

Ocupación

Vol. 11 No. 1 y 2 - 2005

Humana

Vol. 11 No. 1 y 2 - 2005 Revista Ocupación Humana



Tarifa postal reducida No 1192
ISSN 0122-0942

Paute con Nosotros



*Correos
de Colombia*



ADPOSTAL

EDITORIAL

Asociación Colombiana de Terapia
Ocupacional

COMITÉ EDITORIAL

Liliana Tenorio
Aleida Fernández

Representante Junta Directiva

Jenny Rodríguez

JUNTA DIRECTIVA

Alix Solangel García Ruiz, Presidenta.
Esperanza Rodríguez, Vicepresidenta.
Dora Susana Guarín, Tesorera. Jeannette
Méndez, Fiscal. Angie Pinzón, Secretaria.
Nina Millán, Sup. Secretaria. Maribel
Moreno, Primer Vocal. Eliana Peñalosa,
Suplente Primer Vocal. Jenny Rodríguez,
Segunda Vocal. Angélica Chavarro,
Suplente Segunda Vocal. Rosaura Salazar,
Tercer Vocal. Liliana Saavedra, Suplente
Tercer Vocal.

Asociación Colombiana de Terapia
Ocupacional

www.acto.org.co

info@acto.org.co

acto73@hotmail.com

Cra. 21 N° 84-48 • Telefax: 6221922

Bogotá, D. C. - Colombia

Propiedad Intelectual No. 002651 de Julio
de 1998. Todos los derechos reservados.
Esta publicación no puede ser reproducida
o transmitida, ni en todo ni en parte, por
ningún medio, sea electrónico o mecánico,
sin el permiso previo, por escrito de la
editorial. La responsabilidad por el
mensaje o contenido de los artículos y
material publicitario es de sus autores y no
comprometen a la Asociación ni a las
entidades con las cuales están vinculadas.

Diagramación e impresión

ARFO Editores e Impresores Ltda.

Cra. 15 N° 53-86 Tel.: 2175794

Bogotá, D.C.

Editorial

¿Podemos ayudar a construir un mundo mejor?



LILIANA TENORIO

Vivir en este tiempo, desempeñarnos como profesionales en el inicio del siglo XXI, nos implica reconocer un mundo cambiante, comprenderlo e interactuar, no sólo en él sino también con él.

Una situación continuamente cambiante se puede comprender más fácil desde la teoría del caos que desde la teoría del equilibrio a la que estamos acostumbrados. Así, siguiendo la esencia del caos, la inestable realidad actual no expresa la ausencia de un orden, ella se comporta con cierto tipo de orden, de características impredecibles aunque descriptibles en forma concreta y precisa; es decir, un tipo de orden que tiene un movimiento impredecible. Podríamos entonces comparar nuestra realidad con determinados sistemas naturales, donde pequeños cambios en las condiciones iniciales conducen a enormes discrepancias en los resultados.

Los cambios que suceden continuamente en los diversos entornos, en los niveles macro, meso y micro de nuestra sociedad, producen diferentes resultados en cada una de las personas que viven en un determinado espacio y tiempo y, a su vez, ellas actúan de acuerdo con sus principios, valores, intereses y modos de estar en el mundo, para influir en los cambios de esos mismos entornos. De igual manera, nuestro quehacer como profesionales dedicados a trabajar con las personas, y especialmente con las personas en situación

de discapacidad en un aspecto cotidiano como es la ocupación, hace parte de esos cambios y los asumimos, tanto como una dimensión que afecta indiscutiblemente el producto de nuestro trabajo, como un resultado que afecta a quienes son nuestros usuarios.



Dada nuestra responsabilidad en el desempeño como profesionales, en una dimensión tan sensible como es la ocupación de las personas, que hace parte del mundo cotidiano, los cambios que suceden, y que siempre producen desacomodo en las rutinas, conducen a divergencias en los resultados. Por tanto, nuestro desempeño desde la teoría del caos, podría asumir los sistemas, que se construyen en las diversas interacciones en la prestación de los servicios, como elementos que pueden ser tenidos en cuenta no sólo para identificar el tipo de producto que podemos ofertar sino también para valorar las respuestas en los resultados de las cotidianidades de nuestros usuarios. Para tal fin podemos comprender los sistemas desde tres dimensiones:



- Un sistema estable: Donde los cambios, según su dimensión, producen una respuesta que generalmente se mantiene a lo largo del tiempo. Por lo general las condiciones iniciales fijas tienen características conocidas y se puede estar al tanto de su evolución en el tiempo.
- Sistema inestable: Los cambios que ocurren no producen una respuesta que se mantiene a lo largo del tiempo, pero puede estabilizarse recurriendo a mecanismos conocidos en situaciones semejantes. Una de las mayores características de un sistema inestable es que tiene una gran dependencia de las condiciones iniciales que produjeron el cambio ya que no siempre son fijas.
- Sistema caótico: Los cambios aunque tengan igual dimensión, una mínima diferencia en las condiciones iniciales hace que el sistema evolucione de manera totalmente distinta, por tanto los resultados siempre cambian. Los sistemas caóticos manifiestan comportamientos diversos. Por un lado, existe un esquema de respuesta por el que el sistema se ve atraído, pero a la vez hay «fuerzas» que lo



alejan de ésta; de esa manera, el sistema permanece confinado en una zona de inercia, pero sin tender a una respuesta fija.

Dada la situación de los diversos sistemas que se construyen en la prestación de los servicios de los Terapeutas ocupacionales, cada sistema debe ser analizado para poder hacerse algunas preguntas que orientarían el desempeño: A largo plazo, ¿se estabilizará el sistema? Y si lo hace, ¿cuáles serán los resultados posibles? o si cambian las condiciones iniciales ¿variará el resultado a largo plazo del sistema?

La generación de preguntas facilita la identificación y descripción de cuáles serían los puntos fijos, o puntos estables de un sistema dado, que serían las variables constantes a tener en cuenta en un tiempo establecido. Algunas de estas variables permiten anticiparse, con cierta probabilidad, a determinados resultados de los cambios producidos; lo que significa que si el sistema inicia en un estado determinado, convergerá hacia ese comportamiento probable. También nos interesan las variables periódicas, o estados del sistema que se repiten una y otra vez; estas variables también pueden ser desencadenantes de nuevos cambios y, por tanto, ser objeto de análisis previos para encontrar la probabilidad del resultado.

La cotidianidad se convierte pues en el escenario de las acciones donde el Terapeuta Ocupacional desempeña su papel social, de manera que el análisis continuo de cada situación cotidiana se comprenderá como un sistema al que,

con el debido respeto, nos acercaremos con detenimiento para construirlo como objeto de estudio minucioso.

Como sabemos, todo sistema se nutre de insumos que determinan los procesos del sistema y sus resultados; particularmente en los sistemas donde intervienen las personas, la información es clave para la toma de decisiones que puedan acercarnos a comprender el sistema que vamos a construir conjuntamente con quienes requieran de nuestros servicios, es decir, el sistema de trabajo. Por tanto, el establecimiento de mecanismos de comunicación claros y confiables, que faciliten el flujo de la información y la construcción de ella, es un aspecto determinante para la comprensión del sistema mismo.

El papel que se espera desempeñe este profesional en la sociedad está ligado con la vida cotidiana de las personas, como un conjunto de sistemas que se mueven en diversas órbitas dependiendo de las respuestas que se den en cada situación. La contribución del Terapeuta Ocupacional está basada en las competencias que desarrolle para analizar y comprender la realidad actual; una realidad que se comporta con cierto tipo de orden de características impredecibles, pero que pueden ser descriptibles en forma concreta y precisa. Su papel está en la comprensión de esta realidad, que en lo inmediato es lo cambiante y por tanto transformable, donde puede hacer aportes importantes en cada servicio que preste; realidad donde actúa como agente transformador en la construcción de una sociedad más equitativa y justa.

Contenido



1

Editorial - *Liliana Tenorio*

5

Influencia de los procesos sensoriomotores y ambientales sobre el comportamiento adaptativo y la atención - *Martha María Tobón*

28

Concepto de cuidadores de adultos mayores en situación de discapacidad: El punto de partida
FT. Ángela Liliana Bermúdez Ballesteros,
T.O. Nancy del Carmen Garcés Robayo

37

El papel de la cintura escapular en la postura y el movimiento - *FT. Marlen Rojas Rojas*

50

Habitación escolar en niños con dificultades de aprendizaje - *Angie Carolina Pinzón*

59

La actividad tutorial, un soporte académico definitivo para los estudiantes de fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario
María del Carmen Urrea González, Sandra Pulido Sánchez,
Angélica María Monsalve Robayo

66

Reflexiones entorno a la competencia ocupacional de la persona con trastorno esquizofrénico
Claudia Marcela Roza Reyes

78

Reflexiones sobre la investigación de procesos de salud enfermedad de los trabajadores de la salud
Graciela Zaldúa, M. Marcela Bottinelli, Mariela Nabergoi



Influencia de los procesos sensoriomotores y ambientales sobre el comportamiento adaptativo y la atención

Resumen

Este artículo identifica y describe la influencia de los procesos sensoriomotores y ambientales sobre el comportamiento adaptativo y la capacidad para atender, requisitos indispensables para un desempeño ocupacional exitoso. Muestra la influencia del desarrollo en estos procesos. Identifica la relación entre estos, el ambiente y las habilidades para atender y responder adecuadamente al entorno.

Explica que cuando el proceso de Integración Sensorial no es eficiente se pueden presentar problemas de Atención. Muchos autores como Mulligan en 1998, Cermak en 1988, Holborow y Oetter en 1986, han estudiado la relación entre los problemas de integración sensorial y los de Atención. Estos planteamientos también fueron comprobados por Fisher y Murray quienes proponen que los problemas de atención son el resultado de un deficiente procesamiento de la información sensorial: Táctil, Vestibular, Propioceptiva, Visual y Auditiva.

Esta propuesta se apoya especialmente en las teorías sobre desarrollo sensoriomotor, integración sensorial y aprendizaje de autoras como Ayres, Fisher, Bundy, Mulligan, y Kranowitz.

Este artículo también propone la evaluación de los prerrequisitos sensoriomotores y del ambiente. Esta se basa en la experiencia de la autora y del grupo de trabajo del Jardín Infantil Por un Mañana, ubicado en Bogotá, Colombia.

MARTHA MARÍA TOBÓN

Terapeuta Ocupacional
Universidad Nacional de Colombia
Especialista en Docencia Universitaria.
Colegio Mayor del Rosario
E mail: awadtobon@hotmail.com
Por un mañana.
Transversal 62 N° 174-51
San José de Bavaria.
Bogotá, D. C., Colombia

La propuesta de evaluación consiste en:

Una lista de chequeo cuyo objetivo es identificar los comportamientos que caracterizan el desempeño sensoriomotor y ejecutivo del niño.

La observación sistemática de los ambientes con la elaboración de cuadros que permitan describir lo que se ve cuando se observa al niño durante la ejecución de sus actividades en los contextos en que se desempeña.

Un cuestionario ambiental que permite conocer las características y posibilidades del ambiente físico y de personas de la casa con el fin de establecer la necesidad de hacer cambios y las opciones con que se cuenta.

Palabras claves

Desarrollo y problemas de Atención. Integración Sensorial y Atención. Comportamiento Adaptativo y atención. Desarrollo sensoriomotor y ejecutivo. Evaluación del desempeño sensoriomotor y la atención.

Nicolás está en clase de arte. La profesora indica a los niños que deben pintar líneas horizontales llenando la hoja. El no la está escuchando pues se está tratando de limpiar la mano que está untada de pintura ¡no le gusta como se siente! Además está preocupado porque el asiento de arte es muy alto y no se siente seguro, mejor se coge con una mano. ¿Se caerá y todo el curso se echará a reír como en la clase pasada? Sus compañeros empiezan a trabajar, así que él intenta empezar. ¿Qué tal unas flores? Cuando la profesora ve su trabajo le llama la atención ya que eso no es lo que hay que hacer. Nicolás la mira asombrado, ¿cuando dijo eso de las líneas? Pero no puede reiniciar su trabajo y por eso tira el frasco de tempera sobre el trabajo. Su profesora lo reprende por el “descuido” y lo saca del salón. Nicolás prefiere el castigo. Por fin esta libre de la tortura de untarse y sostenerse en esa silla tan alta.

Nicolás puede ser el típico niño con problemas para responder adecuadamente a las demandas ambientales. Tiene problemas de integración sensorial que afectan su capacidad para atender y plantea pobres respuestas para adaptarse a la situación.

El objetivo de este artículo es identificar y describir la influencia de los procesos sensoriomotores y de ejecución, sobre el Comportamiento Adaptativo y la ca-

pacidad para atender y proponer estrategias de evaluación de estos procesos.

Primero, se mostrará la influencia del desarrollo de los procesos de Integración Sensorial sobre el comportamiento adaptativo y la capacidad para atender. Luego se describirá la relación entre el ambiente, los procesos sensoriomotores y de ejecución y las habilidades para atender y responder adecuadamente al entorno. Después se describirán algunas evaluaciones del desempeño del niño y del entorno que se utilizan en terapia ocupacional. Finalmente se mostrará la propuesta para realizar la evaluación de los procesos sensoriomotores y de ejecución

que influyen sobre el comportamiento adaptativo y la atención.

Esta propuesta se apoya especialmente en las teorías sobre desarrollo sensoriomotor, Integración Sensorial y aprendizaje de autoras como Ayres, Fisher, Bundy, Mulligan, y Kranowitz.

La evaluación se basa en la experiencia de la autora y del grupo de trabajo del Jardín Infantil Por un Mañana, ubicado en Bogotá, Colombia. Propone emplear estrategias para identificar el perfil sensoriomotor y de ejecución del niño y conocer el ambiente en que este se desempeña. Así se posibilitará un abordaje que contemple todas las áreas que necesitan ser atendidas.



Influencia de los procesos de Integración Sensorial sobre el Comportamiento Adaptativo y los periodos de atención

Muchos autores como Jean Ayres, Anne Fisher y Anita Bundy, Winnie Dunn, Carol Stock Kramowitz, entre otros, han definido el Comportamiento Adaptativo (CA). Por ejemplo Fisher y Bundy (6) plantean que el hombre es capaz de responder en forma adecuada a las demandas ambientales gracias a la habilidad que tiene de reconocer, relacionar, e interpretar la información proveniente de su entorno.

Esta información se recibe a través de los sentidos y es procesada en el Sistema Nervioso Central por los mecanismos de Integración Sensorial (IS) y Representación Cortical. A partir de

esos procesos cerebrales se produce una respuesta, generalmente de tipo motor, adecuada a cada situación.

El CA permite al individuo una armónica interacción con el ambiente para desempeñar en forma eficiente habilidades motoras, comunicativas, cognitivas y ejecutivas. Así este puede lograr un desempeño ocupacional exitoso para aprender, jugar, trabajar o descansar (Kielhofner, 1994).

