gráfica N° 19. PROMEDIO FAMILIAR / CUIDADOR POR PACIENTE



El cual es significativamente bajo en la infancia y contrasta con el alto del adulto mayor.

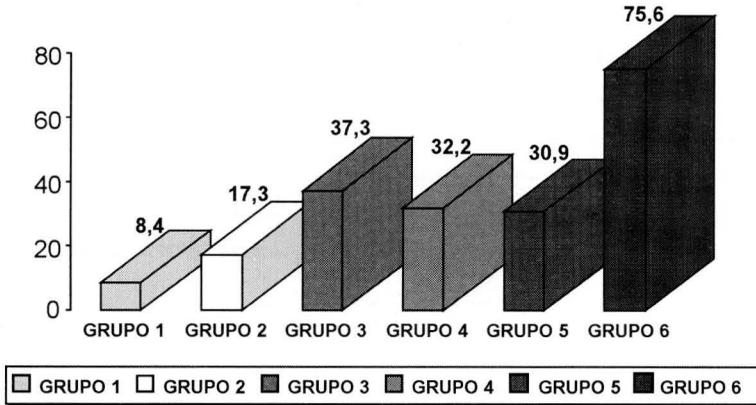
GRÁFICAS COMPARATIVAS

Gráfica N° 20. DISTRIBUCIÓN POR SEXO



Es en el grupo N° 3 donde es marcada la diferencia en cantidad de mujeres.

Gráfica N° 21. PROMEDIO DE EDAD

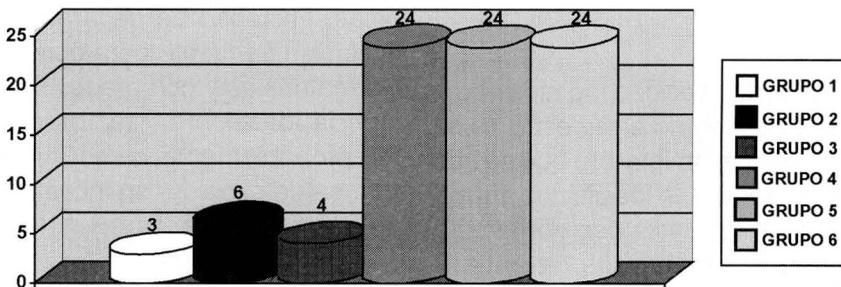


El grupo N° 6 presenta una mayor proporción, esto explicado por el proceso de envejecimiento, que muchas ocasiones trae consigo patologías que afecta su desempeño ocupacional.

Tabla N° 22. PROMEDIO DE ESTANCIA

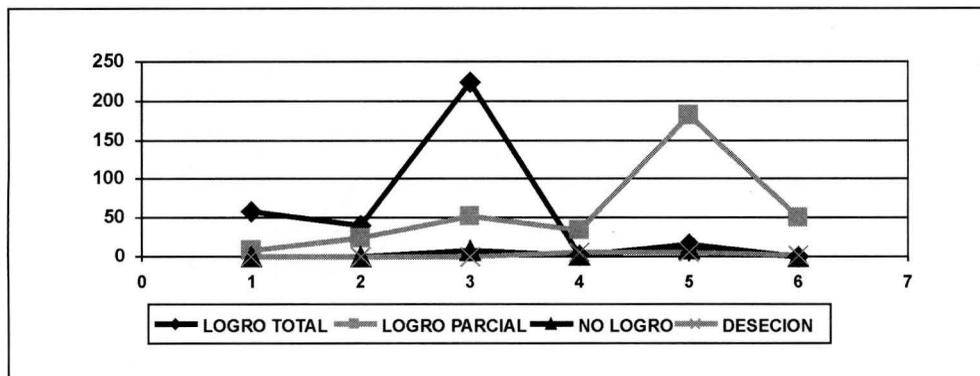
	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5	GRUPO 6
PROMEDIO POR PACIENTE	3 Meses	6 Meses	4 Meses	24 Meses	24 Meses	24 Meses

Gráfica N° 22. PROMEDIO DE ESTANCIA



En los grupo donde se plantean características de entorno protegido es donde la estancia es mayor.

Gráfica N° 23. EVOLUCIÓN



El comportamiento esta estrechamente relacionado con la edad.

DISCUSIÓN

Análisis de Resultados

Para iniciar aclararemos que consideramos relevantes además de la caracterización de nuestra población objeto de estudio, exponer las condiciones del entorno que favorecen la aparición de alteraciones psicosociales en los diferentes grupos que abordamos los cuales fueron:

Grupo 1. Niños

Las condiciones socioeconómicas actuales, han generado en nuestro país un fenómeno de inmigración que se ha hecho mas común en los últimos años, quienes optan por esta decisión argumentan que buscan unas garantías para ofrecer a sus hijos un futuro mejor, dejándolos en este proceso a cargo de otros familiares como abuelos, tíos o hermanos mayores; a lo largo de estos 10 años de experiencia tera-

péutica hemos observado como los niños que están expuestos a esta y otras situaciones de tensión se encuentran a menudo con una desorganizada red de apoyo familiar cuya dinámica interna genera en el niño comportamientos tales como perdida de respeto por la figura de autoridad, bajo rendimiento académico, hostilidad, fobias, ansiedad de separación, manipulación frecuente para obtener bienes materiales y con preocupante frecuencia ideación e intentos de suicidio, probablemente como una forma errónea de expresar su inconformidad por la situación vivida.

Grupo 2. Adolescentes

Como mencionamos en el funcionamiento de los grupos ,los adolescentes presentan comportamientos propios de

la edad que generan alteración no solo en su área psicosocial, sino en su entorno y específicamente en el familiar, lo que se traduce en comportamientos maladaptativos, tales como: dificultad en la relación con los Padres, abandono académico, aislamiento social, transgresión de normas, pérdida de respeto por la figura de autoridad, ansiedad y dificultad para realizar una elección vocacional satisfactoria, convirtiendo a este grupo en una población vulnerable para la aparición de enfermedad mental de mayor severidad.

Grupo 3. Trastornos del estado del ánimo

En este grupo de pacientes observamos la presencia de factores que hacen que aunque clínicamente la evolución y pronóstico, de la enfermedad sea satisfactoria, la tendencia es a que adquiera características cíclicas o de cronicidad como única respuesta del paciente a las situaciones de tensión, algunos de los factores desencadenantes son maltrato del cónyuge, abandono del rol productivo, disfunción familiar y de pareja y dificultades económicas

Grupo 4. Trastornos psicóticos

Al revisar los datos arrojados por la investigación, es de anotar que comparativamente con los demás grupos intervenidos, este presenta el mas alto numero de deserciones, esta situación puede ser atribuible al alto costo generado por la enfermedad crónica, al pronóstico desfavorable, al marcado deterioro de los hábitos y rutinas de

autocuidado y a la poca conciencia que tiene la familia de la importancia de incluir a su familiar en un programa de rehabilitación psicosocial, probablemente por el desconocimiento de los programas que existen actualmente y de los logros que se pueden obtener a través de estos.

Este grupo se inicio hace 5 años, pero desde hace 2 años no esta en funcionamiento, las razones por las que fue tomada esta decisión, son las mismas que fueron referidas con relación a la red de apoyo familiar de este grupo de pacientes.

Grupo 5. Ocio

Con relación a este grupo de pacientes, notamos que el inicio de su participación era tórpida, probablemente por el temor a enfrentar las demandas de los demás participantes, presentaban marcados sentimientos de minusvalía por la pérdida de roles ocupacionales y su tendencia inicial era al aislamiento; pero superada la etapa de conocimiento del grupo, se evidencio disminución de sentimientos de minusvalía, aumento de creencia en las habilidades y un mayor grado de interacción e integración grupal, sin embargo a pesar de ser personas que generalmente no tienen hábitos, ni rutinas estructuradas, no se muestran inicialmente interesados en dar una organización a su tiempo de ocio, creando resistencia inicialmente, la cual es vencida a medida que se avanza en el entrenamiento en habilidades sociales y en la conciencia de enfermedad mental.

Grupo 6. Demencias

Los pacientes que pertenecen a este grupo, con frecuencia y como un estado normal de la enfermedad presentan sintomatología depresiva, puesto que tienen episodios en los que perciben sus pérdidas progresivas en especial la de su memoria, experimentando además angustia por el estado de confusión que se evidencia en el deterioro de las rutinas de autocuidado y que se extiende progresivamente a todas las áreas de su desempeño, sin embargo los temores que enfrentan en los periodos de contacto con la realidad se ven compensados cuando cuenta con un adecuado grupo familiar que constituya una red de apoyo; aunque este factor benéfico no siempre está presente o se observan divisiones y falta de compromiso de algunos miembros de la familia, facilitando que haya deserción de los programas de rehabilitación y que al interior de la dinámica familiar se de la sobrecarga del cuidador generando sensación de malestar e incertidumbre en el paciente.

Grupo 7. Psicoeducación a pacientes, familiares y cuidadores

En el desarrollo de este grupo se ha notado como común denominador el interés y necesidad de conocer aspectos relacionados con la enfermedad y que modificaciones se pueden realizar para mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares, sin embargo en diferentes momentos del proceso de cada grupo, ha sido necesario realizar reuniones extraordinarias con sus familiares, para manejar situaciones puntuales que generalmente tienen que ver con el manejo de normas y límites, manejo del dinero y toma de decisiones y es aquí donde se planean estrategias conjuntas, encaminadas a mejorar el pronóstico de la enfermedad y a evitar o disminuir la sobrecarga del cuidador.

Las personas que han asistido a este grupo y que han finalizado su proceso de rehabilitación con frecuencia desean continuar vinculados a la institución a través de este y lo asumen como una modalidad de grupo de apoyo.



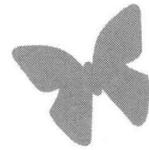
Recomendaciones generales

- Cuando una alteración en el área psicosocial es de aparición reciente como las reacciones adaptativas, originadas en situaciones específicas se recomienda la pronta búsqueda de ayuda especializada, para disminuir el impacto de la alteración y evitar o retardar el deterioro de la relación del paciente con el entorno.
- Crear una red de apoyo familiar sólida que ofrezca al paciente seguridad y confianza que favorezca la evolución satisfactoria de la enfermedad.
- Es importante ayudar a la familia del paciente a identificar limitaciones tales como la presencia de comportamientos ambiguos y las fallas en la comunicación, para mejorar la interacción con el paciente en su entorno habitual.