Las personas reciben información sensorial todo el tiempo. Esta información táctil, vestibular, propioceptiva, visual y auditiva es relacionada e interpreta-

da en su cerebro produciendo una respuesta adaptativa acorde con la situación (Ayres, 1979. Fisher, 1991) El proceso para producir el CA se puede explicar con el ejemplo de un niño tomando un dictado, que se encuentra a continuación:

- Escoge atender únicamente al profesor y a su trabajo a pesar de otros estímulos ambientales (Orientación - atención).
- Mira la hoja (información visual).
- Toca el papel con el borde de su mano y siente la forma del lápiz (información táctil).
- Mantiene la posición sentado y el adecuado agarre del lápiz (información vestibular y propioceptiva).
- Escucha al profesor que está dictando las palabras (información auditiva).
- Reúne la información sensorial proveniente del aula de clase y de su cuerpo y la organiza para ser interpretada (IS).
- Relaciona lo que escucha con el conocimiento que tiene de la palabra, su significado y forma de escribirla (proceso comunicativo y cognitivo).
- Decide qué y cómo escribirlo (planeamiento motor).
- Corrige los errores que comete cuando esta escribiendo (anticipación).
- Reproduce las grafías de cada palabra que le dictan y comprueba que sean correctas o hace los cambios que sean necesarios cuando comete un error (CA).
- Muestra al profesor su trabajo (Cambio en el ambiente).
- Si su trabajo resulta correcto, continúa en la actividad, de lo contrario hace las acomodaciones nece-

sarias para corregirlo (retroalimentación).

Cuando el proceso es adecuado ninguna parte del cerebro trabaja sola para la producción del CA. Ayres planteaba que casi el 80% del cerebro está involucrado en la organización, procesamiento e interpretación de la información sensorial (Stock Kranowitz, 1998). Para lograr el CA, por ejemplo, el cerebro utiliza mecanismos como la Modulación, la Inhibición, la Habitua- ción y la Facilitación de las funciones nerviosas que involucran muchas estructuras y procesos cerebrales:

La **Modulación** se refiere a la capacidad que tiene el cerebro de regular su nivel de actividad. Esta influye sobre el comportamiento físico, emocional y mental necesario para llevar a cabo una actividad. En el ejemplo del dictado, el mecanismo de Modulación, se observa en el nivel de atención y el manejo de los estímulos sensoriales que hace el niño, para mantenerse organizado e interesado durante el dictado.

La **Inhibición** se refiere a la capacidad del Sistema Nervioso de eliminar los impulsos innecesarios o irrelevantes que provienen de los estímulos ambientales los cuales pueden interferir con la ejecución de la tarea. El ejemplo del mecanismo de Inhibición, se observa en la capacidad de ignorar la sensación, proveniente de la forma del lápiz o la temperatura de la hoja de papel, que tiene el niño mientras toma el dictado, logrando así su atención a los estímulos relevantes.

La **Habitua- ción** se refiere a la capacidad del Cerebro de reconocer y ma-

nejar impulsos provenientes de estímulos familiares, a los que no necesita atender tan especialmente porque pueden ser manejados de manera automática. El ejemplo del mecanismo de Habitación se da cuando el niño puede poner toda su atención en el dictado, porque no tiene que preocuparse por la posición del cuerpo en la silla o el tipo de agarre del lápiz, mientras escribe.

La **Facilitación** de las conexiones que trasladan impulsos sensoriales y motores, se refiere a la prioridad de los impulsos importantes o vitales para la ejecución de la tarea. El ejemplo del mecanismo de Facilitación se refiere a la atención que pone el niño a la voz del profesor y a lo que está escribiendo, aunque se escuchen otros niños dentro del aula.

Cuando se presentan problemas:

Entre más eficiente sea el balance entre los mecanismos cerebrales mejor será el CA. Pero si se presenta un funcionamiento deficiente de alguno de esos mecanismos se producirán dificultades. El cerebro no será eficiente para procesar la información causando retrasos en la relación e interpretación de la información para su uso. El resultado de estos problemas se parece a cuando se presenta un gran trancón de carros en una avenida, por ese motivo todas las personas llegarán tarde a trabajar y todas las actividades del día se retrasarán.

Cuando el proceso de IS no es eficiente se pueden presentar problemas de Atención. Muchos autores como Mulligan en 1998, Cermak en 1988, Holbrow y Oetter en 1986, han estudiado

la relación entre los problemas de IS y los de Atención. Por ejemplo Shelly Mulligan (13), en su estudio sobre los patrones de respuestas sensorio-motoras que presentan los niños con problemas de atención, se refirió a la relación entre los problemas de atención y los mecanismos neurológicos descritos anteriormente. Los problemas de atención pueden ser debidos a problemas en la Modulación, Inhibición, Facilitación o Habitación, ya que la atención también depende de la organización y eficiencia de esos mecanismos.

Mulligan basa este planteamiento en los estudios de Copeland en 1995, quien expresó que los problemas de atención se consideran desordenes neurofisiológicos debidos a una disfunción del Sistema Nervioso Central, tanto a nivel neuroanatómico como neuroquímico.

Por otra parte, Stock Kranowitz(15) describe otras razones que pueden influir en el adecuado funcionamiento del cerebro como son: la pobre acción de los impulsos sensoriales, la desorganización neurológica o la escasa respuesta ante las exigencias ambientales:

- Si el impulso sensorial es interrumpido en el cerebro, no se obtendrá la suficiente información sobre la situación o se presentará exceso de un solo tipo. En el ejemplo del dictado, si el niño tiene problemas para modular la información sensorial. Sentirá por ejemplo, fastidio con la textura del papel, por lo que no podrá seguir escribiendo.
- Cuando hay desorganización, el cerebro no recibe toda la informa-

ción o esta se hace inconsistente y variable, lo cual no le permitirá seleccionarla y relacionarla para que sea interpretada. Por ejemplo, el niño tendrá problemas para oír lo que está dictando el profesor pues no logrará dejar de escuchar a un compañero que habla, así que no podrá copiar la palabra correcta.

- Cuando la respuesta es escasa a nivel motor, emocional o mental, el niño no tendrá un buen patrón para recordar las grafías de las letras y no podrá utilizar mecanismos como la anticipación o la retroalimentación para corregir lo que escribe.

Con relación al impacto de la desorganización neurológica sobre los periodos de atención, Mulligan también describe los estudios de Sharon Cermak en 1991. Ella encontró que muchos niños con dificultades de atención tienen problemas de IS y presen-

tan por ejemplo, fallas de equilibrio, coordinación motora, percepción visomotriz y de planeamiento motor. Los problemas de IS afectan el desempeño general del niño lo cual incluye su habilidad para atender, aprender, organizarse y mantener un nivel de actividad acorde con la situación.

Estos planteamientos también fueron comprobados por Fisher y Murray (7), quienes proponen que los problemas de atención son el resultado de un deficiente procesamiento de la información sensorial: Táctil, Vestibular, Propioceptiva, Visual y Auditiva.

En conclusión, los problemas de IS llevan al niño a presentar un deficiente CA que trae consigo problemas de atención. Por estas razones el niño no podrá responder de manera eficiente ante las situaciones y por lo tanto su desempeño no será exitoso.



Relación entre el ambiente, los procesos sensoriomotores, ejecutivos, y las habilidades para atender y responder adaptativamente

El desarrollo sensoriomotor y ejecutivo (DSE), se puede explicar como una suma de procesos que favorecen la ejecución de habilidades para el desempeño ocupacional. Estas habilidades se desarrollan principalmente durante los ocho primeros años. Cada adquisición es vital para el aprendizaje de otra más compleja que a su vez permitirá un desempeño más maduro y evolucionado.

En la literatura autores como Willian-son en 1984, Fisher y Bundy en 1992 o Carol Stock Kranowitz en 1998, describen esta evolución como una espiral que parte de comportamientos elementales hasta llegar a la ejecución de conductas maduras de alto nivel. Por ejemplo Stock Kranowitz (15) compara al desarrollo de habilidades con una construcción de "bloques" que conforman la estructura del ser humano.

Todos los pisos o niveles de desarrollo son determinados por funciones del sistema nervioso las cuales tienen sus centros de relación, asociación e interpretación en diferentes sitios. Los pisos del edificio son los siguientes:

- Un **nivel inicial** que se puede considerar como el “terreno y los cimientos del edificio”, conformado por el ambiente: situaciones, personas y objetos, entorno social, cultura y costumbres.
- El **primer piso** en el cual se desarrollan los sistemas sensoriales básicos: táctil, propioceptivo, vestibular, visual y auditivo.
- El **segundo piso** en el cual se desarrollan las habilidades corporales: la percepción corporal, el desarrollo postural, la bilateralidad y la especialización motriz.
- El **tercer piso**, donde se desarrollan las habilidades perceptivo-motoras: el desarrollo motor, la percepción del espacio y el tiempo y la percepción auditiva.
- El cuarto piso donde se desarrollan las habilidades cognitivas: el pensamiento y el lenguaje.
- El **último piso** donde se desarrollan las habilidades académicas y ejecutivas: el autocontrol, la regulación de los periodos de atención, las habilidades ejecutivas y las habilidades académicas.

Muchos autores como Bisell en 1988, Fisher y Murray en 1991, Dunn y De Gangi en 1992, Bennet y Dunn en

1994, Mulligan en 1996 y Ermer y Dunn en 1998, han descrito la relación entre el desarrollo de los procesos anteriormente enumerados, la capacidad para atender y la de responder en forma adaptativa al ambiente. Por ejemplo, Ermer y Dunn (6), en 1998 hicieron un estudio de la influencia de estos procesos sobre el desarrollo normal partiendo del análisis del comportamiento de los niños con disfunciones sensoriales que presentaban desórdenes de desatención con Hiperactividad.

En su estudio encontraron que estos niños tienen dificultades en procesar y manejar estímulos sensoriales provenientes del ambiente, mostrando conductas de desatención e hiperactividad, malestar sensorial y reacciones emocionales adversas ante los estímulos. A continuación se describirán las dificultades que presentan teniendo en cuenta la organización de los niveles del desarrollo descritos con anterioridad.

El **ambiente** se refiere a las condiciones, situaciones y personas que rodean al individuo en cada contexto y que determinan de manera importante sus opciones para desempeñarse de manera exitosa (Richter y Oetter, 1990). También es el espacio donde el niño utiliza las habilidades sensoriomotoras para manipular los elementos o moverse adecuadamente de acuerdo con la situación y los hábitos propios de cada actividad. En otras palabras, la forma de actuar en el rol que asume, como por ejemplo el de escolar, el de juego, o el social. Además crea estrategias para entender el mundo que le rodea y construir conocimiento.

El ambiente ofrece relaciones cambiantes con las personas, situaciones y objetos, las cuales son más complejas en la medida que el niño amplía su relación con el entorno. Además éste tiene un importante componente cultural que depende del contexto donde el niño crece.

Ritcher y Oetter (14), proponen que el ambiente permite al niño crear un "Alfabeto Básico" para lograr su adaptación al contexto sociocultural. Este alfabeto responde a los valores, creencias y costumbres. Además, parte de la interacción del niño con las experiencias sensoriales, motoras, comunicativas, afectivas y cognitivas, las cuales favorecen la apropiación de lo que le rodea y la interacción con las personas.

Cuando un niño tiene dificultades para adaptarse al ambiente que le rodea no puede actuar de manera competente ante la situación (Richter y Oetter, 1990). Es como si existiera un desequilibrio entre lo que el niño es capaz de hacer y lo que se espera de él. Por lo tanto puede presentar dificultades de atención, falta de interés, angustia, irritabilidad, sobreestimulación, pobre responsividad ante los estímulos ambientales, o problemas cognitivos.

Por otra parte, la dificultad para adaptarse al ambiente conduce a un círculo vicioso que no permite el desarrollo de las habilidades sensoriomotoras y ejecutivas, que se describirán a continuación.

La **información táctil** se refiere a la percepción de sensaciones a través de la piel tales como tacto, temperatura, o

texturas (Bissell, 1988). Su papel consiste en favorecer el desarrollo del esquema corporal que es la base de la habilidad motora pues el niño aprende a conocer cómo es y cómo utilizar su cuerpo. Esta capacidad es necesaria, por ejemplo, para manejar elementos escolares como el lápiz o las tijeras. Además la información táctil permite percibir las diversas texturas y aceptar su contacto, como por ejemplo las que ofrecen las prendas de vestir.

Los desordenes táctiles se han relacionado con los problemas de atención (Mulligan, 1996; Dunn y DeGangi, 1992). Cuando se presentan problemas en la percepción táctil, el niño dedica demasiada atención a este sistema y no es eficiente en su trabajo. Por ejemplo, no puede atender a lo que le están diciendo que haga. No escucha a su profesora porque está tratando de manejar las tijeras que están frías o se está quitando la ropa porque le pica.

La madurez **propioceptiva** se refiere a la información proveniente de músculos y articulaciones para percibir la posición y el movimiento de las partes del cuerpo. También participa en la conciencia del peso del cuerpo y de los objetos (Bisell, 1988). La madurez **vestibular** procesa la sensación que se tiene del movimiento en el espacio y tiene que ver con el control del equilibrio y el sentido de dirección (Bisell, 1988).

Estas sensaciones influyen por ejemplo, sobre el desarrollo de la postura necesaria para sentarse adecuadamente y utilizar de la mejor manera las manos para realizar las actividades durante la clase.

Gracias a la información propioceptiva y vestibular es posible para el niño mantener el equilibrio en la silla sin necesidad de usar las manos para sostenerse. De esta manera las deja libres para usar el lápiz. Además este tipo de información, permite desarrollar el rango de fuerza necesario para sostener el lápiz y hacer que el trazo salga con la adecuada presión: ni tan suave que no se vea, ni tan duro que traspase varias hojas.

Los desórdenes posturales se han relacionado con los problemas de atención (Mulligan, 1996; Dunn y DeGangi, 1992). Por ejemplo cuando el niño tiene problemas propioceptivos y vestibulares, no puede atender a lo que está sucediendo a su alrededor ya que está preocupado porque se puede caer, o porque no sabe cuánta fuerza hacer con el lápiz. Por estar controlando esas cosas no sabe lo que le están dictando.

La **percepción de la corporalidad** proviene de la sensación que da la piel, los músculos y las articulaciones, o percepción sensoriomotora. Esto le permite al cerebro crear una imagen corporal, conocer cómo funciona el cuerpo y tener una idea del yo individual a partir del esquema corporal. Esto le permite al cerebro saber qué parte del cuerpo se mueve, cómo lo hace y qué posición asume (Bisell, 1988). Gracias a esto, el niño puede hacer los ajustes necesarios para que el movimiento cumpla con el objetivo que se propone. Por ejemplo, ir hasta la caneca del salón para botar un papel arrugado sin estrellarse con ningún compañero o pupitre.