Bibliografía

1. Rodríguez A. Editor. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Navalcarnero Ediciones Piramide S.A; 1997.
 2. Crocker Peoples. Terapia de juego razonable. En: Schaefer ChE, Manual Moderno. Manual de Terapia de Juego. Volumen 1. Santafe de Bogota: Colombia, 1988: 70-81.
 3. Pichot P, López – Ibor JJ, Valdes MM, editores. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona: España 1995.
 4. Durante MP, Noya AB, Moruno MP. Terapia Ocupacional en Salud Mental: 23 casos clínicos comentados. España: Barcelona, 2000.
 5. Durante MP, Noya AB. Terapia Ocupacional en Salud Mental: Principios y práctica. España: Barcelona, 1988.
 6. Polonio LB, Durante MP, Noya AB. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional . España: Madrid, 2001.
- Holland JI. La elección vocacional. Teoría de las carreras. México, 1997.
7. Kielhofner G, De las Heras CG. Editores. Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana;; Teoría y aplicación. Buenos Aires, 2004.
 8. Hidalgo CG, Abarca MN. Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales. Colombia: Santafe de Bogotá, 1991.



PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LA ESCUELA REGULAR



T.O. CONCETTA GIORGINI
T.O. ZURELIS SANTANA

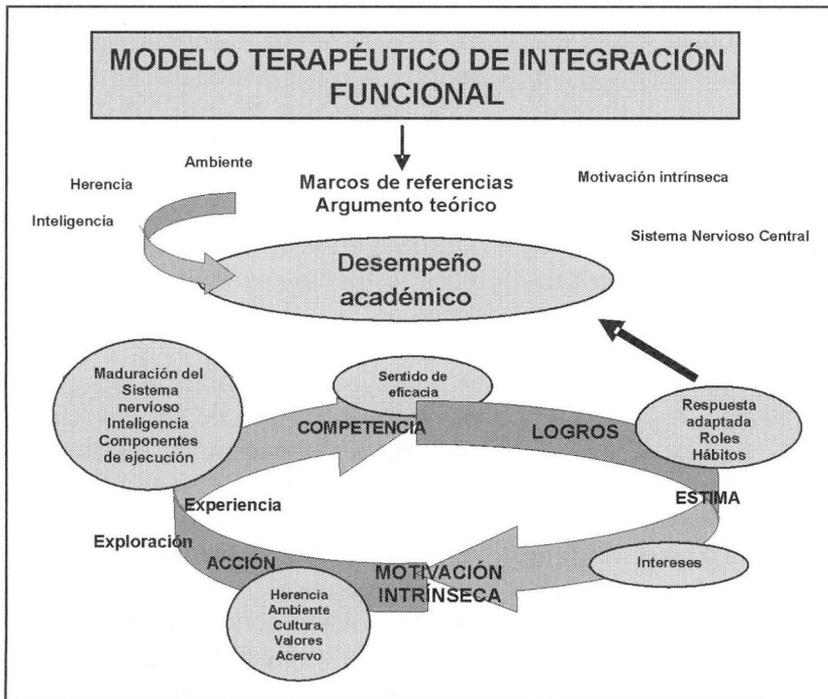
En el Centro de atención Integral del Niño Guardia Nacional de Venezuela (CENAINGUARNAC), fundado en 1992. Se desarrolló, en el Servicio de Terapia Ocupacional, una línea de investigación a partir de la experiencia profesional en el área de educación, específicamente dificultades de aprendizaje, con el objeto de identificar las alteraciones neuro-musculares que subyacen al problema (Trastorno de aprendizaje). Se evaluó el fenómeno intramuros y extramuros; escuelas regulares 1er y 2da etapa de educación básica. Se diseñó un programa de intervención preventivo y asistencial, que toma en cuenta, tanto al individuo como a su contexto. A partir de los resultados, surge el MODELO TERAPÉUTICO DE INTEGRACIÓN FUNCIONAL, compatible y perfectamente adaptable al Modelo Educativo Venezolano, planteando la conveniencia de la participación del Terapeuta Ocupacional en las escuelas regulares.

Actualmente se abren vías de comunicación con entes gubernamentales, con el objeto, de darle apoyo al programa, que atendería de forma preventiva al 25-30% (resultados de estudios de investigación) de la población en riesgo e intervendría a la población que ya presenta la disfunción escolar.

EL MODELO TERAPÉUTICO DE INTEGRACIÓN FUNCIONAL (MOTIF)

- Proporciona un sistema conceptual unificado, consistente y flexible para la práctica de la Terapia Ocupacional sobre individuos con dificultades para aprender, que permite el uso de diferentes teorías, marcos de referencias y modelos, dentro de su estructura.
- Las premisas y principios básicos del modelo son todas aquellas orientadas desde una perspectiva holística, humanística, neurofisiológica, funcionamiento ocupacional, ocupación humana, adaptación a través de la ocupación, recapitulación de la ontogénesis, desarrollo y sistémica; con técnicas del neurodesarrollo, integración sensorial, biomecánica.
- Se dirige al estudio de las limitaciones funcionales del individuo según sus capacidades neuroperceptivo-motoras, cognitivas, adaptativas y relacionales.
- Se centra, en la práctica de los individuos con dificultades de aprendizaje, aunque se ha aplicado sobre otros diagnósticos que afecten el rendimiento del niño en la escuela.
- El abordaje es centrado en el individuo.
- Se basa en la idea de que el niño requiere una serie de capacidades

- mínimas para su desempeño ocupacional (escolar), y para alcanzar y/o desarrollar el rol de estudiante ajustado a los requerimientos escolares, teniendo en cuenta la edad, cultura y entorno.
- Proporciona una metodología sistemática de planificación e intervención, que guía las acciones del terapeuta ocupacional, justifica por qué se ha tomado este camino para solucionar el problema y cómo se rige por el principio de interdisciplinariedad planteado por el Modelo de Atención Educativa Integral Especializada al Educando con Dificultades de Aprendizaje, propuesto por el Ministerio de Educación. 1997.
- Asume la concepción del hombre como un ser bio-psico-social, interactuando de forma permanente con su entorno socio-cultural de manera dinámica en función de transformarse a sí mismo y al medio que lo rodea.
- Su intención es promover la práctica de la terapia ocupacional en el ámbito de la escuela regular, articulada desde la reflexión, desde la aplicación de las teorías en el ejercicio profesional cotidiano y desde la contribución que la experiencia en esta área aporta al corpus epistemológico.
- Su orientación, es de tipo preventiva y de intervención terapéutica, según requieran los educandos.



Giorgini y Santana (2004).

TRANSICIÓN OCUPACIONAL, EL ADULTO MAYOR A LA UNIVERSIDAD



ANGÉLICA MARÍA MONSALVE ROBAYO

Terapeuta Ocupacional. Master en Gerontología

Profesora Programa de Terapia Ocupacional

Universidad del Rosario



Palabras claves

Jubilación, participación social, ocio productivo, ámbitos educativos, adulto mayor.

El proyecto denominado Transición ocupacional, el adulto mayor a la universidad se formula con el ánimo de proponer nuevas alternativas de desarrollo de esta población profundizando sobre los cambios que se evidencian tras el proceso de jubilación y lo que esto implica para los adultos mayores en términos de hábitos, toma de decisiones sobre actividades familiares, posiciones sociales frente a problemáticas específicas, accesibilidad, manejo productivo del tiempo, entre otros.

Para esto se retoman antecedentes históricos sobre la implementación de programas educativos a nivel nacional e internacional, profundizando acerca de iniciativas tales como la Universidad de la Tercera Edad en Toulouse, Francia; la Universidad de la Experiencia en Salamanca-España, Educación permanente en la Universidad de Santiago de Chile, entre otras.

El objetivo de este proyecto es brindar una alternativa ocupacional que permita no solo la adquisición de conocimientos sino alcanzar un desarrollo personal a través de la socialización de experiencias de vida y la participación activa entre generaciones, contribuyendo al posicionamiento y reconocimiento del adulto mayor en la sociedad.

En el proyecto han participado asistentes de investigación de los programas de Terapia Ocupacional y Fisioterapia de la Universidad del Rosario, quienes han aportado al desarrollo de las tres fases del proyecto (exploratoria, analítica y operativa), las cuales contemplan la revisión conceptual de las categorías de ocio y tiempo libre, educación como medio de participación en el adulto mayor, aprendizaje, jubilación y vinculación socio-cultural; el conocimiento sobre las expectativas de la

población potencial y las experiencias previas sobre este tipo de iniciativas para la elaboración y puesta en marcha del programa a desarrollar.

Los componentes del proyecto incluyen una mirada sociocultural, de participación universitaria y de aprendizaje y actualización que fundamentan el desarrollo de estrategias de integración generacional y participación en procesos formativos respondiendo a necesidades y expectativas de este grupo poblacional.

Es por esto que se visualiza el aprendizaje en esta población como un proceso implícito a lo largo de la vida, entendiendo así que cada etapa del ciclo vital tiene características que facilitan el desarrollo del mismo y por ende la adquisición de diferentes conocimientos y de exploración de un entorno determinado.

Para el desarrollo del proyecto se contó con la participación de asociaciones de pensionados para conocer a través de una encuesta de opinión los intereses y la percepción de la población potencial hacia este tipo de programas educativos.

En este sentido el proyecto se circunscribe a una metodología que orienta el cambio social a través de la participación y la acción que se observa implícita en los problemas reales y enfatiza en la resolución de un problema concreto en el aquí y en el ahora en una situación determinada.

Al analizar los resultados de esta encuesta de opinión se visualiza un inte-

rés predominante hacía la participación en procesos de formación en áreas tales como la tecnología, los idiomas, las artes, los proyectos de microempresa, cuidado de la salud y cultura general.

En este sentido se diseña un programa que abarca contenidos y experiencias en los diferentes escenarios de participación que promueve la Universidad del Rosario y que busca a través de su proyecto educativo institucional y de las políticas de proyección social, prestar servicios integrados para la solución de los problemas, desde el marco de acción permisible en razón de las tareas y actividades de las diferentes facultades que constituyen la Universidad. Esto a su vez ayudará a obtener una orientación interdisciplinaria en la formación profesional y apoyará la formulación de nuevos programas interdisciplinarios, de educación continuada y de educación no formal¹.

La propuesta de programa que aún se encuentra desarrollándose y estudiándose a razón de los tiempos, costos y metodologías, incluye espacios de participación en los tres componentes del proyecto incluyendo asignaturas tales como expresión corporal, primeros auxilios, musicoterapia, salud y medio ambiente, imagen profesional, memoria y sociedad, economía y sociedad, sociología de la educación, sociología de la empresa, mundo del

¹ Universidad del Rosario. Proyecto Educativo Institucional. Bogotá, enero 2005. Pág.15.

trabajo, tecnología en cartón, estrategia empresarial, introducción a la administración, seminario inicie su empresa, sistemas de información, introducción al mandarín, taller de pintura, tango, entre otras.

Finalmente se espera concluir este proyecto con un programa educativo de interés colectivo que genere impacto a nivel social y promueva el uso productivo del tiempo libre, las relaciones intergeneracionales y la participación activa de la población adulta mayor.