Las fallas de conocimiento corporal se asocian con problemas de atención (Fisher y Murray, 1992). Un niño con pobre percepción corporal tendrá dificultades en saber cómo es su cuerpo o cómo moverlo para cumplir con un patrón motor. Seguramente se va a estrellar con un pupitre y va a regar los elementos escolares de un compañero.

El **desarrollo de la bilateralidad** se refiere a la habilidad de combinar los dos lados del cuerpo en los patrones motores, de cruzar su línea media y de realizar tareas de hacer y sostener (Bisell, 1988). Por ejemplo, gracias a esto, el niño puede usar una mano para sostener el papel y la otra para escribir sin mover el cuerpo.

Muchos niños con problemas de atención tienen dificultades para realizar acciones de coordinación bilateral (Mulligan, 1996). Cuando tienen esta dificultad no pueden manejar sus dos manos al tiempo o no cruzan la línea media y tienen que acomodar el cuerpo o el trabajo para ejecutarlo.

El **procesamiento auditivo** es la habilidad de percibir y entender lo que es escuchado. Esta habilidad incluye la capacidad de discriminar los sonidos, de entenderlos, recordarlos o de asociarlos (Bisell, 1988). Esto permite al niño, por ejemplo, entender las instrucciones que da el profesor en clase y ejecutarlas tan pronto las escucha.

Bisell (2) plantea que los problemas de procesamiento auditivo influyen sobre la habilidad para atender. El niño puede lucir confundido o desatento y ne-

cesitar mas tiempo para ejecutar las instrucciones que se le dan, o requerir que estas le sean repetidas.

El **procesamiento visual** es descrito por Bisell (2) como el proceso de extraer y organizar la información proveniente del ambiente para entender lo que se ve. Algunas habilidades de la percepción visual están presentes al nacer, pero otras no se desarrollan completamente sino hasta la adolescencia.

Las adecuadas habilidades de percepción visual le permiten al niño organizar conceptos espaciales que le dan un sentido de ubicación de su cuerpo con respecto al espacio que le rodea. A esta organización se le denomina direccionalidad (Dunn y DeGangi, 1992). Además la percepción visual favorece la comprensión del concepto de derecha-izquierda, el cual está ligado a la percepción de los dos lados del cuerpo. Gracias a esto el niño puede, por ejemplo, juzgar la distancia y dirección entre él y el compañero al que debe lanzar un balón.

Los problemas de percepción visual se han relacionado con los de atención ya que el niño no puede concentrarse en el estímulo visual importante y todo el ambiente visual es motivo de distracción (Mulligan, 1996; Dunn y DeGangi, 1992). Cuando se presentan problemas en de percepción visual, por ejemplo, el niño no puede lanzar el balón en la dirección correcta o no le imprime la fuerza necesaria para que llegue hasta el otro niño. O tal vez se queda mirando otra cosa y se olvida de lanzar el balón.

Durante los primeros siete años se desarrolla el proceso de **especialización hemisférica** para el comando de funciones del lenguaje, la percepción visual, las capacidades cognitivas, el control emocional y el control de las acciones motoras (Fisher y Murray, 1991). Fisher plantea que el 95 % de la humanidad tiene una preferencia del Hemisferio Izquierdo para las funciones del lenguaje. El Hemisferio Izquierdo asume funciones como producir y procesar el lenguaje, reconocer las letras en una palabra, leer y comprender lo que se lee, recordar lo que se oye. Por su parte el Hemisferio Derecho tiene funciones como procesar la información visual, desarrollar la percepción visual y la memoria no verbal.

Cuando el niño tiene una buena lateralización de funciones puede, por ejemplo, manejar con gran facilidad la información visual y auditiva que recibe durante la clase.

Muchos problemas de atención se deben a una pobre Lateralización de las funciones Hemisféricas (Fisher y Murray, 1992). Cuando esto sucede, el niño no puede manejar de manera eficiente la información de lo que le dicen o lo que ve, ya que no logra procesarla de manera rápida.

La **Especialización motriz** se refiere al establecimiento de la preferencia: un lado del cuerpo se especializa para ejecutar las tareas motoras y el otro lado es el que ayuda y / o sostiene los objetos. Puede ser asumida por cualquiera de los Hemisferios Cerebrales estableciendo la lateralidad derecha o izquierda (Bisell, 1986).

Cuando se presentan problemas de lateralidad se afecta la habilidad manual. Por ejemplo, un niño que no tiene definida la mano dominante, se demora escogiendo qué mano va a escribir o cambiando de mano mientras lo hace. De pronto no escucha lo que hay que hacer.

El **Control motor fino** se refiere a la habilidad manual para realizar patrones de manipulación para acciones precisas y coordinadas (Bisell, 1986). Para realizar actividades de motricidad fina es importante la coordinación de los ojos con los movimientos de las manos. Gracias al control motor fino es posible manejar elementos como el lápiz, las tijeras o los cubiertos.

La **habilidad motora** es la capacidad que tiene el individuo de concebir, planear y ejecutar acciones motoras específicas. Esta es el resultado de unos adecuados mecanismos de IS los cuales permiten escoger los patrones motores correctos para interactuar con el ambiente. Esto le da al niño habilidad y destreza para desempeñar sus actividades (Fisher y Bundy, 1994).

Con la práctica de los patrones motores básicos y los de manipulación, el niño estará en capacidad de controlar con habilidad elementos como el lápiz, las tijeras o el borrador. Este proceso toma alrededor de 7 años, ya que los finos movimientos de la mano, sólo son precisos a esta edad que es cuando se alcanza el control de todos sus pequeños músculos y articulaciones.

Por ejemplo, el niño tiene que ser capaz de sostener el lápiz con tres de-

dos que se mueven suavemente para producir los trazos, mientras los otros dos están estáticos y flexionados dando apoyo a la mano sobre el papel. Además, una vez el niño ha desarrollado el planeamiento motor para repetir cada grafía, tiene que dedicar mucho tiempo a su práctica. Esto le dará la destreza necesaria para la copia o el dictado.

Las **Habilidades de autocontrol** se refieren a la capacidad de atender, organizarse y hacer el trabajo de manera autónoma. Esto favorece un desempeño ocupacional exitoso que parte de la propia escala de valores y el deseo de interactuar con el entorno (Kielhofner, 1992). En los primeros años de vida escolar se empiezan a moldear las capacidades para lograr la organización autónoma. Gracias a estas habilidades, por ejemplo, un niño de 8 años puede alistar los elementos de trabajo que necesita para escribir como son lápiz, borrador, papel. Puede también ser más independiente para terminar un trabajo con mínima supervisión ya que esta mejorando su capacidad de atender.

Los componentes del autocontrol son: organización, independencia y atención. Se desarrollan de manera progresiva durante los nueve primeros años y son esenciales para que el niño esté en capacidad de aprender lo que se le enseña.

Frances Ilg (9), cita a Reynell quien describe el desarrollo de la habilidad de atender como una secuencia: Se inicia al año de edad con una atención lábil. Pasa por un período de aten-

ción rígida escogida por el niño hacia los dos años. A los tres años el niño tiene una atención de un solo canal visual o auditivo, controlada por el adulto. A los cuatro años el niño ya puede controlar ese canal por sí mismo. A los cinco años el niño empieza a manejar dos canales de atención al tiempo. A los seis años tiene una atención consistente, manteniéndola por períodos apropiados.

Por este motivo es importante considerar la edad del niño cuando se escoge el trabajo que va a realizar en clase, su duración, el tipo de instrucciones, el momento en que se dan, y el grado de exigencia que se le puede hacer.

Cuando un niño tiene dificultades para atender, no puede manejar de manera eficiente los canales y tiempo de atención. Seguramente estará funcionando en un nivel inferior de la secuencia descrita anteriormente. Por lo tanto no podrá, por ejemplo, recordar y ejecutar las instrucciones dadas para el trabajo.

La habilidad para ***solucionar problemas*** tiene que ver con la capacidad de analizar la situación, diseñar una estrategia de solución a la misma y ejecutar el plan para resolverla (Bisell, 1988).

Por ejemplo aprender a leer y escribir demanda del niño la capacidad de alistar los útiles escolares; su permanencia en la actividad para hacer la decodificación de lo que lee; tener la habilidad de poder iniciar y terminar la tarea por iniciativa propia; y la posibilidad de solucionar algunos de los problemas que surjan con autonomía.

Cuando un niño tiene problemas de atención, su habilidad de resolver problemas no es buena ya que no siempre cuenta con toda la información para analizar la situación y actuar de manera adaptativa (Bisell, 1988). Por ejemplo, si el niño tiene que copiar la tarea del tablero y se distrae escuchando lo que dice otro compañero, seguramente no se va a dar cuenta de que no ha escrito todo lo que la profesora escribió. Es probable que en la casa, no pueda descifrar la tarea con las pocas palabras que haya escrito y no recuerde qué era lo que había que hacer. Por lo tanto no hará la tarea y obtendrá una mala calificación.

El ***Desarrollo emocional*** permite al niño tener relaciones significativas con las personas, a partir del autoconocimiento, el reconocimiento del otro y el sentido de grupo. Gracias a estas habilidades, las personas pueden expresar y reconocer sus emociones y las de los demás; actuar de acuerdo con su escala de valores; resolver los conflictos y pensar en las necesidades propias y las de su comunidad (Amaya, Restrepo y otras, 1998).

En su propuesta sobre la enseñanza de las habilidades para el desempeño emocional, Amaya y colaboradoras(1), plantean que cuando el niño tiene problemas de atención no logra desarrollar su madurez emocional. Por ejemplo no tiene la capacidad de "leer las claves emocionales en los demás" o reconocer los propios estados de ánimo y por lo tanto no logra expresarse de acuerdo con lo esperado para la situación. Si está jugando fútbol no tiene en cuenta lo que le está diciendo otro niño, ya que no lo escucha por-

que está pendiente sólo del balón, por eso puede herir sus sentimientos sin darse cuenta y meterse en una pelea.

Dunn (5) plantea que los niños desarrollan habilidades para aprender a partir de un **estilo cognitivo basado en fortalezas perceptuales** de tipo táctil, propioceptivo, visual y / o auditivo. Este estilo se va desarrollando a través de los años: antes de los siete años, un niño aprende más fácilmente por medio del tacto y del movimiento corporal y se le dificultan las tareas de tipo visual y auditivo. Hacia los nueve años los niños se vuelven más visuales y se les facilita aprender a partir de lo que leen o de las imágenes y esquemas. A los doce años aprenden con facilidad a partir de la información auditiva y pueden recordar con facilidad lo que deben saber solo con el apoyo de lo que escuchan.

Además, cada persona tiene un estilo para aprender que se basa no sólo en sus fortalezas perceptuales sino en sus capacidades cognitivas y el tipo de ambiente donde está aprendiendo (Dunn, 1992). Por ejemplo algunos individuos recuerdan con facilidad lo que han visto; otros lo que han escuchado y otros lo que han experimentado y manipulado. Este estilo cognitivo resulta del procesamiento simultáneo de los siguientes elementos: El ambiente físico; el estado de ánimo; las características de las personas con que se estudia; El desarrollo físico y las capacidades cognitivas: Nivel de pensamiento, habilidad para solucionar problemas, estrategias para analizar la información, especialización hemisférica.

Cuando un niño tiene dificultades en las habilidades descritas anteriormente no tiene un estilo cognitivo eficiente para aprender, no consigue adaptarse al ambiente donde está estudiando ni logra manejar la información que ve, escucha, ensaya o manipula (Dunn y DeGangi, 1992). Esto puede hacer que luzca desatento ya que no encuentra estrategias apropiadas para aprender.

Por este motivo es que los maestros encuentran en el aula, niños que no funcionan con las estrategias que ellos plantean para acceder al conocimiento. A veces la propuesta sólo ofrece un estilo cognitivo y no acciones diversas que se acomoden a las necesidades y fortalezas de cada niño.

Para resumir, existe una clara relación entre el desarrollo de los procesos sensoriomotores, los ejecutivos y la capacidad para atender y responder en forma adaptativa al ambiente. Cuando estos procesos no evolucionan dentro de los parámetros esperados el niño tiene dificultades en procesar y manejar estímulos sensoriales provenientes del ambiente, mostrando conductas de desatención e hiperactividad.

Cuando un niño tiene dificultades para adaptarse al ambiente que le rodea no puede actuar de manera competente ante la situación. Es como si existiera un desequilibrio entre lo que el niño es capaz de hacer y lo que se espera de él. Por otra parte, esta dificultad conduce a un círculo vicioso que no permite el desarrollo de las habilidades sensoriomotoras y de ejecución.



Algunas evaluaciones del desempeño del niño y del entorno que se utilizan en terapia ocupacional

En terapia ocupacional se han propuesto varias evaluaciones para establecer tanto la madurez y organización de los procesos sensoriomotores como las funciones ejecutivas. También se han hecho algunas propuestas de evaluación ambiental. A continuación se hace un breve resumen de las más frecuentemente utilizadas y de las más importantes:

La evaluación de la madurez sensoriomotora y ejecutiva a través de la aplicación de pruebas estandarizadas como el Test de Integración sensorial del Sur de California, diseñado por Jean Ayres en 1972, para identificar la tipología de la disfunción de Integración sensorial en niños que presentaban problemas de atención, de comportamiento o de desempeño motor. A partir del test propuesto por Ayres se han hecho revisiones y adaptaciones. Por ejemplo las de Fisher, Bundy y Murray en 1991, quienes dieron gran importancia al uso de Observaciones Clínicas del desarrollo postural y el planeamiento motor para caracterizar mejor el diagnóstico.

Actualmente se utiliza la versión adaptada del Test de Integración sensorial del Sur de California (SIPT), la cual es aplicada por Terapeutas Ocupacionales que tienen una certificación que las acredita para aplicar e interpretar la evaluación. El test cuenta con 17 pruebas que permiten identificar los problemas de integración sensorial en niños de 4 a 9 años.

El uso de cuestionarios y / o listas de chequeo que permiten recolectar la información y consignar la información aportada por los padres y maestros del niño. Por ejemplo, en 1994, Rita Dunn (4), diseñó el Perfil Sensorial que permite identificar el comportamiento de los niños con y sin disfunciones ante las experiencias sensoriales que ofrecen las situaciones ambientales. El perfil mide el impacto del proceso sensorial durante el desempeño de comportamientos de la vida diaria, con el fin de establecer cómo se regulan las sensaciones (Zuckerman, 1990; Dunn, 1994; Wilbarger, 1995).

La observación sistemática del niño en su ambiente la cual es necesaria para identificar las situaciones, espacios, objetos y personas que intervienen en el entorno del niño.

Eillen Ritcher y Patricia Oetter(14), en su artículo sobre la importancia del manejo de ambiente durante el tratamiento de Terapia Ocupacional, dicen que la evaluación del ambiente permite determinar las habilidades necesarias para seleccionar y organizar la información proveniente del entorno (qué, para qué, dónde, cómo, cuándo); estudiar el ambiente donde se desempeña el niño; establecer las demandas ambientales en el logro de una tarea (roles, forma de actuar, tiempo necesario para la ejecución de la tarea); determinar las tareas propias de un rol, un contexto cultural o una situación dada y delimitar los territorios

o espacios para cada persona y cada tarea (lugar donde se realiza).

Esta evaluación puede realizarse a través de la entrevista a padres y maestros, con la utilización de listas de chequeo y con la observación de los ambientes en que se desempeña el niño (casa, colegio, parque, etc.).

Es de anotar que no fue posible encontrar en la literatura revisada algún instrumento estandarizado para realizar la evaluación ambiental ya que en general los autores revisados proponen solamente observaciones y / o descripciones sistemáticas de lo que se ve.



La propuesta para realizar la evaluación de los procesos sensoriomotores y de ejecución que influyen sobre el comportamiento adaptativo y la atención

Esta evaluación se basa en la experiencia de la autora y del grupo de trabajo del Jardín Infantil Por un Mañana, ubicado en Bogotá, Colombia. La propuesta de evaluación consiste en utilizar tres estrategias: una lista de chequeo del desempeño sensoriomotor del niño; la observación sistemática de los ambientes en que este se mueve y un cuestionario ambiental que permite conocer las características y posibilidades del ambiente físico y de personas en el que vive el niño. A continuación se describen y ejemplifican las tres estrategias.

La evaluación de la madurez sensoriomotora y de ejecución

La propuesta de evaluación consiste en utilizar la lista de chequeo del Desempeño Sensoriomotor y Ejecutivo del Jardín Infantil Por un Mañana. Esta lista fue diseñada por la autora, para que sea diligenciada por los padres, maestros y / o terapeutas que observan al

niño durante la jornada escolar o en la casa.

El objetivo es identificar los comportamientos que caracterizan el desempeño sensoriomotor y ejecutivo del niño. Está dividida en 10 áreas que describen comportamientos relacionados con el tipo de procesamiento sensoriomotor o ejecutivo. Estas áreas son: Modulación sensorial; Procesamiento táctil, Vestibular, Propioceptivo, Visual, y Auditivo; Habilidad motora; Especialización hemisférica; Autocontrol y Desarrollo emocional.

La Lista de Chequeo del Desempeño Sensoriomotor y Ejecutivo califica cada comportamiento adaptativo con uno de los cuatro criterios que aquí aparecen: La conducta no aplica a la edad o situación observada (NA); la conducta no se observa nunca (N); la conducta se observa algunas veces (AV); la conducta se observa casi siempre (CS); la conducta se observa siempre (S).

A continuación se encuentra el cuadro No. 1 el cual presenta tres áreas de la lista de chequeo a manera de ejemplo:

	NA	N	A	V	C	S	S
<p>Modulación sensorial: Es irritable, llora y se queja por diversos motivos. Se cansa con facilidad y/o se pone irritable a medida que pasa el día. No soporta los ruidos y se queja de oír muy duro. Tiene temor exagerado a las alturas y al movimiento. Su estado anímico es variable durante el día. Reacciona de forma diferente ante las mismas situaciones: a veces risa, a veces llanto o a veces indiferencia. Tiene estallidos de llanto, rabia o pataletas sin razones aparentes. Necesita rituales para no desesperarse: ambientes sin cambios, rutinas exactas. Rechaza de manera sistemática ciertos estímulos: tacto y movimiento especialmente.</p> <p>TOTAL</p>							
<p>Procesamiento táctil: Rechaza el contacto con personas, objetos, material de trabajo, o ropa. No le gusta que le laven el pelo, la cara o los dientes. Responde con rabia o fastidio al ser tocado repentinamente. Trata de alejar a las personas para evitar que lo alcen, saluden o toquen. Es excesivamente cariñoso: abraza todo el tiempo, se acerca demasiado o busca caricias. Tiende a rechazar el contacto de la mano con la hoja de papel al escribir. No acepta todas las texturas en la ropa o en la comida: rechaza lo áspero, lo suave, lo blando o lo duro, etc. No le gusta quitarse el saco o los zapatos. No le gusta ponerse el saco o pantalón largo. Se quita todo el tiempo los zapatos. Tiende a mantener la boca abierta para que los labios no se toquen: no porque no pueda respirar por la nariz. No logra identificar los objetos a través del tacto. Se mueve mucho o está inquieto mientras realiza actividades sedentarias: pintar, leer, manipular objetos pequeños. Evita las actividades húmedas o pegajosas: plastilina, arcilla, pintura. Lloro o luce incómodo cuando se le untan las manos de pegante o pintura. No le importa tener la cara y las manos sucias o estar mo-coso.</p>							

	NA	N	AV	CS	S
No acepta tener las manos o cara sucia por unos segundos. Se hace masajes con ciertos juguetes o texturas. Se lleva los objetos a la boca permanentemente.					
TOTAL					
Procesamiento propioceptivo: No puede imitar posiciones o movimientos. Se le dificulta aprender nuevas secuencias motoras: manejar juguetes, aprender juegos, hacer letras o figuras, articular claramente el lenguaje. No sabe en qué posición tiene las piernas o los brazos si no los mira. Hace más fuerza al escribir, colorear o manipular objetos. Hace muy poca fuerza al escribir, colorear o manipular objetos. Le pesan mucho las cosas: un vaso lleno, el jabón nuevo, los juguetes. Se cansa antes de terminar una actividad: una plana, un juego motor, caminando, comiendo. Se cae con frecuencia. Se cansa con facilidad al mantener posiciones estáticas: sentado, parado, bocaabajo. Se coge de los muebles o se recuesta en ellos para no caerse. Es brusco al moverse. Es torpe en su desempeño motor: al jugar, al manipular los objetos, al realizar tareas escolares como cortar, borrar o escribir. Es lento para moverse.					
TOTAL					

Cuadro No. 1. Ejemplo de la lista de chequeo del desempeño sensoriomotor.

La lista de chequeo está planteada de manera que la presencia de un comportamiento adaptativo signifique un signo de alerta en el área evaluada. La presencia ocasional de los comportamientos adaptativos, puede indicar que existen problemas en el desempeño del área evaluada. La presencia constante de los comportamientos adaptativos, expresa un problema del área que debe ser atendido.

El valor de esta prueba radica en que se aprovecha el conocimiento que tiene los padres y maestros del comportamiento del niño. Ellos logran identificar con exactitud algunos comportamientos que no se establecen en las evaluaciones estandarizadas existentes en la actualidad.



La observación sistemática de los ambientes

Puede realizarse a través de la descripción de lo que se ve cuando se observa al niño durante la ejecución de sus actividades en los contextos en que se desempeña. Estos sitios pueden ser la casa, el colegio o el parque, entre otros. Para realizar la observación ambiental se propone la observación sistemática del ambiente por parte de un terapeuta ocupacional.

Para realizar la observación se aconseja realizar con anterioridad unos cuadros que contengan los aspectos a ser observados, de manera que se puedan diligenciar con la información que se obtiene de la observación (Tobón, 1998). De esta manera se logra una visión completa y fácil, en la que no se pierda detalle alguno de lo que se ve. Lo observado debe consignarse de manera sistemática y cuidadosa en los cuadros de Descripción del Desempeño Sensoriomotor y Eje-

cutivo durante la realización de la actividad; Descripción del Ambiente y Demandas Ambientales de la Actividad. Estos cuadros fueron diseñados por la autora para los Módulos de aprendizaje para estudiantes de Terapia Ocupacional sobre Ocupación y desarrollo neuroevolutivo (16).

El cuadro de **Descripción del Desempeño Sensoriomotor y Ejecutivo**, permite establecer los requisitos sensoriomotores y ejecutivos de la actividad y la forma cómo el niño los desarrolla. Este debe diligenciarse: explicando cómo realiza la actividad el niño; identificando los comportamientos adaptativos a nivel sensorial y ejecutivo que éste emplea; dando todos los detalles de la actuación del niño en relación a la situación y su interacción con las personas y objetos. En el cuadro No. 2 se ejemplifica la observación del desempeño sensoriomotor y ejecutivo.



Nombre de la actividad	Descripción	Habilidades sensoriomotoras y de desempeño observadas
Niño en clase de Pintura.	<p>Esta pintando de pie frente a un atril con un pincel.</p> <p>Tiene las pinturas al lado derecho sobre la mesa.</p> <p>El profesor ordena los cambios de color.</p> <p>Algunos amigos están conversando.</p> <p>El niño está concentrado en su trabajo y muy contento realizándolo.</p> <p>Cuando se le unta la mano de pintura, para de trabajar y se la limpia.</p>	<p>Estímulos Sensoriales:</p> <p>Táctil en la mano al sentir el pincel. La sensación de la ropa.</p> <p>La pintura que se unta en la mano.</p> <p>Vestibular y propioceptivo: La posición en que esta.</p> <p>La sensación de la posición de la mano.</p> <p>Visual: Los colores que escoge.</p> <p>La distancia del papel y el manejo ojo-mano.</p> <p>Auditivo: Las instrucciones del profesor y lo que dicen los compañeros.</p> <p>Desempeño Motor:</p> <p>Percepción del cuerpo: La sensación de la posición de cada parte del cuerpo.</p> <p>Planeamiento motor: Los movimientos que realiza con la mano en el papel y para untar el pincel de pintura.</p> <p>Coordinación de los dos lados del cuerpo: Las dos manos trabajan.</p> <p>Una sostiene el pincel y la otra el atril.</p> <p>Especialización Hemisférica: Usa la mano derecha para pintar y apoya la izquierda en el caballete.</p> <p>Autocontrol: Permanece en su trabajo a pesar de los amigos que hablan.</p> <p>No se detiene hasta terminar.</p> <p>Desarrollo Emocional: Esta contento pintando lo que la profesora le indica.</p> <p>Estrategias cognitivas que usa: Esta aprendiendo a partir de la experimentación con el movimiento.</p> <p>Hay mucha información visual y auditiva.</p>

Cuadro No. 2. Observación del Desempeño Sensoriomotor y Ejecutivo.

El cuadro de **Descripción del Ambiente**, puede establecer el ambiente humano y no humano que influye sobre el niño en el momento de realizar la tarea. También permite identificar las oportunidades que el entorno ofrece para hacer cambios y / o modificaciones que ayuden. Este debe diligenciarse explicando la situación que se observa; describiendo el espacio fisi-

co donde se realiza la actividad; anotando las personas que interviene y su actitud durante la realización de la actividad; poniendo los objetos que se utilizan y dónde están ubicados; Indicando el tiempo que se emplea para la realización de la actividad. El cuadro No. 3 se refiere a la Descripción del Ambiente y cuenta con un ejemplo para ilustrarlo.

Nombre de la actividad	Descripción de la situación	Descripción del espacio físico o lugar donde se realiza la actividad	Personas que intervienen y rol que asumen	Objetos que se utilizan durante la actividad	Tiempo necesario para realizar la actividad
Almorzar	El niño está comiendo una sopa en el comedor.	El niño está en un comedor cuadrado, con una puerta, dos ventanas a los lados, que tiene tres mesas.	Una profesora que le está enseñando a agarrar bien la cuchara. Dos compañeros que están comiendo en la misma mesa, quienes están hablando de una película. Una niñera que viene y va con la comida.	Una cuchara, el plato de sopa. Servilletas. Mesa y silla.	El niño utiliza de 5 a 10 minutos para tomarse la sopa.

Cuadro No. 3. Descripción del ambiente.

El cuadro No. 3 se refiere a la **Descripción de las Demandas Ambientales de la Actividad** que realiza el niño. Con este cuadro se puede identificar lo que se espera del niño y los posibles problemas que se presentan. Además se pueden identificar soluciones que sean aplicables en el mismo

ambiente donde se encuentra el niño. Para diligenciar el cuadro se tienen en cuenta qué se hace, para qué se realiza, dónde se realiza, cuándo sucede la actividad, y cómo se realiza esta. En el cuadro No. 4, que se encuentra a continuación, se desarrolla un ejemplo para su comprensión.

Nombre de la tarea QUE	Conducta adaptativa esperada PARA QUE	Lugar donde se realiza DONDE	Hora y tiempo necesario para su realización CUANDO
Almorzar	El niño debe aprender a comer bien y solo.	En el comedor del colegio. Sentado derecho frente a su plato. Con compañeros a los lados y al frente.	A la hora del almuerzo. De 10 a 15 minutos máximo.
Forma de realizar la tarea COMO SENSORIAL	Forma de realizar la tarea COMO MOTOR	Forma de realizar la tarea COMO FUNCIONES EJECUTIVAS	Forma de realizar la tarea COMO COGNITIVO Y COMUNICATIVO
Táctil: textura de la comida, forma y temperatura de la cuchara.	Posición del cuerpo en la silla. Patrón correcto de agarre de la cuchara.	Atención a lo que dicen las personas sin parar de comer.	Conocimiento del espacio del comedor. Conocimiento de los alimentos que se comen.

Forma de realizar la tarea COMO SENSORIAL	Forma de realizar la tarea COMO MOTOR	Forma de realizar la tarea COMO FUNCIONES EJECUTIVAS	Forma de realizar la tarea COMO COGNITIVO Y COMUNICATIVO
Sensación del asiento y la superficie de la mesa. Vestibular y propioceptivo: posición del cuerpo en la silla. Altura de la silla. Capacidad de mantener la posición sin caerse o inclinarse sobre la mesa. Visual: Distancia de la sopa. Colores de la comida y la mesa. Movimiento de las personas. Auditivo: Lo que dicen las personas. Ruidos ambientales.	Patrón correcto de uso de la cuchara (mano-boca). Correcta función de alimentación (masticación, degusión).	Acomodar la cuchara para que no se riegue la sopa. Limpiarse con la servilleta al chorrearse. Saber cuando acabar. Organización para mantenerse en la actividad.	Posibilidad de intervenir en la conversación. Entender las instrucciones que se le dan. Expresión verbal de lo que se piensa. Organización visoespacial dentro del ambiente.

Cuadro No. 4. Demandas ambientales de la tarea.



La elaboración de un cuestionario ambiental

El Cuestionario Ambiental que se utiliza en el Jardín Infantil Por un Mañana, fue diseñado por Tobón y Lizarazo en 1995. Su objetivo es conocer las características y posibilidades del ambiente físico y de personas de la casa. Además busca establecer las opciones con que el ambiente cuenta e identifica la necesidad de hacer cambios. El cuestionario es diligenciado por los padres del niño, los cuales informan sobre:

- El ambiente físico: Descripción del cuarto del niño; de los espacios donde pone sus libros, juguetes, y ropa; sitios de la casa donde él pasa más tiempo; recursos de la co-

munidad disponibles para el niño como bibliotecas, parques, sitios para la recreación, teatros, etc.