Bibliografía

- (1) Álvaro, José Luis; Garrido, Alicia; Torregrosa. *Psicología Social Aplicada*. Ed. McGraw-Hill, 1999 España.
- (2) Artículo en formato electrónico. El recreo humano. Available from: URL:<http://www.redcreacion.org>.
- (3) Información en formato electrónico. Down 21, Concepto de ocio. Available from: <http://www.down21.org>
- (4) Información en formato electrónico. PUCMM, programa de educación superior para adultos mayores. Available from: <http://www.pucmmsti.edu.do>
- (5) Gascón Pilar et al. Idiomas una alternativa de ocio en verano. *Revista sesenta y mas*: 6-11.
- (6) Artículo en formato electrónico. Aprendiendo a envejecer. Available from: <http://www.gerontologia.uchile.cl>
- (7) Álvaro, José Luis; Garrido, Alicia; Torregrosa. *Psicología social aplicada. Ocio*. Ed McGraw-Hill, 1999 España.
- (8) Artículo en formato electrónico. Tiempo libre como calidad de vida en el adulto mayor. Available from: <http://www.members.fortunecity.es>
- (9) Sánchez, Ocaña Ramón. Reflexiones optimistas de la vejez. *Revista sesenta y mas*: 3-8.
- (10) Artículo en formato electrónico. Educación permanente no formal para adultos mayores. Available from: <http://www.geragogia.net>.
- (11) Artículo en formato electrónico. Vejez, jubilación y el mito social. Available from: <http://www.psicomundo.com>
- (12) Artículo en formato electrónico. Tiempo libre como calidad de vida en el adulto mayor. Available from: <http://www.members.fortunecity.es>
- (13) Artículo en formato electrónico. La necesidad del ocio. Available from: <http://www.latinsalud.com>
- (14) Urrea, Maria Victoria. Evolución histórica y cultural de la ocupación en la tercera edad. *Revista ocupación humana*: 46-55.
- (15) Dunleavy Taira, Ellen. *Planificación de la jubilación*. Ed. Panamericana
- (16) Romieux Olarte, Michel. *La Educación para el Adulto Mayor y su Relación con la sociedad*. Available from: <http://www.rehue.csociales.uchile.cl>
- (17) *Revista mayores al día. De profesión... animador socio-cultural*. *Revista mayores al día*: 6-8.
- (18) Información en formato electrónico. El aprendizaje a lo largo de la vida: la universidad de la experiencia. Available from: <http://www.lacerca.com>

- (19) VILLA, Juan Manuel. Los mayores tenemos tiempo y libertad para disfrutarlo. Revista sesenta y mas: 24-27.
- (20) Subirats, Joan. La vejez como oportunidad. La vejez como oportunidad: 17-61.
- (21) Artículo en formato electrónico. Seres integrados. Available from: <http://www.latinsalud.com>
- (22) Artículo en formato electrónico. El ocio un negocio, su misma negación. Available from: <http://www.chasque.net>
- (23) Vanguas Lezaun, Javier; Sancho Castello, Maria Teresa; Leturia Arrazola, Francisco Javier. Aspectos psicológicos del envejecimiento. Terapia ocupacional en geriatría: 65-89.
- (24) Bazo, Maria Teresa; García Sanz, Benjamín; Maiztegui Oñate, Concepción; Martínez Paricio, Jesús. Envejecimiento y sociedad una perspectiva internacional. Ed. Panamericana: 86-95.
- (25) Bazo, Maria Teresa; García Sanz, Benjamín; Maiztegui Oñate, Concepción; Martínez Paricio, Jesús. El medio ambiente habitual considerado para la tercera edad. Revista Ocupación Humana: 37-47.
- (26) Molinero Aguilera, Silvia. Fragilidad en la esfera social. Masson S.A. 1996: 21-25.
- (27) Márquez, Jaime. El envejecimiento como acontecimiento biológico en el ciclo vital. Revista de la asociación colombiana de geriatría y gerontología: 7-10.
- (28) Artículo en formato electrónico. El adulto mayor como recurso. Available from: www.cps.unt.edu
- (29) Información impresa. Perilla Santamaría, Sonia. A estudiar con canas y ganas. Diario: el Tiempo Nov 2002: 2-9.
- (30) Información en formato electrónico. Universidad y adulto mayor. Available from: <http://www.educación.upa.cl>



DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES GENERADAS POR ARMAS DE FUEGO Y EXPLOSIVOS EN LA BRIGADA NO. 21 DEL EJÉRCITO NACIONAL - COLOMBIA



OLGA BEATRIZ GUZMÁN SUÁREZ

Terapeuta Ocupacional

Especialista en Salud Ocupacional

Magistra en Administración de Salud

Docente Investigador Universidad Manuela Beltrán

El Ejército Nacional no es una empresa común y corriente, es una empresa que involucra una amplia variedad de factores de riesgo que se maximizan por las condiciones de trabajo propias de la profesión de sus hombres, entre estas se incluye con gran peso las condiciones higiénicas, psicolaborales, ergonómicas, naturales, sociales, ambientales y de seguridad, que exigen un plan de intervención en donde se involucren modalidades educativas, de modificación, del entorno, de selección, de control y seguimiento, de integración y de prevención.

A continuación se presenta una de las más importantes experiencias exitosas, logradas por los estudiantes en formación de noveno semestre de terapia ocupacional de la UMB, quienes han cursado la práctica empresarial en la XXI Brigada de Apoyo Logístico del Ejército Nacional entre el 2003 y el 2005, con el apoyo del personal civil y militar de la institución.

Los accidentes con armas de fuego representan para el ejército un grave problema institucional, familiar y social, debido a la alta cantidad de muertos y heridos que se causan en el personal activo fuera de combate¹, los cuales han venido aumentando entre el año 2003 y 2005, por lo que se requieren acciones de control y sensibilización en la cultura de la seguridad.

Los resultados de las investigaciones desarrolladas por el personal de la DIPSE reflejan que existen tres modalidades de accidentes por armas de fuego²:

1. Tiros Accidentales
2. Accidentes fratricidas
3. Inutilización voluntaria

¹ Boletín No. 01 de enero 22 de 2005. Dirección para la Preservación de la Integridad y Seguridad del Ejército "DIPSE".

² Boletín No. 009 de mayo 13 de 2005. Dirección para la Preservación de la Integridad y Seguridad del Ejército "DIPSE".

CAUSAS

- Cargar y descargar el fusil sin autorización.
- Colocar armamento en manos de personal inexperto y sin capacitación.
- Armas de acompañamiento para hacerles aseo, transportar, sacar improntas, etc.
- Falta de control y verificación del arma de los soldados por parte del comandante de escuadra, pelotón, compañía, relevantes y servicios en general.
- No revisar el arma después de ejercicios de reacción.
- Caídas en el terreno con el arma desasegurada o accionarla para no dejarla caer.
- Accionamiento del arma durante juegos, bromas o amenazas.
- Se mantiene el dedo sobre el disparador.
- El arma se enreda con cualquier objeto y se acciona el disparador
- Cuando se envía el arma de dotación para el armerillo con otra persona.
- Cuando se hace entrega del arma con proveedor y cargada a otra persona.
- Cuando se manipulan las armas por curiosidad, desconociendo su funcionamiento.
- Disparar el arma con cartuchos sin pólvora.
- Falta de coordinación con los centinelas.
- Condiciones físicas y psicológicas del personal incorporado.
- Problemas en las relaciones interpersonales con autoridades y compañeros.
- Hábitos higiénicos en la manipulación de munición.
- Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Porte indebido del arma cuando el personal está de servicio.
- Acomodación del arma por fatiga física.
- Accidentes durante el entrenamiento
- Fallas humanas en la manipulación de armas y granadas de mano.
- Almacenar granadas mezcladas con bengalas dentro de los chalecos.
- Granadas y chalecos portagranadas deteriorados o con diseños inapropiados.
- Alteración en los componentes del Desempeño Ocupacional.



Mecanismos de control

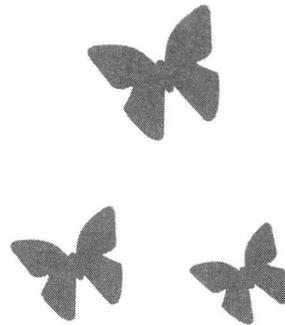
- Realizar perfiles ocupacionales para el personal aspirante en los procesos de incorporación.
- Actualizar diagnóstico de condiciones de trabajo según la norma GTC 45.
- Realizar revistas de inspección en alojamientos, depósitos de armamento, armerillos, etc.
- Desarrollar acciones preventivas que incentiven una cultura de seguridad.

- Capacitar al personal en la prevención de actos y condiciones inseguras.
- Diseñar standares de seguridad para el porte y manejo de armas y explosivos.
- Disminuir y/o mitigar factores de riesgo psicolaborales.
- Realizar actividades de promoción y prevención en condiciones ergonómicas, porte y accionamiento adecuado de armas de fuego y explosivos.
- Planear e implementar actividades consecuentes con el programa de estilos de vida y trabajo saludable, especialmente de manejo del estrés, uso adecuado del tiempo libre y prevención de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Participar en el entrenamiento de hábitos y rutinas Antes, Durante y Después de toda actividad.
- Diseñar e implementar programas de vigilancia epidemiológica (PVE)
- Diseñar e implementar dispositivos de seguridad para armas de fuego

Teniendo en cuenta que las armas de fuego, munición, granadas de mano y otros explosivos, son consideradas herramientas para el personal militar, se deben realizar acciones preventivas encaminadas a su adecuada manipulación, el “Cartucho de la Vida” es un dispositivo de seguridad para armas de fuego diseñado en el Ejército de Colombia, el cual consiste en un cartucho inerte con una palanca en su cuerpo, debe ser instalado manual-

mente en la recamara del arma y garantizar el acerrojamiento del culote³. Se deben realizar adaptaciones y pruebas piloto en cada tipo de arma puesto que varía su diseño.

La participación de Terapia Ocupacional en este proceso permite en el estudiante el desarrollo de habilidades para su desempeño educativo, y en el personal sujeto de estudio un mejor desempeño ocupacional a través de la ejecución de una serie de procedimientos, representados en estrategias, métodos y medios que distinguen el ejercicio profesional⁴.



³ Ficha Técnica Cartucho de la Vida. Dirección para la Preservación de la Integridad y Seguridad del Ejército “DIPSE”.

⁴ Programa de Práctica Area Empresarial. Coordinación de Prácticas Terapia Ocupacional Universidad Manuela Beltrán.

EL APORTE DEL DISEÑO INDUSTRIAL EN EL CAMPO DE LA REHABILITACIÓN



MARIO PINILLA
Universidad de los Andes



Palabras claves

Diseño Industrial, Terapia Ocupacional, Biomédica, Ingeniería Electrónica y Pedagogía.



Introducción

El desarrollo de los objetos en rehabilitación basado en el estudio de las relaciones de interacción que tienen con el ser humano, permite al Diseño In-

dustrial enfatizar sus aspectos sociales, creativos y tecnológicos; así mismo, se contemplan los temas en un ámbito interdisciplinario.



Objetivo general

Presentar los aportes del Diseño Industrial generados en experiencias de investigación, procesos académicos y

profesionales relacionados con la rehabilitación.



Marco conceptual

El estudio del hombre dentro de un marco de ocupación como aspecto crítico de la experiencia humana, busca comprender el sentido de una actividad a través de los objetos y examina

la interacción eficaz con un ambiente; este entorno compuesto por insumos generados de la cultura y la sociedad, es el que determina tareas que definen los objetos y sus formas de uso.

Así mismo, con el estudio de las motivaciones, los hábitos, los roles, y gracias a la tendencia innata del ser humano a explorar como a dominar un ambiente [15], se influye en la formación de destrezas que se evidencian en su desempeño y se permite definir aspectos de interacción, física, psicológica, perceptual, como enfoques que se relacionan con el Diseño.

Siempre que, se tengan en cuenta las necesidades reales del contexto, como base para proyectos de carácter científico-tecnológico y el desarrollo de artefactos cómodos en su uso para la población, por medio de la incorporación de tecnologías propias que reduzcan costos de producción y busquen el mejoramiento de la calidad de vida.



Metodología

Para la propuesta se expondrán los siguientes temas:

- Experiencias académicas con instituciones en torno a la Terapia Ocupacional¹.
- Igualmente se exponen dos ejemplos específicos de investigaciones realizadas por la Universidad de los Andes junto con instituciones:

Proyecto 1: *Tecnologías de apoyo para la comunicación Aumentativa y alternativa*

En esta investigación se desarrollan ayudas tecnológicas para fortalecer el uso de la Comunicación Aumentativa y Alternativa en procesos comunicativos de personas con necesidades especiales.

El proyecto se fundamenta en la importancia que adquiere para el ser humano con discapacidad la intervención pedagógica mediada por sistemas de comunicación distintos al habla; es frecuente que, debido a alteraciones en el desarrollo –bien por factores genéticos o adquiridos– estas personas presenten dificultades para comunicarse, lo cual implica una pérdida de deseo, así como de iniciativa para establecer interlocución con las demás, debido a la problemática misma y a la reacción de los otros.

Las dificultades en los procesos comunicativos han sido una constante en la atención de las personas con limitaciones y pueden generar o incrementar problemas de aprendizaje, por cuanto restringen el desarrollo de la lengua, del lenguaje, del pensamiento y, por supuesto, afectan el aprendizaje académico.

El objetivo se centra en, incorporar ayudas tecnológicas en los procesos de comunicación de personas con

¹ Proyectos académicos desarrollados en el taller salud del Departamento de Diseño Industrial de la Universidad de los Andes, en colaboración con distintas instituciones de la salud en Bogotá.

discapacidad que asisten a la Sala de Comunicación Aumentativa y Alternativa de la Universidad Pedagógica Nacional para observar la variación en la capacidad de interacción comunicativa

En cuanto a los resultados, Se implementaron once puestos de trabajo y su espacio adecuado para dicha sala, se fortalece la atención pedagógica que brinda, mediante tecnologías de apoyo para las personas con discapacidad que provienen de distintas instituciones y comunidades.

En esta investigación avalada por Colciencias, se desarrollan ayudas tecnológicas para fortalecer el uso de la Comunicación Aumentativa y Alternativa en procesos comunicativos de personas con necesidades especiales².

Proyecto 2: Rodilla pediátrica CIREC

Este proyecto trata sobre el diseño de una nueva rodilla pediátrica protésica que permita generar una marcha segura para el paciente, además, esta debe ser adaptable a la infraestructura productiva Colombiana. La rodilla desarrollada en este trabajo es similar a otras existentes en el mercado, que poseen mecanismos de 4 barras, pero en la cara frontal no se implementa un componente que simula la rótula como parte de ella. Este vacío se complementa con la funda cosmética que usualmente es en espuma. El mecanismo diseñado tiene un rango amplio de flexión (163°), mientras que las con-

vencionales alcanzan máximo (145°). En cuanto a otras investigaciones realizadas en el mundo, se ha trabajado en el diseño de rodillas geriátricas, y adultos en general con mecanismos hidráulicos de impulsión que las hace de elevado costo e inaccesibles para nuestra población, la rodilla diseñada en este trabajo cuesta aproximadamente \$500.000.

Metodología empleada

Se aborda el problema de diseño desde sus diferentes fases, etapas, actividades y técnicas, para diseñar el producto, tales como:

En el concepto estético-formal, se toma como analogía la rodilla fisiológica humana. Basado en el modelo del movimiento de la rodilla humana en el plano sagital [6], se menciona que una de las formas en que esta se mueve, es guiada por los ligamentos cruzados. Se realizaron maquetas y modelos escala natural (*fig. 1*) los cuales representan las características formales, con un acabado en blanco.

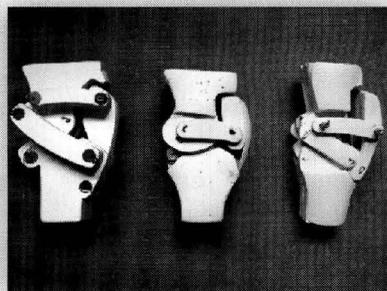


Figura 1. Primeras maquetas realizadas en cartón a escala 1:1.

² Documento informe final entregado a colciencias, del proyecto "Tecnologías de apoyo para la comunicación aumentativa y alternativa".

En cuanto al diseño mecánico, se realizó interdisciplinariamente con un grupo

de Ingenieros Mecánicos [16] (UNIANDES), se logra las mejoras de la primera geometría de rodilla ya ideada. El proceso inició con la evaluación cinemática de la última alternativa en maqueta (*fig. 1*), para lo cual se realizó la digitación del mecanismo con el software SOLID EDGE en 3D. Se implementó el método de análisis de elementos finitos bajo el criterio de falla de Von Mises [16], que permite observar el comportamiento estructural del material ante una carga de *2000 New en forma estática.

Se realizaron pruebas para conocer el desempeño de la rodilla pediátrica en usuarios transfemorales, en el ciclo de la marcha protésica. Los criterios de selección de los pacientes como una población homogénea, deben cumplir con características como; experiencia en el uso de prótesis mayor a 6 meses, muñón transfemoral (estándar, largo), se excluyen pacientes bilaterales, que utilicen ayudas técnicas como caminador, muletas, silla de ruedas o con enfermedades sistémicas asociadas.

Resultados: Esta se construyó y se probó hasta la fecha en 5 pacientes, la

cual presentó un buen desempeño en la adaptación, funcionalidad, fabricación y resistencia. Se realizó su validación en diferentes ámbitos; rehabilitación, biomecánica de la marcha, opinión de satisfacción por parte de los usuarios y adaptación de la misma a la fabricación de la prótesis, lo cual demostró su utilidad. En la biomecánica, no genera ningún inconveniente en el ciclo de marcha de los usuarios y ofreció ventajas en tiempo de apoyo como mejor movilidad de la cadera. Con respecto a los usuarios, les permitió el desempeño en actividades cotidianas como caminar en terrenos irregulares, inclinados, realizar actividades lúdicas entre otras. En la fabricación, presentó una fácil adaptación con los componentes modulares existentes en CIREC (alienador, adaptador al socket, adaptación al tubo de pantorrilla, tobillo y pie), sin embargo, los problemas principales detectados en la evaluación, se relacionan con la dificultad para adaptar muñones largos de amputados transfemorales, además, en la fabricación de las prótesis, se deben explorar alternativas a cerca de la terminación cosmética.



Conclusiones y recomendaciones

A medida que se realizan estas experiencias interdisciplinarias, el conocimiento y la experticia de los profesionales de este sector de la salud y la tecnología, son aprovechadas por el Diseño Industrial para aportar en un proceso innovador tecnológico que realiza las transformaciones necesarias para potenciar las capacidades

residuales de las personas con alguna discapacidad.

NOTA: Estas experiencias se complementarán con una muestra de afiches que ilustran el trabajo con instituciones en torno a la Terapia Ocupacional y la investigación en Salud.

Bibliografía

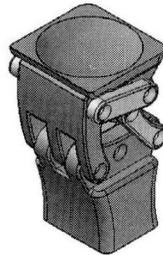
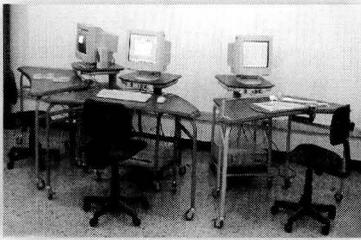
1. Henao Luis Fernando. 1993. Las prótesis en polipropileno una alternativa más. Fundación CIREC Bogotá.
2. Fitzsimons Steve. 2001, Prótesis pediátricas: sus demandas singulares, O&P world, Vol 4., No.2.
3. JPO Journal of prosthetics and orthotics 1992 Cuidados para niños con necesidades ortopédicas Vol 4 jul Amputaciones y prótesis London England Ed. Jims
4. Breakey James.1998 Mas allá de la rodilla de cuatro barras, JPO Vol 3, pg. 77-80.
5. Kapandji A.I. Fisiología articular 2 Miembro inferior. Ed. Medica Panamericana – Malione. Madrid España. 1998.
6. Ramiro José. Guía de recomendaciones para el diseño de calzado IBV 1995.
7. http://www.shotokanryukaseha.com/otros-textos/aparato_locomotor.htm
8. J.K.Chakraborty, K.M. Patil, India. "A new modular six-bar linkaje trans-femoral prosthesis for walking and squatting". ISPO. Agust,1994, vol 18, No 2.
9. R. Pawlik "Gait analytical assessment of the joint adjustment and the prosthetic alignment by using the interior C-Leg sensor system" C/ o Otto Bock Austria- Kaiserstr. 2002.
10. Información técnica sobre tipologías de rodilla de 4 ejes como, Technical Report on the TKG-5PSOSLK, TKG-5PSO and the TKG-5OSO PC Knee Units, Released from DAW industries Department of Research and Development. 2003.
11. Mohan D., Sethi P.K., India, Mathematical modelling end field trials of ain inexpensive endoskeletal above-knee Prosthesis. ISPO, Vo.6,No.2, 1992.
12. Donker Stella & Beek Peter, Interlimb coordination in prosthetic walking: Effects of asymmetry and walking velocity. Acta Physiologica, 2002.
13. Hill-Watson Selena, Report on the evaluation of the DAV/Seattle Knee, Journal of rehabilitation Research and Development, Vol 31, No.1, 1994.
14. Ellepola Wijegupta, Sheredos Saleem J, Report on the Evaluation of the VA/SEATTIE Below-knee Prótesis, Journal of Rehabilitation Research and Development, 1993.
15. Terapia ocupacional, H. Hopkins/ H. Smith. ED. Medica panamericana, p. 76.
16. Moncaleano John, Proyecto de grado: Desarrollo y evaluación de prótesis para niños con amputaciones transfemorales. Dpto. de Ingeniería Mecánica. UNIANDES, 2003.