- El ambiente social: Descripción de las personas que interactúan con el niño cuando juega, estudia, realiza actividades recreativas y se desempeña en las tareas de autocuidado; amigos favoritos y personas con las que pasa la mayor parte del tiempo cuando está en la casa; actividades sociales recreativas y deportivas en las que el niño participa dentro de su comunidad o que estarían disponibles.
- Ambiente de toma de responsabilidades: Descripción de las tareas

diarias que el niño realiza para cuidar de sí mismo y colaborar con los oficios del hogar como ordenar el cuarto, llevar la ropa sucia a un canasto, ordenar los juguetes, etc.

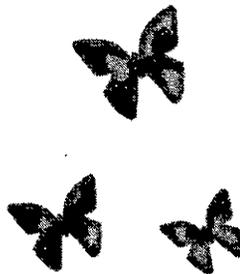
- Ambiente de estudio: Descripción de las rutinas y espacios donde el niño hace las tareas; las personas que le apoyan, motivan, valoran o supervisan su trabajo; los recursos que tiene a su alcance para hacer las tareas.
- Ambiente de juego: Descripción de los espacios, juegos y juguetes con los que cuenta el niño para jugar; horas en las que juega y tiempo que dura jugando; características de los juegos que prefiere y / o evita; tipos de juego en los que participa cuando juega sólo, con amigos de su edad o con los adultos.

Luego de que los padres elaboran el cuestionario, se hace un análisis de la información para decidir el tipo de intervención en el contexto de la casa. Esta intervención se basa en consejos prácticos y fáciles de realizar durante la rutina cotidiana. Además se

resalta aquello que los padres vienen realizando de manera adecuada y se enfatiza en la utilización de los recursos ambientales disponibles para beneficio del niño.

Para concluir, este artículo considera que la cuidadosa evaluación del desempeño sensoriomotor y ejecutivo y del ambiente permitirá identificar las fortalezas y debilidades tanto del niño como del entorno. Este conocimiento permitirá entender las razones que favorecen o limitan el desarrollo de una adecuada madurez sensoriomotora para enfrentar las exigencias ambientales y desempeñarse de manera adaptativa ante el ambiente.

También será posible establecer la necesidad de intervenir con estrategias que favorezcan la organización y el control del ambiente por parte del niño, con el fin de promover su ejecución ocupacional exitosa. Con esta visión integral, es posible que el niño con problemas de atención, encuentre el camino para lograr un desempeño adecuado en todas las actividades.



Bibliografía

1. Amaya de Lee, Mariluces. B. Restrepo de Franco. C. De Prías. R. Lizarazo. M. Tobón (1999). Programa para el desarrollo emocional de los niños preescolares. Revista Ocupación Humana, 1999 8,1. Pag. 61-72
2. Bissell, Julie. J. Fisher. C. Owens. P. Polcyn. Sensory motor handbook. A guide for implementing and modifying activities in the classroom. Torrance, California (USA). Sensory Integration International. 1988
3. DiJoseph, Linda. L. Liotta-kleinfeld. Motor Behavior. En: Neuroscience and occupation. Links to practice. Charlotte Brassic, Editor. AOTA self study series. The American Occupational Therapy Association, Inc. Maryland, U.S.A. 1992. Cap. 7
4. Dunn, Winnie. C. Brown. Factor analysis on the Sensory Profile from a national sample of children without disabilities. The American Journal of Occupational Therapy. 1997 July 7 August 51,7 Pag. 490-495
5. Dunn, Winnie. G. DeGangi. Sensory Integration and neurodevelopmental treatment for educational programming. En: Classroom applications for school-based practice. Charlotte Brassic, Editor. AOTA self study series. Maryland (USA). The American Occupational Therapy Association, Inc. 1992. Cap. 3
6. Ermer, Julie. W. Dunn. The Sensory Profile: A discriminant analysis of children with and without disabilities. The American Journal of Occupational Therapy. 1998 April 52, 4 Pag. 283-289
7. Fisher Anne. E. Murray. Introduction to sensory integration theory. En: Sensory Integration. Theory and practice. A. Fisher; A. Bundy. Murray, editoras. Philadelphia (USA). F. A. Davis Company. 1991
8. Gilfoyle, Elnora. A. Grady. J. Moore Children Adapt. A theory of sensorimotor-sensory development. New York. (USA) Slack International Book Distributors. 1990
9. Ilg, Frances. L. Bates. Your two years old child. (USA) Gessell Institute of Child Development. Delacote Press. 1976
10. Kielhofner, Gary The Model of Human Occupation. Conceptual foundations of Occupational Therapy. Philadelphia (USA) F. A. Davis Co 1994
11. McKeough, Michael The Nervous System as an information processing system. . En: Neuroscience and occupation. Links to practice. Charlotte Brassic, Editor. AOTA self study series. Maryland (USA). The American Occupational Therapy Association, Inc. 1992 Cap. 1
12. Mulligan, Shelley. An analysis of score patterns of children with attention disorders on the Sensory Integration and Praxis Tests. The American Journal of Occupational Therapy. 1996 September 50, 8. Pag. 647-653
13. Mulligan, Shelley. Patterns of sensory integration dysfunction: a confirmatory factor analysis. The American Journal of Occupational Therapy. 1998 November / December 52, 10 Pag.
14. Richter, Eillen. P.Oetter. Environmental matrices for sensory integrative traetment. En: Environment. Implications for Occupational therapy practice. Susan Cook, Editora. Maryland (USA). The American Occupational Therapy Association, Inc. 1990
15. Stock Kranowitz, Carol. The out-of-sync child. New York (USA). Skylight Book. The Berkley Publishing Group. 1998
16. Tobón, Martha (1998). Ocupación y desarrollo neuroevolutivo. Módulos de aprendizaje para estudiantes de Terapia Ocupacional. Bogotá (Colombia) Ediciones rosaristas. 1998
17. _____ (1998). El juego, espacio natural para favorecer el desarrollo motor. Revista Ocupación Humana 1998 8,1. Pag. 43-67
18. _____ (2001). Modulación sensorial un problema de sintonía. Revista Ocupación Humana, 2001 9, 1. Pag. 57-71



Concepto de cuidadores de adultos mayores en situación de discapacidad: El punto de partida

Resumen

El presente escrito describe la revisión desarrollada en torno al concepto del cuidador y del cuidado, de igual manera muestra los modelos de intervención descritos en la literatura al desarrollar trabajos en salud con este grupo poblacional. El objetivo es motivar a los profesionales para que se interesen en el tema de los cuidadores y que se pueda realizar un trabajo articulado a las necesidades e intereses de este grupo poblacional particular.

Palabras claves

Cuidado, cuidador, adulto mayor, discapacidad (Fuente BIREME)

Abstrac

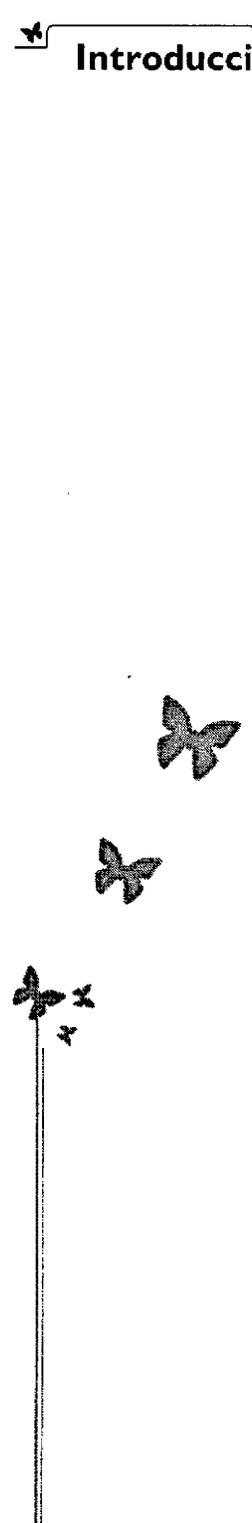
The present written describes the revision developed in around al concept of the attendant and of the care, similarly shows the intervention models described in the literature al to develop works in health with this group poblacional. The objective is to motivate the professionals so that be interested in the theme of the attendants and that a work articulated to the needs can be carried out and interests of this group poblacional private.

Key words

Older adult-attendant-care-disability (source: MeSH)

FT. ÁNGELA LILIANA BERMÚDEZ BALLESTEROS
Especialista en Docencia Universitaria
Universidad del Rosario
Profesora Universidad del Rosario
Cátedra de Promoción de la salud y
prevención de la discapacidad

T.O. NANCY DEL CARMEN GARCÉS ROBAYO
Especialista en Docencia Universitaria
Universidad del Rosario
Especialista en Desarrollo Social y
Participación Comunitaria
Universidad del Tolima
Profesora Universidad del Rosario
Cátedra de Comunidad



Introducción

Es importante reconocer que el envejecimiento de las sociedades y el impacto de las enfermedades crónicas plantean la necesidad de abordar la problemática relacionada con el cuidado y la atención de las personas adultas mayores dependientes. Es un hecho que el riesgo de estar en situación de discapacidad aumenta con la edad y sus consecuencias van más allá de la dependencia física, pues afecta al individuo, a la familia y al grupo social al que pertenece.

Las tendencias demográficas evidencian un aumento en la población adulta mayor que ha requerido cuidados permanentes por constituirse en personas con problemas crónicos discapacitantes o dependientes, lo que conlleva a que por lo general un miembro de la familia se debe hacer cargo del cuidado del adulto mayor y en algunas ocasiones algún conocido e incluso un vecino le colabore de manera voluntaria con esta situación.

Información general

Según el Departamento Nacional de Estadística DANE, Bogotá es la ciudad más poblada de Colombia, con un total del 15.3% de la población del País, actualmente posee 6.865.997 habitantes. Según proyecciones del departamento de Planeación distrito DDPD, basadas en el censo de 1993, el crecimiento poblacional en el 2010 alcanzará 7.786.462 habitantes, esto muestra una tendencia a la baja de crecimiento poblacional con un aumento en el número de hogares.

Con respecto a la población adulta mayor, según reportes del consejo Distrital de Política social en 1998, el 9.4% de los mayores de 55 años, estimados en 572.588 se encontraban en situación de pobreza y el 1.6 en situación de miseria. El 60% de quienes están por encima de los 59 años son jefes de hogar. En casos donde se detecta maltrato intrafamiliar hacia los adultos mayores, se asocia a

la idea de "vejez como incapacidad, inutilidad y minusvalía". De acuerdo con reportes del DABS el 82.6% de los adultos mayores que se benefician del proyecto 7217: "Atención del Adulto mayor en situación de Pobreza en Bogotá" no trabajan, el 60% de los beneficiarios permanece en casa sin realizar una actividad permanente y ocasionalmente colaboran con las tareas del hogar. Realizando una búsqueda en el centro de documentación del DABS y otros entes gubernamentales, no se encontraron cifras exactas o reportes sobre porcentaje de adultos mayores en situación de discapacidad en Bogotá.

Al analizar la problemática de discapacidad en el adulto mayor, es necesario tener en cuenta los procesos que se viven dentro de la familia, dado que al incrementarse la necesidad de cuidado, en la mayoría de casos es la mujer quien debe asumir la labor del cuidado, por lo general es madre cabeza de familia, debe en muchas situaciones abandonar sus intereses personales por enfrentarse a la labor de cuidar a persona y someterse económicamente a ser subsidiada por otro miembro de la familia, situación que la hace más vulnerable.

Para Colombia las experiencias de trabajo con cuidadores que se conocen hasta el momento han sido aisladas y provenientes de otros países. De acuerdo con la revisión realizada en bases de datos de la Universidad, en centros de documentación y una búsqueda amplia en Internet, no existe una política Nacional a este nivel, aún cuando en los lineamientos de atención a las personas con discapacidad

hablan del empoderamiento de la comunidad y de la familia para desarrollar acciones de rehabilitación basada en comunidad.

El interés del presente artículo, es que se constituya en el punto de partida para desarrollar un trabajo con cuidadores de adultos mayores en situación de discapacidad que permita identificar las necesidades particulares del grupo y llevar a una construcción colectiva e intersectorial de procesos de mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores y a la vez de los adultos mayores que se benefician de su cuidado.

Diversos estudios muestran que cuidar a una persona enferma afecta la salud y el bienestar del cuidador en términos de relaciones sociofamiliares, laborales y legales(1) Conocer y hacer evidente el papel de los cuidadores de personas adultas mayores con discapacidad y las consecuencias que se derivan del hecho de ser cuidador, resultará de gran utilidad para tomar decisiones e implementar programas que tengan en cuenta todos los protagonistas implicados en la atención de estas personas.

En el presente documento se van a tomar dos categorías básicas para definir el contexto de los cuidadores, en primera instancia se define lo que hasta el momento se puede entender por cuidado, específicamente relacionado con adultos mayores. Posteriormente se retoma el concepto de cuidador desde las categorías reconocidas internacionalmente. Con estos dos conceptos se tiene el punto de partida para definir lo que hasta el momento

se ha considerado como el perfil característico de los cuidadores de adultos mayores en situación de discapacidad lo que permite analizar las implicaciones a las que conlleva el acto

de cuidar en los cuidadores. De igual manera se presentan los modelos de intervención utilizados para el abordaje de este grupo poblacional.



El cuidado

Las personas mayores inician un deterioro progresivo que incrementa su necesidad de ayuda, es decir, que va aumentando su nivel de dependencia, se puede identificar el cuidado como un proceso, que en la mayoría de los casos se presenta progresivamente y que va implicando aumento de esfuerzo y responsabilidad por parte del cuidador.

El Cuidado puede clasificarse como **cuidado Informal**: es el que se presta a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otros que no reciben remuneración por la ayuda que ofrecen y muchas veces es asumido como extensión de las ayudas domésticas(2).

De otra parte el **cuidado formal** es aquel servicio prestado por personal capacitado o profesionales responsables que comparten con la familia la

atención de la persona en situación de discapacidad, caracterizado por límites de horarios algún tipo de remuneración económica y menor compromiso afectivo.

Se han planteado diversos enfoques para delimitar la atención formal y la no formal. Desde una perspectiva de sistemas se plantea el modelo de complementariedad o especificidad de tareas, donde se afirma que son cuidados "estructuralmente" diferentes, de tal manera que se perciben ambas prestaciones de manera dicotómica, actuando paralelamente(3). Otro modelo es el llamado de sustitución o jerárquico compensatorio, donde cada uno interviene cuando existe la ausencia de disponibilidad del otro. Y el modelo holístico, el cual plantea una estrecha interrelación en el ejercicio de ambos sistemas de atención.



Los cuidadores

Se define al cuidador como: "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que

le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales"(4). Los cuidadores informales no disponen de capacita-

ción, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Es brindado por familiares, participando también amigos y vecinos(5).

En la categoría de cuidado informal se encuentra el **Cuidador Principal o primario**, es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados de la persona con discapacidad(6). Los cuidadores primarios asumen con total responsabilidad la tarea del cuidado, a diferencia de los cuidadores secundarios quienes no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos. Generalmente el papel de cuidador primario es desempeñado por el cónyuge o familiar femenino más próximo.