PROPUESTA DE SENSIBILIZACIÓN DE ESTUDIANTES DE ARQUITECTURA EN LA TEMÁTICA DE DISEÑO DE ESPACIOS INCLUSIVOS: UNA EXPERIENCIA DE INTEGRACIÓN



DALIA GOUDEAU
JUAN CARLOS JOFRE



Las barreras arquitectónicas y urbanísticas constituyen un problema no resuelto, aún en Chile. Su existencia dificulta o impide el acceso al patrimonio histórico social de las personas que presentan, en forma temporal o permanente, alguna limitación de la movilidad.

Esta falta de acceso se expresa en una limitación para obtener los bienes y servicios educacionales, culturales o recreativos, que ofrece la sociedad, en igualdad de condiciones y oportunidades como lo estipula la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Constitución Política de la República de Chile, entre otras disposiciones, a todos los individuos y en especial a

las personas que presentan alguna dificultad en su desplazamiento influyendo directamente en el desarrollo de la persona y en su calidad de vida.

Corregir esta situación es una tarea del conjunto de la sociedad, sin embargo, algunos profesionales están mayormente relacionados con esta problemática y su resolución, tal es el caso de los arquitectos quienes, por el rol profesional que desempeñan en lo que respecta a la planificación, diseño, materialización y regulación de obras públicas y privadas; juegan un papel de mayor trascendencia y responsabilidad en la accesibilidad a los espacios. Por otra parte los Terapeutas Ocupaciona-

les conocen y comprenden cabalmente las necesidades y requerimientos del ambiente físico para el desempeño de las actividades cotidianas de las personas, en los diferentes roles sociales que les competen, su formación profesional contempla la adquisición de competencias profesionales que podrían ser aprovechadas en un trabajo de equipo con los arquitectos para resolver este problema.

Las iniciativas ejecutadas, en este sentido, han sido exitosas pero insuficientes. Entre ellas desde el año 1997 hasta el 2000 se utilizó, en la formación de Terapeutas Ocupacionales de la Universidad de Playa Ancha, el Método por Evidencia, como una forma de sensibilización de los estudiantes respecto del tema de la accesibilidad y la discapacidad. El año 1999, un grupo de estudiantes de la Carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile, presenta el estudio: "Diseño e Implementación de un Taller para Estudiantes de Arquitectura acerca de las Barreras Arquitectónicas y Urbanísticas en el Proceso de Integración social de las Personas con Discapacidad". Posteriormente, el año 2000 se realizó el "Taller Transversal para Estudiantes de Ingeniería de la Universidad Técnica Federico Santa María", que apuntaba en el mismo sentido.

A partir de estos antecedentes, surge la idea de este proyecto de investigación formulándose las siguientes preguntas investigativas: ¿Es posible influir en el cambio de mentalidad de los futuros arquitectos, mediante un proceso de sensibilización? ¿Qué conocimientos y metodología se pueden aportar desde la Terapia Ocupacional para contribuir a la formación de arquitectos con conciencia integradora frente al problema de las barreras arquitectónicas y urbanísticas?

Para responder a estas preguntas, se plantea la idea de participar, en conjunto, Terapeutas Ocupacionales docentes de la Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación y los docentes Arquitectos de la Universidad Marítima de Chile y Universidad del Mar, Sede Talca, en el desarrollo de un proyecto de sensibilización de los estudiantes de Arquitectura de primer año, inserto dentro de las asignaturas de taller de las Carreras de Arquitectura de las Universidades señaladas.

Posteriormente, se realizará un seguimiento de los estudiantes, que voluntariamente accedan a ello, observando y evaluando los proyectos presentados durante su formación.



Objetivos del proyecto

Determinar que contenidos y metodología puede aportar la Terapia Ocupacional a la formación de arquitectos con conciencia integradora.

Analizar si la intervención propuesta es una herramienta eficaz en el cambio de la percepción de los estudiantes respecto del uso y diseño universal de los espacios.



Metodología

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, de diseño cuasi experimental orientado a desarrollar una investigación acción, tendiente a producir un aprendizaje actitudinal y meta cognitivo en una muestra intencionada compuesta por estudiantes de arquitectura de primer año de las Universidades Marítima de Chile y del Mar, Sede Talca, quienes participarán de un proceso de observación inscrito en una experiencia que, desde lo colectivo, persigue una sensibilización individual. Para desarrollar este proceso de sensibilización se utiliza la experiencia del Juego de Roles y la integración con personas que viven alguna discapacidad.

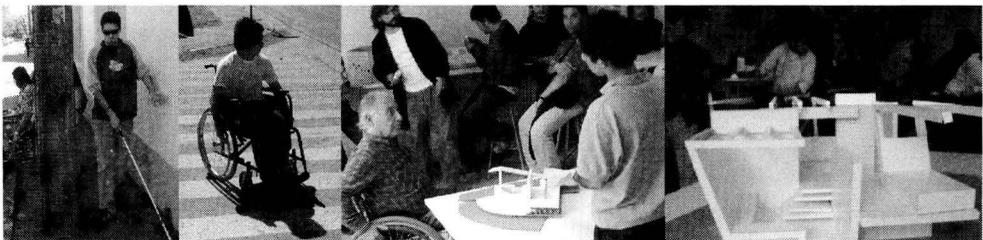
El análisis de resultados se llevará a cabo sobre la base de productos proyectuales expresados en modelos arquitectónicos a escala, que serán evaluados en función de la presencia, en primera instancia, de rasgos de creatividad en torno a proponer soluciones a barreras arquitectónicas y, en una

segunda etapa de formación, rasgos que den cuenta de una preocupación transversal por integrar al usuario al diseño de espacios inclusivos.

Así también se sistematizará y analizará el contenido de los datos obtenidos de encuestas, de registros gráficos y de procesos de observación participante.

Estos resultados se analizarán para estructurar un aporte a la formación de arquitectos, desde la perspectiva de la terapia ocupacional, en el diseño universal de espacios individuales y colectivos.

La Ponencia consistirá en presentar la fase experimental del proceso de investigación, mostrando el trabajo hecho con los estudiantes, la experiencia del juego de roles, la integración con personas que viven alguna discapacidad, algunas soluciones y proyectos propuestos y una evaluación anticipada.



EXPERIENCIA DE INVESTIGACIÓN CON FAMILIAS EN LA ELABORACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD MOTORA MODERADA Y SEVERA



MARTHA IRENE PACHECO CABALLERO

Terapeuta Ocupacional
Universidad Nacional de Colombia, 2003

MARIANNE WILLEN

Ergoterapeuta, Escuela Técnica de Ergoterapia, Biell, Suiza

DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
GRUPO DE INVESTIGACIÓN
CENTRO DE HABILITACIÓN Y CAPACITACIÓN ALUNA
Diagonal 26 Nro. 47-49 Barrio República de Chile, Cartagena de Indias
investigacionaluna@hotmail.com
www.aluna.org.co



Palabras clave

Ayudas Técnicas, Discapacidad Motora Moderada y Severa, Terapia Ocupacional, Adaptaciones, Postura Sedente, Control Tónico, Grupos de Padres. Investigación Participante



Resumen

El presente trabajo corresponde a la sistematización general de una experiencia de investigación participante llevada a cabo por el departamento de Terapia Ocupacional del Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA en la ciudad de Cartagena de Indias. Dicha experiencia de investigación revela un marco metodológico, conceptual y unos resultados que se consideran de importancia para socializar en espacios de

debate y apoyo tanto en el campo de la Terapia Ocupacional, como en el campo de la Educación Especial.

La experiencia de investigación surge desde la inquietud profesional del departamento por mejorar las condiciones de bienestar y confort de los niños y niñas con discapacidad motora moderada y severa, los cuales pertenecen a los estratos sociales más ba-

jos de la ciudad de Cartagena y que se encuentran escolarizados a través de los programas especializados en educación del Centro ALUNA.

Se identificó inicialmente la necesidad de mejorar las condiciones de apoyo técnico para mejorar posturas y para propiciar algunas condiciones de independencia, tanto en casa como en la institución. Estas necesidades en el mejor de los casos intentaban suplirse con algunos ensayos hechos por los padres, con buena intencionalidad pero sin aceptabilidad técnica y que podrían provocar mayores complicaciones en la condición física de niños y niñas.

La propuesta de intervención de la experiencia involucró un componente más que pretendía complementar una situación identificada como importante en el cuidado de estos menores, pues la familia empezaba a tejer una relación institucional bastante problemática en tanto esperaban el cuidado con características de “guardería” y no con elementos de orden pedagógico. La situación dejaba entrever el deseo de las familias de “entregar” a los niños y niñas para que sea la institución la que genera y desarrolle el proceso de rehabilitación dejando de lado paulatinamente su participación en el mismo.

En este sentido, la experiencia de investigación deriva en la conformación de un grupo de padres para la elaboración de

ayudas técnicas para sus hijos e hijas. Es así como se emprende la búsqueda de los materiales más económicos y se desarrolla un proceso participativo tanto en la elaboración de adaptaciones para sillas de ruedas y sillas fijas, como en la acomodación de platos, cucharas, tijeras y otros aditamentos, para finalizar con la elaboración de juguetes sensoriales adaptados.

Los resultados de dicha experiencia de investigación son de dos órdenes. Los primeros hacen referencia a los logros en productos y calidad de los mismos en la vida de los 23 niños y niñas involucrados, y la consolidación socioafectiva de un grupo de apoyo de padres. Los segundos son resultados no esperados y sin embargo enriquecedores, en ellos se evidencia el papel de familiares distintos de los padres en la intervención y apoyo a niños y niñas, valorándose cualitativamente la construcción de pilares emocionales para la aceptación de la condición física de los menores.

Para finalizar el grupo que desarrolla la experiencia sigue siendo, en la actualidad un grupo de padres y tera-



peutas ocupacionales que comparten alrededor de la construcción de apoyos para sus hijos (en términos de ellos: "sus obras maestras") mucho más que la situación vulnerable y la

incertidumbre por el futuro de los niños, comparten también momentos alegres, situaciones jocosas y sus grandes éxitos logrados a partir del trabajo técnico.



Introducción

La discapacidad, desde las últimas concepciones de la OMS, se define por una condición social más que por una condición biológica, es entonces, el entorno y la capacidad que tiene el individuo de adaptarlo el que determina la funcionalidad o no de individuos en situación de discapacidad. El Entorno se convierte entonces, en un aspecto que puede ser favorecedor o limitante para las personas con discapacidad según los matices que a éste se le atribuyan.

El trabajo que a continuación se presenta da cuenta de una experiencia de investigación sencilla y puntual que permitió beneficiar a 23 niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad intentando dar respuesta a una serie de interrogantes de padres, docentes

y terapeutas en cuanto a la adecuación del entorno mediante la elaboración económica de ayudas técnicas. Se transformó entonces la pregunta de ¿qué puede hacer mi hijo o mi alumno? En la de: ¿qué puedo hacer yo para favorecer el quehacer y el actuar de mi hijo o alumno?

Cada una de estas adaptaciones desarrollada de manera especial por padres y algunos docentes, se constituyeron en la única posibilidad de estos niños y niñas de mantenerse en una postura adecuada o realizar con mayor independencia una actividad, oportunidad que repercute tanto en independencia, confort y autoestima del niño, como en la calidad de vida del cuidador.



Métodos

La investigación participante se constituye en el espacio que se fue construyendo a partir de la generación de la experiencia y que valida el proceso de intervención, en tanto los padres, algunos profesores y los terapeutas participantes logran involucrarse en

el proceso de manera activa y efectiva. Esta metodología permite que el proceso de intervención iniciado mantenga una continuidad que va más allá de la elaboración de un producto final terminado y que se logren resultados paralelos a los objetivos centrales tra-

zados inicialmente. Es decir, permiten un devenir de la investigación misma

para lograr resultados esperados y resultados paralelos.



I. Contexto de la experiencia

El Departamento de Terapia Ocupacional adscrito al Grupo de Investigación del Centro de Habilitación ALUNA estuvo conformado inicialmente por la Ergoterapeuta Suiza Marianne Willen y la Terapeuta Ocupacional Martha Irene Pacheco, ellas impulsan la experiencia de investigación durante un año tres meses; sin embargo es de aclarar que el grupo de padres conformado a partir de la experiencia de investigación se mantiene actualmente funcionando¹.

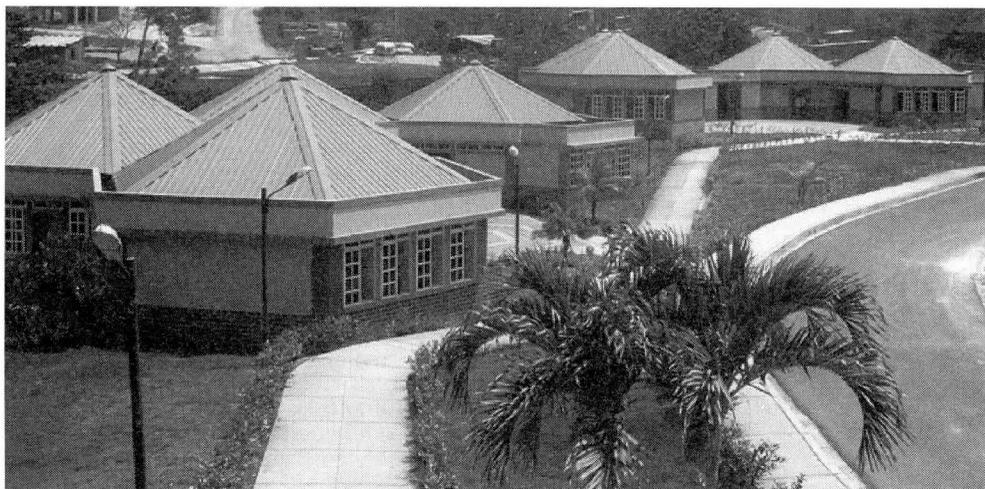
El Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA está situado en la ciudad de Cartagena de Indias en el Barrio República de Chile Diagonal 26 Nro. 47-49 y sus teléfonos principales de contacto: 5-6746444, 5-6742470, mail: aluna14@epm.net.co, página Web: www.aluna.org.co. En la actualidad pertenece a la Fundación ALUNA, y es dirigido por el Grupo Colombo-suizo de Pedagogía Especial, con presencia en Colombia del Dr. Pascal Affolter pedagogo especial de la Universidad de Zurich, actual director del Centro y de la Fundación. (Ver ANEXO 1)

El Centro de Habilitación y Capacitación ALUNA desarrolla sus actividades en cinco niveles:

1. Atención integral a niños y niñas en situación de discapacidad cognitiva y múltiple en la sede Central del Centro ALUNA, y en sus dos programas satélites en los barrios Policarpa y Olaya Herrera. Actualmente se atienden de manera integral² a 190 niños, niñas y jóvenes en sus diferentes programas adaptados, con una estructura arquitectónica y recursos de alta calidad. Es importante destacar que el 70% de niños, niñas y jóvenes atendidos pertenecen a los estratos 1, 2 y 3 de Cartagena de Indias, y son financiados a través de convenios de apoyo solidario y/o empresas privadas.
2. Capacitación continua de pedagogos, terapeutas, padres de familia y estudiantes universitarios. En este campo se hace capacitación a los y las docentes de las escuelas regulares cercanas a los satélites, se capacitan Madres Comunitarias en prevención de la discapacidad, y estudiantes de diferentes universidades mediante convenios de práctica.

¹ En la actualidad el Departamento de Terapia Ocupacional, luego del regreso a suiza de Marianne Willen trabaja con las terapeutas ocupacionales: Martha Pacheco y Dalia Arias.

² Neuropediatría, fonoaudiología, terapia ocupacional, fisioterapia y psicología, cuyo eje es la educación especial.



3. Publicación de la Revista Educación Especial. Anualmente se publican dos revistas especializadas sobre el tema.
4. Investigación en temas pedagógicos y terapéuticos, a través de la conformación de su Centro de Investigación, a través del cual 13 profesionales están cursando un Diplomado en Investigación Educativa con Infancia con Necesidades Educativas Especiales en convenio con la Universidad Tecnológica de Bolívar.
5. Sensibilización social para la comunidad por el respeto a condiciones dignas de las personas en situación de discapacidad. Se hace a través de actividades culturales como la organización y ejecución del Festival de Teatro de Educación Especial.

En este contexto general, se seleccionan un grupo de 23 niños y niñas con discapacidad motora moderada y

severa, con necesidad inmediata de adaptaciones técnicas y apoyos de independencia y cuyos recursos no permiten la compra de objetos ya elaborados y de difícil adquisición.

El grupo de niños y niñas presenta en general las siguientes características:



Nro.	NOMENCLATURA	EDAD	DX
1	A.A.	9 a	Tx Neuromotor Espástico
2	A.B.	12 a	Tx Neuromotor Espástico
3	A.C.	13 a	Tx Neuromotor Espástico
4	A.D.	8 a	Tx Neuromotor Espástico
5	A.E.	7 a	Tx Neuromotor Disquinético
6	A.F.	4 a	Tx Neuromotor Espástico
7	A.G.	4 a	Tx Neuromotor Disquinético
8	A.H.	5 a	Tx Neuromotor Espástico secundario a Agenesia del cuerpo calloso
9	A.I.	19 a	Tx neuromotor Espástico
10	A.J.	13 a	Sx Rett
11	A.K.	14 a	Tx Neuromotor Disquinético
12	A.L.	13 a	Sx Down- Discapacidad cognitiva profunda
13	A.M.	4 a	Sx Rett
14	A.N.	12 a	Tx neuromotor
15	A.O.	7 a	Tx. Neuromotor Espástico
16	A.P.	5 a	Discapacidad Cognitiva Profunda Sordoceguera Retraso en el desarrollo
17	A.R.	13 a	Sx Rett
18	A.S.	10 a	Tx Neuromotor Espástico
19	A.T.	7 a	Tx Neuromotor Disquinético
20	A.U.	7 a	Tx neuromotor Epilepsia
21	A.V.	4 a	Tx Neuromotor Disquinético
22	A..W.	2 a	Tx Neuromotor Hipotónico
23	A.X.	13 a	Discapacidad cognitiva Tx Neuromotor

Para con ellos y sus familias el equipo de Terapia Ocupacional se traza los siguientes objetivos:

- Optimizar el entorno de vida de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad motora moderada y severa a través de la elaboración
- de ayudas técnicas para la independencia, mejorar control postural y maximizar confort, con la participación activa de las familias.
- Ofrecer alternativas económicas y con aceptabilidad técnica que permitan a las familias de escasos re-

cursos adecuar apropiadamente el entorno de sus niños, niñas o jóvenes en situación de discapacidad motora moderada y severa.

- Involucrar activamente a las familias en el proceso de intervención terapéutica de los niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad motora severa.



2. Campos de documentación de la investigación

2.1. Documentación conceptual

En este apartado se da cuenta de los principales conceptos teóricos que orientan la experiencia de investigación, la bibliografía consultada y los

procesos de formación de las participantes permitieron identificar los siguientes segmentos conceptuales como los más importantes.

2.1.1. *Sobre la discapacidad motora moderada y severa*

La discapacidad motora moderada y severa se conceptualiza de acuerdo al entorno, es producida de la interacción de las personas con trastornos neuromotores secundarios a lesiones o anomalías del desarrollo del cerebro inmaduro, que impide la realización de Actividades Básicas Cotidianas dentro de parámetros considerados normales. La discapacidad motora es un concepto enormemente ambiguo ya que aunque sea un trastorno motor también lleva asociados otros de tipo sensorial, perceptivo y psicológico.

La discapacidad motora moderada y severa no siempre va asociada a una discapacidad cognitiva del mismo grado, sin embargo, las dificultades motoras limitan las posibilidades del niño para interactuar con el entorno, disminuyendo por consiguiente las posibilidades de realizar aprendizajes a partir de vivien-

cias funcionales; la dificultad de asumir y mantener posturas de forma independiente, repercute en el uso prolongado de la postura en decúbito supino, lo cual no solo genera alteraciones a nivel motor; porque, al limitar su campo de exploración incide también en el desarrollo sensorial, perceptual, cognoscitivo y afectivo del niño.



2.1.2. Sobre ayudas técnicas

Las ayudas técnicas son utensilios que se utilizan para suplir movimientos o disminuir las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad. Se trata de herramientas que mejoran la interacción con el entorno y por consiguiente la calidad de vida de personas que se desenvuelven con capacidades físicas o sensoriales disminuidas.

La tecnología dura tiene a su servicio diferentes alternativas que permiten la adopción de posturas adecuadas y la ejecución cómoda de desplazamientos, respondiendo asertivamente a las necesidades de la persona con discapacidad y sus cuidadores.

Prescribir ayudas técnicas requiere un amplio conocimiento en relación con antropometría y ergonomía; sin embargo, trascender de la prescripción de un equipo a su consecución no siempre es posible, en especial en contextos en los cuales las dificultades económicas se constituyen como uno de los limitantes más grandes en la búsqueda hacia alternativas de habilitación. Dentro de este contexto se hace necesario estructurar estrategias de tecnología blanda que faciliten a la población con discapacidad y su familia el acceso a alternativas terapéuticas de óptima calidad.