Los cuidadores formales, en un contexto de atención en salud, son los encargados de la prestación de servicios, es decir, los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesionales del área de rehabilitación; caracterizándose por ser: "personas calificadas y certificadas para tal fin, desde el punto de vista de la educación formal. Reciben una remuneración. Obedecen a una planificación sanitaria o de servicios sociales y tienen responsabilidad civil por sus actos profesionales"(4).

Al intentar diferenciar el cuidador formal del no formal, desde un enfoque relacionado con la perspectiva del cuidador, utilizando el marco de referencia elaborado por Twing y Atkin(7), se puede analizar el cuidador como Re-

curso, como cotrabajador, como cliente o como productor de bienestar.

El cuidador como **recurso**, es tomado en consideración en la medida que presta cuidados a su familiar en pro del "beneficio" que aporta al sistema formal de atención en salud. Es tenido en cuenta de forma marginal o bien es totalmente ignorado.

El cuidador como **cotrabajador**, desde el sistema formal, se le ve con "relación de igualdad" por cuanto realiza una serie de actividades y atención distintas a las desarrolladas por los profesionales, su ayuda es vista como coadyudantes para la optimización de la calidad de los cuidados prestados.

El cuidador como **cliente**, se le ve como foco de atención sobre el cual los profesionales deben intervenir, el cuidador no formal se constituye como cliente secundario del servicio de salud o de los servicios sociales.

El cuidador bajo el enfoque de **producción de bienestar** en cuyo modelo prevalece el sentido economicista y los criterios de costo.

De acuerdo con el modelo que se escoja serán las intervenciones que se plantean en los grupos: desde una perspectiva de recurso el objetivo será por un lado informar sobre el problema y las necesidades del beneficiario de su atención y por otra parte formarlo en la prestación de cuidados: procedimientos y habilidades para cuidar.

Desde una perspectiva como cliente secundario las intervenciones a desarrollar se dirigen a proporcionar apo-

yo para obtener mayor bienestar de su parte y mejorar su calidad de vida.

Brindar herramientas para manejar tiempo, brindar apoyo emocional, etc.



Perfil del cuidador

Cuando se presenta una discapacidad, como consecuencia de una enfermedad o del proceso de envejecimiento, la dinámica familiar se altera, cambia la vida del adulto mayor y de su familia, se transforman los roles pues generalmente un miembro de la familia debe asumir la atención del adulto denominándose el cuidador.

Según estudios de la Organización Panamericana de la salud en América Latina y el Caribe, en la mayoría de los casos es la esposa o una hija quien asume dicha atención, haciéndolo muchas veces a un alto costo para ellas mismas(8). Esto se corrobora con otros estudios desarrollados, que concluyen que la mayor parte de los cuidadores son mujeres y concretamente hijas o esposas(9), papel que tradicionalmente se ha conferido a las mujeres como una extensión de sus funciones domésticas.

El cuidado de las personas dependientes plantea un tema de interés central desde una perspectiva feminista ya que se atribuye la responsabilidad del cuidar al estado, o a la familia o a ambos. La familia significada como: "las mujeres de la familia" lo que conlleva repercusiones importantes en la vida de ellas, aún más si se habla de objetivos sociales tales como igualdad de

oportunidades, equidad entre sexos, entre otros.

No obstante el cambio de roles sociales que se ha venido presentando donde las familias son menos numerosas y un gran porcentaje de mujeres tiene un trabajo remunerado hace que haya mayor necesidad de construcción de políticas sociales que favorezcan el cuidado de los adultos dependientes pasando de ver las atenciones y cuidado de otros desde una perspectiva de voluntariado a una labor de servicio social y de la salud que debe tener un reconocimiento social.

El estudio de López Menderos muestra que los cuidadores característicos responden al perfil de mujeres de 58 años edad promedio, casadas con estudios primarios, hija o esposa del adulto mayor en situación de discapacidad y que convive con él con un promedio de 7 años de cuidado quien recibe una mínima colaboración de otra persona y no tienen días para descansar de su labor, este perfil entra en concordancia con estudios previos que muestran características similares(10).

El estudio de La Parra, en España, concluyó que existe mayor probabilidad de desempeñar labor de cuidados cuando se cuenta con un bajo nivel de in-

gresos y que existen efectos de interacción entre las variables sexo y nivel de ingreso, esto se enmarca en procesos sociales que llevan a la creación de desigualdades en salud y re-

sulta útil para la planeación de políticas públicas que garanticen el cuidado de los enfermos crónicos y la mejora de la situación de los cuidadores(11).



Implicaciones del cuidado en el cuidador

La situación de prestar atención a un adulto mayor dependiente no esta exento de repercusiones para la salud de la persona que cuida. Varios autores e investigadores han manifestado la sobrecarga física y emocional a la que se ven enfrentados los cuidadores familiares.

Es aquí donde la atención primaria bien sea entendida como estrategia de un primer nivel de atención en salud o como acciones de promoción de la salud, resulta fundamental para proveer a la familia, al adulto mayor y específicamente al cuidador principal, las herramientas para afrontar el cuidado con las menores repercusiones posibles.

Cada vez existe mayor interés por conocer el impacto de los problemas de salud no solo hacia el paciente sino sobre su familia. Diversos estudios muestran que el cuidar a una persona enferma afecta la salud física y psicológica del cuidador con un marcado efecto en todas las áreas de su vida: laboral, económica sociofamiliar.

Los estudios realizados sobre el impacto del hecho de cuidar en la vida del cuidador muestran que afecta las ne-

cesidades del desarrollo personal, del sueño, descanso, practicas preventivas en salud y recreación, actividades que de acuerdo a Maslow corresponden a niveles superiores de desarrollo humano y dependen de decisión propia.

Algunos autores hablan del "Síndrome del cuidador" que incluye un aumento de la vulnerabilidad a problemas físicos y sentimientos de cansancio, tristeza, ansiedad, sentimientos de culpa, conflictos familiares y problemas de tipo económico y legal(12) Otros han denominado el impacto que produce el hecho de cuidar como la "carga del cuidador" la cual se define como: "El conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados"(13). Esta carga se ha relacionado con factores objetivos y subjetivos y unos dependen del cuidador y otros del deterioro funcional del adulto mayor.

Cabe resaltar que uno de cada cuatro cuidadores considera que sus relaciones con la persona cuidada son difíciles, afirmación que pone de manifiesto que, a pesar de esta dificultad de

entendimiento, prevalece el sentido de responsabilidad en las situaciones de enfermedad que aún poseen las familias(14).

Poder reconocer las implicaciones del cuidado en la vida de los cuidadores y sus consecuencias resulta imperativo para poder tomar decisiones y planear programas sociales y de salud que

permitan minimizar sus consecuencias y con ello tener en cuenta todos los protagonistas involucrados en el proceso. De igual manera es esencial reconocer desde un nivel primario de atención como se puede favorecer una óptima calidad de vida a los cuidadores primarios y de otra parte garantizar una excelente relación y trabajo conjunto entre el sistema formal e informal(15).



Conclusiones

La responsabilidad del cuidado de la persona adulta mayor dependiente es de la familia, en gran parte de los casos, bajo la responsabilidad de la mujer cabeza de familia, y se observa que faltan recursos y apoyos para favorecer dicha labor.

Los profesionales de la salud deben replantearse el trabajo con cuidadores para poder contrarrestar la sobrecarga que supone la labor de cuidado, detectar los problemas que se presentan e incidir en ellos en la medida de lo posible.

La mirada que hasta el momento se ha dado a los cuidadores ha sido dada como recurso, se dio inicio a una perspectiva como cliente, pero ¿cuál es el modelo ideal que se debe asumir con

ellos? Teniendo en cuenta que desde los lineamientos de atención en salud y desde los lineamientos de política social se habla de promoción de equidad, de igualdad de oportunidades, de derechos humanos, de empoderamiento de la comunidad; desde los planes de gobierno local y nacional se habla de ciudades sin indiferencia, ciudades sin hambre, de un estado Comunitario.

El trabajo con el grupo de cuidadores es incipiente, debe procurarse un trabajo colectivo que permita la construcción de una nueva área de interacción y la posibilidad de investigar y participar de construcción de políticas sociales que favorezcan al cuidador, a su familia y al adulto mayor en situación de discapacidad.



Bibliografía

1. Rodríguez, M., Carrasco M., García M., Gutiérrez P, Jiménez G., Cuidadores Familiares de personas con enfermedad neurodegenerativas: Perfil, aportaciones e Impacto de Cuidar. Julio 15 de 2000 Vol. 26 N° 3 Pag. 25-34.
2. Delicado, M., Candel E., Alfaro A., López M. Interacción de enfermería y cuidadores informados de personas dependientes. Atención Primaria en Salud. 2004
3. Colina Rodez A. Los cuidados no formales en el contexto de la salud mental comunitaria. En: Estigma, necesidades y cuidados no formales en personas con trastornos psicóticos de larga evolución. 2001. Segundo congreso virtual de psiquiatría. <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/> 2573
4. De los Reyes M. Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. IV reunión de antropología de Mercosur. Noviembre de 2001. Curitiba. Brasil.
5. García Calvante M. El sistema informal de atención a la salud. Escuela Andaluza de salud publica. En <http://www.sistemainformalcuidadores.com>
6. Hernandez C., Monsalve M., Gervas J. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: Una investigación Cualitativa. Atención Primaria 1992; 10: 550-552. Medline
7. Twingg J, Atkin K. Carers perceived policy and practice in informal care. Philadelphia: Open University Press, 1994
8. Smith F, Ders K, La discapacidad en la vejez. Universidad Nacional experimental Francisco de Miranda. Unidad de investigaciones Gerontológicas. 1999
9. Fitto W., Encuesta a los cuidadores de pacientes dados de alta del Hospital. J. Ger. Pract (ed. Esp) 1991; 41:105-108
10. López M., Lorenzo R., Santiago N., Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Hospital Universitario Insular. Centro de salud de escaleritas. Las palmas de Gran Canaria. 1991
11. La Parra D., Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. En: Gaceta Sanitaria. Vol. 15 Diciembre 2001 p. 498-505
12. Pérez T., Abanto J., Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos de deterioro cognitivo. Ate Primaria 1996; 18(4) 194-202
13. George LK., Gwyter LP. Caregiver well being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. Gerontologist 1986; 26: 253-259
14. Roca R, Ubeda B, Fuentelsaz G, López R., Pont R., García L El impacto del hecho de cuidar en los cuidadores. En: Gaceta Sanitaria. Septiembre 2000. Vol. 26 53-67
15. García C, Mateo I., Gutiérrez C. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud: Investigación cuantitativa. Escuela Andaluza de Salud Publica. 1999



El papel de la cintura escapular en la postura y el movimiento

* Resumen

El propósito de este artículo es revisar la importancia de las funciones motoras de la cintura escapular en el desarrollo de la postura y el movimiento sin desconocer todos los factores que intervienen y son esenciales en el aprendizaje motor del niño. Esta interpretación, mira en detalle los eventos en común de los segmentos corporales que la conforman y sus patrones de movimiento en relación con la cintura escapular, con una intención: ser usados en la intervención. La revisión de esta información y su entendimiento puede ser usada como referencia para la evaluación y tratamiento en niños con desarrollo motor atípico y retraso motor.

Finalmente, se muestra la estructura escapular como un segmento corporal que juega un papel importante en múltiples funciones del cuerpo del niño durante su desarrollo y por tanto, la hace de interés interdisciplinario.

* Palabras claves

Desarrollo Motor, Motricidad Fina, Motricidad Gruesa, Habilidad Motora Funcional, Quinesiología.

* Abstrac

FT. MARLEN ROJAS ROJAS

Fisioterapeuta. Especialista en Neurodesarrollo, Asociación Norteamericana de Neurodesarrollo. Especialista en Docencia Universitaria, Universidad del Rosario. Docente del programa de Fisioterapia de la Universidad del Rosario.
Email: marrojas@urosario.edu.co

The purpose of this article is to make a review on the importance of motor skills of shoulder girdle in movement development and postural control, without ignoring all factors that participate and are essential in child motor learning. This interpretation, observe in detail all com-

mon factors of body structures which take part and its movement patterns related to shoulder girdle, one main intention: be used for intervention. Reviewing this information and its understanding can be used as a reference for assessment and treatment of abnormal development and motor delay.

Finally, it shows scapular structure as a body segment which plays an important role in multiple activities of the child's body during development and thus, makes it an interdisciplinary issue.

Key words

Motor Development, Fine Motor, Gross Motor, Functional Motor skills, Kinesiology.

Introducción

Se encuentran muchas referencias que hablan del desarrollo neuromotor del niño en su primer año de vida, pero, es poco frecuente que su interpretación aporte una intención que favorezca la comprensión de los procesos por los cuales una función motora se desarrolla a partir de otra y se hace difícil dirigir ese conocimiento a comprender el ¿porqué hacer? ó ¿cómo construir? de cierta forma una intervención terapéutica.

Los terapeutas recalcan que la mayoría de los procesos de aprendizaje dependen de la habilidad para moverse. Por este motivo, la función motora se trabaja y se desarrolla con técnicas neurofisiológicas. Una vez conseguida la habilidad necesaria para moverse será cuando se comience con el aprendizaje de los autocuidados, actividades escolares, juegos y hobbies (1). Sin embargo, es importante tener en cuenta que un niño no se mueve únicamente gracias a la neurofisiología. La mente del niño almacena información desde todos sus sistemas sensoriales y, mediante los movimientos, el niño empieza a estructurar conclusiones con respecto al mundo espacial que lo rodea. Así, el niño consigue utilizar sus funciones motoras en la mayoría de las actividades dia-



rias, aprendiendo a responder a las demandas del medio.

De cualquier manera, y para responder a la necesidad planteada anteriormente, este artículo presenta una interpretación quinesiológica diferente sobre el trabajo de ese sistema flotante e influyente que es la cintura escapular.

La cintura escapular tiene relación directa e indirecta con casi todos los demás segmentos corporales: la cabeza y el cuello, el tronco, la reja costal, los miembros superiores, y la cintura pélvica por nombrar los más directos. Además, interviene en funciones importantes como la respiración, la fonación, la motricidad fina, la adquisición de la posición sedente, y su paso a la posiciones sedente lateral y cuadrúpeda. La cintura escapular también, controla en parte la postura y el movimiento durante el gateo, el proceso de traslado a la posición de rodillas y a la posición bípeda.

Entender claramente el desarrollo de los movimientos en el complejo escápulo-humero-costosternal y la función

de sus múltiples relaciones, le facilita al terapeuta detectar vacíos motores durante la evaluación del niño con situaciones neuromotoras especiales y organizar una intervención más eficaz, ofreciendo los elementos de postura y movimiento necesarios para construir la función que se busca desde su disciplina: Motricidad fina, fonación, motricidad gruesa, respiración, etc.