2.1.3. Sobre facilitar la ejecución de A.B.C.

La prescripción de ayudas técnicas para A.B.C. se realiza con el objetivo de maximizar independencia en las personas con discapacidad; básicamente existen aspectos claves a considerar como:

- Adaptar mangos aumentando su grosor para facilitar la realización de agarres en la manipulación de cucharas, cepillos de dientes, cepillos para el cabello y esferos.
- Elaborar agarraderas para facilitar la ejecución del patrón mano-boca, favoreciendo la precisión al manipular implementos como vasos.
- Utilizar antideslizantes y aumentar el peso de platos y cucharas con el objetivo de disminuir la interferencia los

movimientos producidos en el Trastorno Neuromotor tipo Atetósico.

- Utilizar mesas media luna adaptándolas a las mesas corrientes durante la realización de actividades pedagógicas o de autocuidado con el fin de incrementar control en tronco.



2.1.4. Sobre favorecer el desarrollo integral a través del juego

La discapacidad motora y las discapacidades sensoriales requieren adaptaciones a juguetes con el objetivo de favorecer la manipulación de los niños y utilizar el juguete como herramienta de estimulación sensorial.

En discapacidad física se hace necesario favorecer la posibilidad del niño

de manipular el juguete y en discapacidad sensorial es posible adaptar juguetes enriqueciendo la información que estos ofrecen con texturas, sonidos y peso, entre otros aspectos; de tal forma, que en la actividad lúdica se involucren diferentes sentidos a la visión.

2.1.5. Sobre la modificación de la postura como estrategia de intervención

Cuando la población presenta discapacidad motora moderada y severa modificar la postura de forma activa no es posible, incluso mantener una postura que inhiba la presencia de reflejos patológicos y permita la alineación de los segmentos corporales dentro de los parámetros cercanos a los normales puede constituir todo un reto para profesionales de la salud y padres de familia.

La utilización de la postura dentro del proceso de rehabilitación es una alternativa cada vez más llamativa, puesto que a través del control postural es posible influenciar el tono muscular, determinando inicialmente las posturas reflejas patológicas para posteriormente inhibirlas ofreciendo el apoyo postural requerido por cada niño de acuerdo a sus características individuales.

La calidad del tono postural se encuentra influenciada por los siguientes puntos: en primer lugar el punto clave central se encuentra ubicado a

nivel de T7-T8/ esternón, y en segundo lugar deben ser analizados básicamente tres puntos periféricos de control del tono postural, pelvis, hombros y cabeza.

La posición adecuada de los segmentos corporales al asumir la postura sedente, facilita la participación del niño en la ejecución de actividades de autocuidado, pedagógicas, lúdicas y de tiempo libre, maximizando sus posibilidades de interactuar dentro del contexto en el cual se encuentran inmerso y facilitando la ejecución de Actividades Básicas Cotidianas a padres de familia y docentes.

Cuando a través de ayudas técnicas se ofrece apoyo a un niño con discapacidad para mantener una postura sedente adecuada se pretende alinear los segmentos corporales de la siguiente forma: Cabeza erguida en el plano vertical, hombros alineados, tronco con 10º de inclinación posterior, ángulo entre tronco y muslo entre 95º y 135º (excepto cuando la fuerza pelviana o

la inclinación posterior exija mayor flexión de caderas), pies apoyados existiendo un ángulo entre pierna y tobillo de 90º a 110º (si las condiciones osteomusculares del niño lo permiten).

Deben ser considerados aspectos como la distribución equitativa del peso en las tuberosidades isquiáticas, la relación antropométrica entre la base del asiento (anchura y profundidad de silla) y el volumen de los glúteos; finalmente, la estabilidad a nivel de tronco y de hombros si las características del niño lo exigen.

La utilización de asientos adecuados proporcionan los siguientes beneficios: Disminución de interferencias reflejas patológicas anormales sobre el cuerpo; conservación del arco activo y pasivo de movimiento, reduciendo la aparición de deformidades o contracturas y previniendo la adquisición de úlceras por decúbito. Proporcionan estabilidad incrementando funcionalidad, tolerancia, comodidad e interacción con el entorno, favoreciendo la función del sistema nervioso autónomo.

2.2. Documentación del mundo cotidiano

Este tipo de documentación permite recoger las experiencias y prácticas cotidianas observadas alrededor del campo teórico de la investigación, dándonos referentes sobre intereses y necesidades de los participantes de la misma.

Para este tipo de documentación se realizaron visitas domiciliarias a las familias seleccionadas a partir de las cuales se establecieron entrevistas y observaciones directas sobre la relación del niño o niña, su familia y su entorno.



2.2.1. Sobre los soportes contruidos en las casas

La discapacidad motora moderada y severa es una condición que provoca altos grados de dependencia de cuidadores y familiares, siendo una necesidad para todos, mantener al menor con discapacidad en posiciones

que favorezcan la interacción de sus familiares sin representar demandas físicas altas; es decir, los padres familiares y cuidadores no pueden estar permanentemente alzándolos, y tampoco están satisfechos dejándolos en

colchonetas, aunque sucede con bastante frecuencia.

Por esta razón, y dadas las condiciones económicas precarias las que no permitirían la compra o adquisición de equipos elaborados; las familias seleccionadas para el trabajo que se presenta, habían optado por intentar ubicar los niños y niñas en posiciones parecidas a las “normales”, pero a partir de algunos “arreglos” caseros, tales como el uso de sábanas para amarrarlos y almohadas. Arreglos que aunque de intencionalidad positiva, no son los correctos para ayudar a corregir las consecuencias de la discapacidad motora moderada y severa, o a impedir que aparezcan mayores problemas posturales, por el contrario pueden llegar a favorecer a futuro, mayores complicaciones.

En ese mismo sentido, se encontró que las sillas de ruedas, la mayoría obtenidas a través de donaciones, aunque a las familias les resultaban bastante prácticas para el desplazamiento, no correspondían de manera ergonómica a las necesidades de niños y niñas, por el contrario se observó bastante incomodidad y un ajuste postural altamente incorrecto.

Otro hallazgo, durante las visitas domiciliarias permitió identificar la ausencia de instrumentos para la alimentación o



que permitan alguna independencia, es decir, no se identificó ninguna adaptación que favoreciera un cierto grado de independencia, ni ninguna iniciativa de acomodación de instrumentos lúdicos para los niños y niñas.

Las situaciones anteriores son claramente explicables a la luz de un entorno cultural, social y económico bastante precario y en el que la infancia (incluso la que no tiene discapacidad) es vista como un momento para la futura adultez productiva y no como una etapa presente que requiere de atención y cuidado. Así mismo, la discapacidad motora moderada y severa, provoca en familiares y conocidos una actitud que oscila entre dos extremos: el total paternalismo que niega la individualidad o el abandono social que reduce las relaciones a la asistencia mínima requerida.

2.2.2. Sobre la participación de los padres

En el marco de la relación institucional con personas con discapacidad motora moderada y severa, las

dos actitudes mencionadas en el apartado anterior, hacen su presencia en las aulas y ocurre que paulati-

namente, a medida que las familias sienten mayor confianza con la institución se produce una situación que se puede denominar como el “descargue” familiar.

Con el término anterior se hace referencia a la manera como el apoyo ofrecido por la institución a la familia, termina convirtiéndose en un cierto “abandono” del niño o niña y en el que el papel de la familia y el de la institución entran en conflicto de intereses más que en un espacio de colaboración mutua en beneficio del niño o niña.

De este modo, la familia parece ver a la institución como un espacio de “guardería” donde puede dejar su hijo o hija y cuya función se reduce al asistencialismo básico, mientras que la institución se debate en buscar que la familia (que hasta hace poco era protagonista) se comprometa y participe del cuidado, desarrollo y habilitación de los niños y niñas.



Las estrategias de las instituciones para lograr esa participación de los padres, por lo general se han centrado en charlas, conferencias y entrevistas psicológicas que en el mejor de los casos logran una cierta colaboración en el proceso, pero que por lo general tienen un cambio de actitud limitada en el tiempo, provocando que se repita la citación y el procedimiento establecido institucionalmente.



3. Consolidación del grupo de padres Momentos de la experiencia

Con el anterior panorama de documentación conceptual y documentación desde el mundo cotidiano y la experiencia, es como surge la investiga-

ción presentada, y que se desarrolló a partir de los siguientes momentos estratégicos.

3.1. Las sillas de madera

La discapacidad se encuentra ligada a la actitud y compromiso que ha de

traducirse en objetos y condiciones reales para niños y niñas. Por consi-

guiente se hizo necesario, derivado de las primeras observaciones al interior de la institución, adquirir un mobiliario adecuado en cuanto a durabilidad, estabilidad y que permita, a futuro, graduar soportes para pies y cabeza. Es decir: sillas de madera.

Sin embargo, las sillas de madera no resultaron suficientes para brindar es-

tabilidad y seguridad; pues cuando se habla de discapacidad motora, el entorno debe ofrecer mayores posibilidades, de lo contrario una silla puede convertirse en un inmueble peligroso y lejano a las posibilidades de los niños. Es entonces cuando aparece la necesidad de realizar las adaptaciones necesarias para poder hacer uso de ellas.

3.2. El primer intento fallido

Las condiciones institucionales, así como una actitud ligada más a la concepción de responsabilidad que al asistencialismo, llevó al equipo a buscar dentro de la llamada “tecnología blanda” un material que contara con las siguientes características: moldeable, resistente, estable, higiénico, económico y que permita realizar modificaciones sencillas a medida que el niño crece, y permitiera la adaptación de las sillas de madera.

Se realiza intentos con polietileno de baja densidad pero se encuentra que su bajo grado de rigidez y dureza dificulta el proceso de moldeo y no permite garantizar una duración de la adaptación realizada, mayor a 3 semanas; tiempo en el cual. El material se deforma con el uso y no ofrece la estabilidad necesaria a los segmentos corporales.

3.3. El segundo intento... La primera silla exitosa

Se continúa en la búsqueda del material que ofrezca estas posibilidades y finalmente se consigue láminas de espuma reutilizada, la cual ofrece óptimas condiciones de moldeo, dureza y

rigidez, características que permiten garantizar el proceso de moldeo y la duración de la adaptación realizada, elaborándose la primera silla adaptada de bajo costo en Aluna.

3.4. Las adaptaciones en la institución

Una vez construidas las primeras adaptaciones para sillas y al haber identificado que la experiencia beneficiaba a unos cuantos niños y niñas, y además que solamente tenía efecto durante el tiempo en que permanecían en la ins-

titución, se comienzan a dar diversas discusiones que llevan a trazar los objetivos de la experiencia.

Inicialmente las docentes de los grupos en que los niños y niñas identifi-

cados como “prioritarios”, comienzan a participar en la elaboración de sillas adaptadas y se amplían el tipo de adaptaciones a la construcción de juguetes sensoriales adaptados e instrumentos de alimentación. Sin embargo, la multiplicidad de tareas, junto con la necesidad de individualizar más los programas de atención, hace que las docentes no puedan continuar con el ritmo y compromiso necesario para lograr mayores resultados, en menor tiempo. Por su parte, los niños y niñas seguían necesitando con urgencia en principio las sillas adaptadas, pero luego las otras adaptaciones.

Las discusiones también llevaron al equipo de Terapia Ocupacional junto con las docentes, a plantear la situación problemática en relación a la “poca colaboración” de los padres en el proceso de cuidado, atención y habilitación de los niños y niñas; para



ese momento entonces apareció la necesidad de involucrarlos, de construir muchas más adaptaciones y de involucrar una transformación del entorno familiar en donde se desenvuelve el niño o la niña. Todo esto enmarcado en las visitas domiciliarias realizadas y en las diferentes situaciones observadas por docentes y terapeutas.

3.4. Consolidación del grupo de padres

Dentro de la institución el apoyo de los padres es fundamental, pues son ellos quienes conocen a fondo tanto los intereses y necesidades de sus hijos, como sus posibilidades económicas. Se busca más allá de una actitud de colaboración, un proceso de participación real y coequiperera con el grupo de profesionales que realizan intervención pedagógica y terapéutica con los niños y niñas.

Por esta razón, y a partir de las discusiones de equipo, se decide involucrar a los padres en la construcción de las adaptaciones para las sillas y las ade-

cuaciones de otros instrumentos para 23 niños y niñas de la institución. Teniendo en cuenta algunos principios generales que se establecieron, algunos al comienzo y otros se fueron provocando a partir de la misma experiencia de trabajo. Estos principios de trabajo institucionales se resumen en los siguientes puntos:

- a. Las adaptaciones se realizan para todos los niños que así lo requieren.
- b. En la elaboración participará directamente la familia y los materiales cuando la adaptación es para uso

del niño al interior de la institución se darán, y si es para uso en la casa, la familia aportará en la consecución y compra de los materiales que ya han sido seleccionados como adecuados y de bajo costo para el trabajo.

- c. Cuando se trata de niños con muy bajo control postural las sillas para permanencia en casa o en el colegio que se adaptarán han de ser sillas en madera de lo contrario la adaptación no produce el efecto esperado. (se requiere usar este material para ofrecer estabilidad ald.
- d. Cuando el control postural del niño lo permite, se adaptan las sillas utilizadas en el hogar; si estas cumplen con las características ergonómicas necesarias.
- e. Se realizan adaptaciones a las sillas de ruedas (cuando las condiciones de la familia o por donaciones han logrado tener silla de



ruedas) y/o a coches para facilitar traslados de manera cómoda para niños y niñas.

Con estos principios generales se comienza a consolidar el grupo de padres que cada sábado se dedica durante dos horas al trabajo, bajo la guía y orientación de las profesionales de terapia Ocupacional, y construyen adaptaciones realizadas a sillas de estar en casa, sillas de ruedas, coches para facilitar deambulación, instrumentos de alimentación y juguetes sensoriales.



Una vez se finaliza la elaboración de las adaptaciones, los padres hacen uso de ellas en el hogar; la institución hace seguimiento de su uso adecuado por medio de dos fuentes: en primer lugar, la información o inquietudes que los padres manifiesten por escrito en el “cuaderno mensajero” (medio de comunicación entre el colegio y la familia) y en segundo lugar, la observación en las visitas domiciliarias.



Resultados

- El nivel de participación activa y comprometida de padres y familiares en el Grupo de Padres de Elaboración de Ayudas Técnicas, en concordancia con el grupo de niños y niñas fue altamente significativo, pues cuando no se comprometía uno de los padres, siempre se involucró a alguien de la familia en el proceso. En total se logró que del grupo convocado el 91.3% participara activamente y en los dos casos en que no se logró que las familias asumieran, las docentes se

comprometieron con la elaboración de lo que necesitaron los niños y niñas.

El anterior resultado evidencia dos aspectos, por una parte que la participación de la familia resulta un factor fundamental para el mejoramiento de la calidad del vida del paciente, y por otro lado que la tarea no siempre, ni necesariamente es asumida únicamente por los padres, sino que se amplía a otros miembros de la familia.

Nro.	NOMENCLATURA	EDAD	FAMILIAR PARTICIPANTE	TIPO DE AYUDA TÉCNICA CONSTRUIDA (Adaptación de:...)
1	A.A.	9 a	Madre Hermana	Silla de ruedas
2	A.B.	12 a	Madre	Silla de ruedas Cuchara para alimentación Vaso adaptado Plato adaptado
3	A.C.	13 a	Docentes	Silla para el colegio Silla de ruedas
4	A.D.	8 a	Madre	Silla de ruedas Silla para el colegio
5	A.E.	7 a	Madre	Silla para el colegio Silla para la casa
6	A.F.	4 a	Madre	Silla par el colegio Silla para la casa
7	A.G.	4 a	Prima	Silla para el colegio
8	A.H.	5 a	Madre Hermana	Silla para el colegio Silla para la casa Coche para desplazamientos

(Continúa...)

(Continuación)

9	A. I.	19 a	Madre	Silla para el colegio Cuchara adaptada Vaso adaptado
10	A. J.	13 a	Docentes	Silla de ruedas
11	A. K.	14 a	Madre	Mesa media luna Silla de colegio Plato adaptado Cuchara adaptada Vaso adaptado
12	A. L.	13 a		Casco protector para convulsiones
13	A. M.	4 a	Madre	Adaptaciones a coche
14	A. N.	12 a	Prima	Silla para el colegio Cuchara adaptada Vaso adaptado Aditamento para escritura
15	A. O.	7 ^a	Madre Hermana	Silla de ruedas
16	A. P.	5 a	Madre	Juguetes con texturas Pesas terapéuticas
17	A. R.	13 a	Madre	Padre Silla para el colegio Coche terapéutico
18	A. S.	10 a	Madre-Madrina	Silla escolar Coche adaptado
19	A. T.	7 a	Padre	Silla de ruedas Silla de transporte
20	A. U.	7 a	Madre	Silla escolar
21	A. V.	4 a	Madre	Silla escolar Silla para el hogar
22	A. W.	2 a	Hermana	Silla escolar
23	A. X.	13 a	Docente	Cuchara adaptada

- Se elaboraron 14 ayudas técnicas para favorecer la adopción de postura sedente en el colegio. Las cuales mejoraron no solo las condiciones del niño o niña sino la ejecu-

ción del trabajo del auxiliar de aula, de los docentes y un cierto grado de participación del niño o niña en actividades de autocuidado, lúdicas y pedagógicas.

- Se logró la elaboración de 5 ayudas técnicas para favorecer la adopción de posturas sedente en el hogar; favoreciendo calidad de vida de los niños y de familiares cuidadores.
- Se elaboraron 11 ayudas técnicas para favorecer locomoción y desplazamientos: 2 adaptaciones realizadas a coches para bebés, 8 adaptaciones para sillas de ruedas y 1 ayuda técnica para favorecer la adopción de postura sedente en el transporte escolar.
- Se elaboraron 12 aditamentos para favorecer proceso de alimentación en el hogar y en el colegio; especificados de la siguiente forma: 4 vasos, 5 cucharas y 3 platos adaptados.
- Se logró la construcción de ayudas técnicas accesibles a la población del colegio; elaborándose adaptaciones para sillas a un costo de \$60.000 cada una, adaptaciones para cuchara a un costo de \$3.000 cada una, y adaptación de vasos y platos a costos aproximados de \$3.000 pesos. Valores que se consideran adecuados dadas las condiciones de calidad técnicas obtenidas y el beneficio aportado para los niños y niñas.
- Favorecer la ejecución del rol de cuidador en padres durante la ejecución de la actividad de alimentación, mediante la aplicación de las ayudas técnicas elaboradas.
- Se logró la consolidación de un grupo de apoyo emocional y laboral entre el grupo de padres participantes, donde a partir del trabajo técnico se comparten momentos difíciles y momentos alegres en el proceso de acompañamiento a sus hijos e hijas.





Discusión

- La experiencia de investigación, proyectada en un primer momento hasta el logro de los objetivos iniciales propuestos, ha evidenciado la necesidad y el interés de los padres de participar activamente en el proceso de rehabilitación de sus hijos e hijas, pero (y aunque inicialmente no fue el fin de la investigación tal logro), parece ser que solamente se produce esa participación activa y comprometida cuando se les convoca a un espacio concreto, delimitado y práctico del cual ven beneficios a corto y mediano plazo.
- Este punto nos lleva a plantear como importante el rescate de la relación del padre con el proceso de rehabilitación de su hijo o hija a partir de experiencias concretas de apoyo al proceso. Los resultados son más efectivos y duraderos que los que se generan con las charlas y conferencias a las que se les invita.
- Por otro lado, y como otro escenario aún por discutir está la manera como los padres también se involucran a si mismos en procesos de terapia ocupacional, es decir, también ellos, en el desempeño manual de un trabajo y de manera independiente con su profesión o su labor cotidiana, desarrollan procesos de aceptación de la situación familiar, ajuste emocional, desarrollo de su autoestima y un proceso de socialización que termina siendo grupo de apoyo en diversas circunstancias.
- Para finalizar el trabajo pone como parte de una propuesta de intervención que replique y cualifique la experiencia, la elaboración un material escrito (Cartilla) que contenga los puntos centrales que se han establecido con los padres como centrales para el proceso de adaptación de sillas para niños y niñas con discapacidad motora moderada y severa. (VER ANEXO 3).

Bibliografía

1. Bobath K. Base neurofisiológica para el tratamiento de la Parálisis Cerebral. Ed. Panamericana. 1998.
2. Gallardo V. Discapacidad Motora: Aspectos psicoevolutivos y educativos. Ed. Panamericana. 1999.
3. Tortosa L, Ergonomía y discapacidad. Editorial Inmerso. Instituto de Biomecánica de Valencia, 2000.
4. Schorn, Marta. La capacidad en la discapacidad. Editorial Trilvas. Buenos Aires. 2003.
5. Zubillaga A, Direcciones de Internet sobre discapacidad y accesibilidad. En: Comunicación y pedagogía. Barcelona. (2003), n. 188.
6. Pérez J. El discapacitado físico en el aula. Desarrollo, comunicación e intervención. Editorial: Diego Martín Librero. Barcelona. 2001.





Gua de Autores

Si quiere publicar sus experiencias, investigaciones o proyectos, ingrese a nuestra pagina web www.acto.org.co y allí encontrará la guía de autores.

Paute
con
Nosotros **+** **De 500**
lectores recibirán
su Anuncio

Ocupación
Humana
con nuevo diseño