Por ejemplo, es frecuente encontrar el niño cuya actitud postural le lleva a sentarse con la escápula en adducción y rotación interna, el hombro en hiperextensión, adducción y rotación interna y los codos en flexión limitando seriamente todo alcance y agarre con sus extremidades superiores. Conocer que esta actitud postural la presenta el niño en compensación a una extensión torácica disminuida ó ausente dirige fácilmente al terapeuta a evaluar el trabajo del tronco superior y analizar que su intervención debe enfocarla a ganar la extensión motora funcional del tronco superior para que sus extremidades superiores se liberen en el patrón de movimiento antagónico, sólo entonces podrá el niño ser capaz de iniciar un alcance.



Generalidades

Es necesario revisar en forma general el desarrollo de los diferentes patrones de movimiento en el niño, para ubicar en este contexto la cintura escapular. También, es pertinente recordar los procesos que llevan a la estabilidad, el balance de la actividad motora

y el soporte biomecánico para desarrollar una habilidad.

Para empezar a construir una habilidad, cada movimiento necesita una base estable que proporcione el apoyo para su ejecución; en el recién na-

cido la flexión fisiológica proporciona esa base que aunque involuntaria da origen a los primeros movimientos voluntarios rotacionales en el plano extensor visto en los intentos de levantar la cabeza de manera asimétrica alrededor del primer mes y culminando con la extensión simétrica de la cabeza; este orden se repite en cada segmento corporal hasta lograr una extensión completa de tronco y extremidades en prono alrededor del sexto mes (2).

La flexión como movimiento voluntario emerge a partir de cada segmento que ha controlado la extensión y ahora le sirve de apoyo para que se desarrolle, al cuarto mes vemos buena parte a nivel de cabeza, al quinto, sexto se inicia en tronco y hacia el año se puede ver presente y funcional la flexión en tronco y pelvis con buen trabajo de abdominales rectos y oblicuos demostrado en el buen control de la transición de supino a sedente en el plano antero-posterior.

Posteriormente, el segmento corporal desarrollado en el control de flexión y extensión puede mostrar las rotaciones quienes no son más que el juego antagonico de grupos musculares ubicados en el mismo hemicuerpo. Es decir, en una rotación a la derecha resulta del control de una flexión anterior con una extensión posterior (3).

Motivado por los alcances y su curiosidad por desplazarse el niño necesita sumar los traslados de peso a las anteriores combinaciones y dominios, y así es llevado a controlar otro componente esencial en el movimiento y es la inclinación, cuya presencia desarrolla una elongación (contracción excéntrica) del lado que soporta peso con un acortamiento (contracción concéntrica) del lado que libera peso para desplazarse o levantarse (FIGURA 1). Este mecanismo es importante de tener en cuenta, pues de no presentarse el niño se cae hacia el lado que no soporta peso y la función se ve imposibilitada.



Estabilidad dinámica y estática

Analizar en forma global el desarrollo del movimiento hace necesario revisar también los conceptos de estabilidad que puede ser estabilidad estática o estabilidad dinámica. Partiendo del concepto básico del punto de apoyo como elemento indispensable para el movimiento "dame un punto de apoyo y moveré el mundo" (Atlas). Este apoyo es el segmento o punto que nos da la estabilidad y sin el cual no se po-

dría dar un movimiento coordinado dirigido e intencionado como es el movimiento funcional.

Si observamos, cada vez que se presenta un movimiento, se tiene un segmento muy cercano que da la estabilidad, como es el caso de la elevación del brazo durante un alcance donde la escápula estabiliza el hombro o durante la marcha el miembro inferior que

toma la carga y la pelvis ipsilateral ofrecen la estabilidad para el avance del miembro inferior opuesto.

La estabilidad se desarrolla en el niño en forma secuencial, en dirección proximal-distal ó céfalo-caudal, controlando primero la estabilidad estática y luego la dinámica (4): La estabilidad estática o mecánica se da por cocontracción de los músculos del plano frontal y sagital del segmento en juego, donde todavía no se controla grupos musculares antagonistas, por tanto, no hay desplazamiento del segmento y se muestra en fijación fisiológica.

La estabilidad dinámica resulta de la coordinación del movimiento desarrollada gracias al juego de inhibición recíproca de los músculos en un segmento que ya ha pasterizado la estabilidad mecánica y en donde se logra balancear la actividad de los grupos musculares antagonistas, por lo tanto se permite el desplazamiento.

Aunque cada segmento corporal lo hace en forma similar, miremos sólo el caso de las cinturas escapular y pélvica: cerca al cuarto mes el niño muestra estabilidad mecánica en la cintura escapular lo cual se ve porque el niño es capaz de mantenerse en prono sobre antebrazos, en este momento no hay movimiento, solo sostiene la posición, todavía no puede trasladar carga a un hombro para que el opuesto haga un alcance. En el sexto mes la cintura pélvica empieza su entrenamiento en la estabilidad estática y le sirve de punto de estabilidad a la escápula para que sea dinámica y pueda hacer alcances, más tarde la pelvis será dinámica en la medida en que rodillas y cuello de pie le den la estabilidad. Esta secuencia de eventos puede observarse cuando se revisa todo el desarrollo motriz por edades y por segmentos.



El control postural y la importancia de la simetría

La cintura escapular, está oficialmente constituida por el humero, la escápula, la clavícula y el esternón. Sin embargo, dada la extensión quinesiología involucrada y las relaciones del movimiento entre la cintura escapular y el movimiento corporal general, se consideran parte esencial del control dinámico de la cintura escapular: la caja costal, la espina, la cabeza, y la pelvis. Las piezas del complejo del hombro se mueven rítmicamente y en

sincronía con cada otra y con el resto del cuerpo (5).

La cintura escapular es un sistema flotante con muchas partes que se interrelacionan. El brazo, la escápula y la clavícula se unen en la parte anterior del cuerpo por la articulación esternoclavicular. La fosa glenoidal es pequeña y superficial en comparación a la gran cabeza humeral, permitiendo amplios rangos del movimiento en el

brazo, con poca estabilidad articular. El esternón, entonces, es la única parte del complejo del hombro que tiene buen soporte biomecánico (6). Por tanto, este sistema no tiene buen soporte biomecánico para su estabilidad, pero, delega el control de su estructura para los alcances y el traslado en el balance de la actividad muscular.

El control postural necesita del trabajo simétrico de flexión y extensión para neutralizar la acción de la gravedad, se ve claramente en la posición sentada. Mantenerse en la línea media es el signo más evidente de este control y es el marco de referencia para todos los movimientos. Todo movimiento eficiente trabaja desde este eje central que es la línea media. "El manejo de la línea media permite el control de la postura y el movimiento, mientras usamos las extremidades para funciones como vestido, alimentación, y extensión protectora" (7).

En la ausencia de este balance, el niño tiene que usar los miembros superiores para ayudar a controlar la postura, sacrificando así, la función de sus segmentos y la seguridad de la posición en que se encuentra. Cuando el control simétrico no está disponible, el cuerpo del niño busca y usa adaptaciones posturales (FIGURA 2).

El rango articular de la cintura escapular está limitado por los tejidos blandos y la inflexibilidad capsular en un niño recién nacido, como sucede con la espina y las demás extremidades. En consecuencia, se limitan los movimientos activos de las extremidades superiores de manera que el humero difícilmente se eleva por encima del nivel del hombro y no puede cruzar el tórax en aducción horizontal. Esto mismo se puede presentar de manera atípica en niños con desarrollo anormal o retraso debido a los cambios intrínsecos de los músculos afectados postural o neurológicamente.

Los movimientos al azar del recién nacido y más tarde los intentos de movimiento voluntario del bebé, alargan las estructuras del tejido blando y moviliza las cápsulas articulares de el esternón, la clavícula y el humero, facilitando el movimiento libre de la escápula sobre la reja costal. La posición de soporte de peso en prono activa los músculos del manguito rotador, creando estabilidad dentro de la articulación glenohumeral (8).

Similarmente, este concepto se puede aplicar en un niño mayor que por lesión neuromotora o retraso motor presente inestabilidad glenohumeral o falta de movilidad articular.



Desarrollo del movimiento en la cintura escapular

Al iniciar el desarrollo de la extensión de cabeza sobre cuello y la extensión

torácica alta en posición prono, es necesario, que la carga del niño sea tras-

ladada más posteriormente. El tórax por ende, se eleva ligeramente de la superficie de soporte, la carga se soporta sobre los brazos, llevando el húmero desde una abducción de 90° en dirección de aducción horizontal con rotación externa y los codos terminan alineados en una vertical con los hombros. La escápula esta en mayor abducción y rotación superior con menor elevación e inclinación anterior (9). Estos cambios conllevan a mayor disociación escápulo humeral (el desarrollo de la estabilidad escapular sobre el tronco con la consecuente habilidad para realizar movimientos humerales aislados).

Alrededor del 6 mes de vida, los aductores de la escápula se usan por el niño para reforzar la extensión torácica cuando quiere elevar su mirada y/o sentarse erguido. Esto ocurre como refuerzo a la extensión en posiciones antigraedad pero limita los alcances y manipulaciones porque así la escápula es incapaz de estabilizar el movimiento humeral (FIGURA 2).

Semanas mas tarde, iniciado ya el séptimo mes, el niño en posición prono presenta la reacción de Landau donde muestra mayor libertad de movimientos en forma de nadado porque los músculos espinales mantienen mayor extensión paravertebral (tronco superior). La escápula esta libre y puede proveer estabilidad para que el humero se desplace. Así, los codos se extienden para alcanzar. La actividad de extensión y el alcance unilateral llevan al desarrollo de traslado de carga, elongación lateral de tronco y flexión del tronco contralateral (FIGURA 1). Estas reacciones de endereza-

miento se ven en uso más adelante durante las actividades de juego en prono (10).

En la medida en que se desarrolla un mejor control del hombro, el niño puede además apoyar sobre brazos semiextendidos (FIGURA3) con flexión de hombro mayor de 90°. Esta posición continúa facilitando la disociación escápulo humeral. Además, en supino al levantar cabeza y extremidades inferiores para agarrarse los pies, el niño refuerza fisiológicamente el estiramiento sobre el dorsal ancho y aumenta el rango de la extensión espinal. Esto ayuda a inhibir la fuerte actividad extensora y da mayor estiramiento a su musculatura.

Durante el 6-7 mes, aunque la fuerza de actividades flexor /extensor esta balanceada en prono y supino, durante las posiciones erguidas no sucede lo mismo. En sedente el niño se inclina adelante y se apoya en brazos extendidos (FIGURA 3). Si se le da apoyo en sedente, la extensión de tronco superior es suficiente para permitir el alcance anterior con las extremidades superiores, no siendo igual en bípedo con apoyo donde la adducción escapular se usa para reforzar la extensión espinal. Esto muestra falta de maduración en la extensión toracolumbar durante para la posición sedente y uso de aductores de escápula para reforzar la extensión torácica durante la bipedestación (FIGURA 4).

La posición del hombro en el bebe, en relación con su cadera, en posición antigraedad (como en sedente) es una indicación del desarrollo y el control de la musculatura del tronco (11).

De esta manera cuando los extensores están más desarrollados que los flexores, los hombros estarán en una línea vertical más delante de las caderas. El control flexor debe desarrollarse y se facilita si el bebé mantiene la posición de los hombros detrás de las caderas. Entonces el balance de la fuerza y control entre flexores y extensores permitirá al niño sentarse en posición erecta con hombros y caderas en alineamiento vertical. (FIGURA 3).

También, en la medida que el bebé se apoya sobre sus brazos extendidos con 90 grados de flexión de hombro se de-

sarrolla una mejor integración y control de la reacción protectora hacia delante (12). En prono el control del hombro conlleva al traslado de peso en esta posición al rotar externamente el hombro sobre el humero. Esta maduración del control de hombro además le permite al bebé empujar hacia atrás mientras esta en prono. (FIGURA 5).

Este aumento de los traslados de peso en sentido lateral y antero-posterior de los miembros superiores más adelante facilita el desarrollo de las rotaciones de cintura escapular y la disociación de la extremidad superior.



Actividad motora y control postural

Durante el proceso de maduración del control en la cintura escapular se origina simultáneamente cambios en la actividad motora de estructuras relacionadas y adquisición del control de nuevas posturas. A continuación podemos revisar las funciones de la cintura escapular en el control de movimientos y posturas en diferentes estructuras y posiciones.

En la extremidad superior

La adquisición de habilidades motrices en el miembro superior facilita el aprendizaje de la motricidad fina, este desarrollo se da a partir de la estabilidad biomecánica y dinámica que le ofrece la estructura escapular.

En la posición prono, el niño experimenta información propioceptiva y ki-

nestésica importante a través de todos los segmentos de la cintura escapular y las extremidades superiores. Experiencias cruciales se reciben en esta posición donde los brazos soportan y mueven dinámicamente el peso del cuerpo. Además, los miembros superiores tienen gran influencia en el desarrollo de las costillas, la espina dorsal, la pelvis y los miembros inferiores. En forma recíproca, la información que las extremidades superiores reciben depende en la secuencia del desarrollo que toma lugar en el resto del cuerpo. Es el caso del niño de 3 a 5 meses cuando transfiere el peso de su cuerpo desde los hombros hacia el abdomen, pelvis y fémur. Esto crea el potencial para el desarrollo del control abdominal. En forma revertida, la actividad abdominal provee estabilidad de la cintura escapular sobre el tronco,

haciendo posible el control dinámico de los miembros superiores para el alcance y el agarre. La interrelación entre el desarrollo motor de la motricidad gruesa y la motricidad fina es increíble e indivisible (13).

La fuerza en flexión y extensión del codo incrementa simultáneamente con el desarrollo del apoyo sobre miembros superiores en extensión. En el apoyo sobre antebrazos, el niño traslada carga mediante la rotación externa sobre su brazo, causando supinación del antebrazo y soporte de carga sobre el borde cubital de la mano que soporta carga. El inicio de la supinación ocurre en prono y en los alcances en supino. Para desarrollar supinación dentro de las actividades motoras de un niño con desarrollo normal o anormal, es necesario tener en cuenta la forma cómo se inicia. (FIGURA 5).

El soporte y el traslado de carga sobre los miembros superiores en extensión de codos, ocurre en prono con traslado de carga primariamente sobre el borde cubital de la mano. En la medida en que el control lateral del tronco continúa desarrollándose, el niño puede además trasladar carga y hacer alcances sobre miembros superiores en extensión. El niño hace alcances en supino con codos totalmente extendidos y antebrazos en supinación. La extensión de codo controlada y resistida se demuestra en la reacción protectora hacia delante y en el empuje hacia atrás en prono. El niño asiste con miembros superiores durante todo el rango de tracción hacia sedente.

El pivoteo en prono (acción del movimiento de rebote que produce ascen-

so y descenso repetido de sus partes) y el aumento en la disociación de extremidades superiores (una extremidad en patrón flexor y la otra extremidad en patrón extensor), permiten el desarrollo del alcance unilateral en posiciones sin soporte de carga (posición supina, decúbito lateral).

El soporte de carga sobre la superficie palmar y el traslado de carga desde el borde cubital al radial de la mano durante el pivoteo en prono desarrolla una mejor supinación y agarre de tipo radial. El mecido en posición cuadrúpeda es iniciado en los brazos. El niño usa la posición de sedente lateral para el juego y tracciona para ponerse de pie con los brazos (FIGURA 6). Transferencias de objetos mano a mano puede ocurrir en posiciones antigravedad en la medida que el control general del tronco mejora.

La maduración de los alcances ocurre principalmente con supinación completa de antebrazo incluso en posiciones antigravedad (prono, sedente, cuadrúpeda, rodillas y bípeda). El niño puede empujar objetos hacia delante y atrás y de lado a lado en sedente, una vez ha desarrollado buen control de tronco. La diferenciación de las partes distales de las extremidades superiores desarrolla el uso aislado de los dedos para patrones de agarre refinados y liberación voluntaria.

Control del tronco

El desarrollo del control de tronco permite al niño usar la rotación cuando se traslada desde sedente en una banca y se baja a cuadrúpeda. En la medida que madura el control lateral de

tronco el niño pasará de decúbito lateral a sentado lateral (FIGURA 6). El control lateral de tronco es además suficiente para permitir al niño cruzar y caminar usando solo una mano para apoyarse. Sin embargo, cuando la marcha independiente surge, asume una posición de alta guardia para reforzar la extensión axial con adducción y elevación escapular, extensión, adducción con rotación externa de hombros y flexión de codos (FIGURA 4). Cuando las reacciones de equilibrio se van desarrollando, el niño empieza a bajar sus brazos pero el humero permanece en adducción hasta su completo desarrollo en esta nueva forma de movilidad (la marcha).

Reacciones posturales

La reacción de extensión protectora hacia adelante se presenta en sedente con abducción escapular y buena extensión del tronco superior. La reacción de extensión protectora lateral, empieza cuando se desarrolla el control flexor en las posturas antigravedad.

Las reacciones protectoras laterales cuando están presentes en sedente, producen la posibilidad de aumentar el rango del decúbito lateral con el brazo apoyado en la mano y con extensión de codo. La extensión fuerte del codo resulta en una mejor reacción protectora lateral.

Posición de rodillas y bípeda

Pensando en la acción recíproca de la que hablan Alexander, Boehme y Cupps, podemos ver otra situación que se revierte. Con la constante acción de halar hacia posiciones erguidas,

como rodillas y bípeda, las extremidades superiores y la cintura escapular se vuelven más fuertes. A su vez, un mayor control en la cintura escapular, se manifiesta en mayor control del tronco durante la posición de rodillas y la bipedestación.

En una posición bípeda que necesite soporte de tronco inferior, hay signos de debilidad en el tronco superior, por lo tanto, el niño necesita apoyo lumbar y pélvico para iniciar movimientos de tipo rotacional. El aumento en la estabilidad del tronco superior le permite al niño jugar y alcanzar en bípeda cuando se le da soporte al tronco inferior y mucho mejor cuando activamente aprende a controlarlo.

El bebé tiene suficiente fuerza para halar de sí mismo hacia bípedo y la flexión lateral del tronco superior provee la forma como inicialmente traslada el peso para cruzar entre los muebles. La estabilidad del tronco bien desarrollada permite al niño jugar en rodillas y su completo control le permite durante la marcha, liberar los miembros superiores para alcanzar, agarrar y acarrear objetos.

Motricidad oral y respiración

Funcionalmente, el maxilar inferior tiene relación directa e indirecta con el cráneo, la cara, el cuello y la cintura escapular mediante conexiones esqueléticas, musculares, nerviosas y faciales (14). Estas relaciones hacen pensar en la inherencia del control escápulo-humeral-clavícula-esternón sobre las actividades de la cavidad oral y el cuello, especialmente la alimentación y la fonación.

El marco óseo de la reja costal incluye las costillas, el esternón y la región torácica. Los mecanismos oral, faríngeo y respiratorio se modifican en la medida en que el bebé los usa funcionalmente. Estos mecanismos cambian significativamente en su contorno, forma, tamaño alineación y actividad muscular durante el desarrollo motor. La musculatura de la cintura escapular provee una fuente activa de estabilidad a la reja costal durante los movimientos y le lleva a cambiar de forma y tamaño.

El control postural de la cabeza, el cuello, los hombros, el tronco superior afectan directamente la motricidad oral con sus funciones de fonación y alimentación. Un cuello es hiperextensión por falta de estabilidad escapular o por otra causa, dificulta la masticación y la deglución, la falta de control en el tronco superior retira la base de estabilidad para la reja costal, afecta negativamente el patrón respiratorio, y cambia su forma y tamaño. El análisis de estos mecanismos sería tema para largos espacios de discusión y no compete profundizar en ellos en esta revisión.



Conclusiones

Finalmente, puede decirse que la evaluación e intervención de patrones de movimiento debe acompañarse de una cuidadosa observación de la totalidad del niño y no de una única zona. El desarrollo de una habilidad motora no es un proceso aislado. Cada aspecto del control del movimiento procede de patrones gruesos para llegar a patrones de coordinación motora altamente refinados.

En el caso de la cintura escapular, se puede generar control motor en esta estructura para facilitar la actividad de otras partes del cuerpo. La cintura escapular es una estructura que ocupa un lugar estratégico en el cuerpo, porque desde allí puede intervenir en el desarrollo de múltiples actividades

como el desarrollo de habilidades motoras en el miembro superior, el control del tronco, reacciones posturales, los traslados desde y hacia diferentes posiciones, las habilidades motoras en sedente, rodillas y bípeda, y las funciones de alimentación, fonación y respiración.

En general, algunas posiciones de soporte de peso como prono sobre antebrazos, prono sobre manos, cuadrúpeda y sentado lateral, son las posiciones que proporcionan mayor control de la función del miembro superior y es la estructura escapular quien proporciona la estabilidad básica para que este control se inicie, se perfeccione y se mantenga.

Bibliografía

- (1) Levitt, Sophie BSC FT, MCSP. Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del retraso motor. Madrid. 2000. Editorial Médica Panamericana. Pág. 39.
- (2) Cupps, Barbara A. PT. BS, NDTA. Developmental treatment: An interdisciplinary Approach. 1994. Lisle Illinois. Marianjoy Rehabilitation Hospital. Pág. 43.
- (3) Cupps. Pág. 29.
- (4) Girolami, Gay, PT., MS. Tratamiento del Neurodesarrollo para infantes con alteración cerebral motora. 1995. Orlando. Regional Healthcare System. Pág. 24.
- (5) Boehme, Regi, OTR. "Improving Upper Body Control" 1988. Tucson, Arizona. Therapy Skill Builders. Pág. 20.
- (6) Alexander, Rona Ph. D., CCC-SP, Boehme, Regi OTR, Cupps, Barbara. PT. Normal Development Of Functional Motor Skills. Tucson, Arizona. 1993. Therapy skill Builders. Pág 18.
- (7) Boehme, Regi. Pág. 70.
- (8) Boehme, Regi, OTR. "Approach to treatment of the baby" 1990. Tucson, Arizona. Therapy Skill Builders. Pág. 55.
- (9) Boehme, Regi, OTR. "Approach to treatment of the baby" 1990. Tucson, Arizona. Therapy Skill Builders. Pág. 25.
- (10) Cupps. Pág. 35.
- (11) Alexander. Pág. 99.
- (12) Boehme, Regi, OTR. "Improving Upper Body Control" 1988. Tucson, Arizona. Therapy Skill Builders. Pág. 81.
- (13) Alexander, Rona. Pág. 72.
- (14) Alexander, Rona. Pág. 24.

Figuras



Figura 1. Alcance Unilateral en posición sedente: La estabilidad escapular da libertad al miembro superior para hacer alcances. El Tronco en el lado derecho elongado (soporta peso) y lado izquierdo del tronco acortado.



Figura 2. Sedente con aducción de escápula. Mantiene el miembro superior ocupado en dar estabilidad a la escápula para aumentar o mantener la extensión de tronco superior que todavía no es muy fuerte.



Figura 3. Sedente con apoyo de miembros superiores. Se observa extensión de tronco superior, con falta de extensión en tronco inferior que lo lleva a la inclinación anterior, en la línea perpendicular imaginaria los hombros están por delante de la pelvis.



Figura 4. Posición bípeda con adducción escapular para aumentar extensión en tronco superior y estabilizarlo. El miembro superior se mantiene cerca al tronco con hombros en extensión, adducción y rotación interna y los codos en moderada flexión.



Figura 5. Posición prono. Alcance con miembro superior izquierdo y traslado de peso sobre miembro superior derecho que muestra rotación externa de hombro, antebrazo en supinación y apoyo sobre borde cubital de la mano.



Figura 6. Sedente Lateral. Posición común para pasar de una posición a otra mientras en niño se mueve en el suelo. Facilita el alcancé de objetos y desarrolla rotaciones y control lateral de tronco.



Habitación escolar en niños con dificultades de aprendizaje

★ Resumen

Durante la experiencia de trabajo con niños que presentan dificultades de aprendizaje se ha identificado la complejidad de la adquisición de hábitos y rutinas que favorezcan el cumplimiento de las actividades propias del contexto escolar.

El siguiente artículo presenta una revisión del desempeño ocupacional de los niños, enfatizando en el estudio del comportamiento ocupacional de la infancia con el fin de promover la creación de estrategias que favorezcan la adquisición de los hábitos escolares y por consiguiente un adecuado cumplimiento del rol del escolar.

★ Palabras claves

Desempeño ocupacional, Rol del estudiante, Dificultad de aprendizaje, Habitación.

★ Introducción

El adecuado desempeño de los niños dentro del colegio depende básicamente del desarrollo de hábitos y rutinas propias del rol escolar, que junto con el ambiente promueven las habilidades necesarias para cumplir satisfactoriamente las actividades académicas.

El desempeño como terapeuta ocupacional dentro de una entidad educativa de tipo privado con niños que presentan dificultades de aprendizaje, generó la ne-

ANGIE CAROLINA PINZÓN
Terapeuta Ocupacional
Universidad Nacional de Colombia
Terapeuta Ocupacional Gimnasio La Khumbre
ancapiqui@starmedia.com

cesidad de desarrollar un programa de habituación que promoviera la creación de herramientas y estrategias adaptativas en el contexto escolar, partiendo de las bases teóricas del desempeño ocupacional y del conocimiento del ambiente que rodea al niño.

A continuación se presenta un acercamiento teórico de la habituación escolar, que pretende brindar y generar estrategias en los terapeutas ocupacionales con el fin de favorecer y fortalecer las habilidades escolares de los niños.



Desempeño ocupacional

Según Trujillo¹ "... Es el proceso durante el cual la persona se motiva, inicia y completa distintas ocupaciones; también es una trayectoria individual en la cual intervienen las capacidades personales, las exigencias ocupacionales y las demandas del medio ambiente. El desempeño ocupacional está compuesto de cualidades físicas, mentales, sociales y espirituales, las cuales experimenta la persona cuando se involucra en el autocuidado, el juego / esparcimiento, y el trabajo / estudio. Estas ocupaciones se llevan a cabo en un ambiente temporal, físico y socio cultural".

Es así como el ser humano inicia el desempeño ocupacional desde la infancia ejecutando actividades propias de su etapa de desarrollo que dependen de sus habilidades, competencias y del ambiente en el que se desenvuelve.

La infancia es un período en el que ocurren un sin número de cambios que afectan el desempeño ocupacional. Las áreas de lenguaje, pensamiento, emocional y sensoriomotora se caracterizan por cambios y maduración constante. Específicamente el desarrollo motor propio de este período se caracteriza por la presencia de cambios a nivel orgánico, maduración de los órganos corporales, desarrollo de conductas motoras, reconocimiento y relación con el ambiente.

El adecuado desarrollo de las áreas mencionadas anteriormente le permiten al menor adquirir las destrezas para promover la independencia, hacer una mejor adaptación y responder de manera adecuada a las necesidades de cada contexto.



¹ Trujillo R., Alicia. Terapia Ocupacional Conocimiento y practica en Colombia. Colección sede. Universidad Nacional de Colombia. 2002.



Dificultades de aprendizaje

La dificultad en el aprendizaje es un término que se refiere a un grupo de trastornos que se manifiestan por dificultades significativas en la adquisición y uso de la escucha, habla, lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas. El DSM IV indica que “se diagnostican trastornos de aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado para su edad, escolarización y ni-

vel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana...”. Es importante considerar que las dificultades de aprendizaje se pueden deber a alteraciones de tipo motor, sensorial, perceptivo, comunicativo, emocional entre otros.



Habituaación

Existen dos definiciones de Habituaación muy ligadas entre sí. La primera, plantea que la habituaación es un proceso en la disminución de la tasa de respuesta ante un estímulo novedoso, así éste se siga presentando con la misma regularidad. La disminución de respuestas generada por la estimulación repetida da como resultado el cambio conductual que resulta de la experiencia. Murria² define la habituaación como un “mecanismo por el cual una tarea se va transformando en habitual, a la manera de lo innato o instintivo”.

La segunda depende del Modelo de la Ocupación Humana desarrollado

por Gary Kielhofner; en donde se define al ser humano como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente a través de la habituaación. Con el fin de explicar como se motiva, organiza y desarrolla el comportamiento ocupacional, el modelo conceptualiza al ser humano en tres subsistemas que junto con el ambiente se relacionan y promueven el bienestar individual: Volición, Habituaación y ejecución.

Subsistema volición

El subsistema de volición es el responsable de recoger e iniciar el comportamiento ocupacional. Se refiere al conjunto de disposiciones y autoconocimiento que capacitan a una persona a la anticipación, escogencia e interpretación de conductas ocupacionales

² CvdB sobre ideas de Arthur T. Murray <http://members.fortunecity.es/rednovohcop/habituac.html>

basadas en el conocimiento de todas las experiencias pasadas, presentes y futuras.

Subsistema de habituación

Es el encargado de organizar el comportamiento ocupacional dentro de patrones o rutinas. El proceso de la habituación es el ordenamiento improvisado del comportamiento ocupacional a través de la interiorización del rol o hábito, lo cual se da por la acción enmarcada en un contexto que presenta diversidad de eventos (ambiente). La habituación contempla dos dimensiones principales.

Roles: Son una identidad particular que las personas mantienen de sí mismas al ocupar una posición dentro de un grupo social. Se refiere a la construcción de comportamientos adecuados de acuerdo con las expectativas sociales.

Hábitos: Son imágenes que guían la rutina y las formas en que una perso-

na se desempeña. Los hábitos son una tendencia adquirida por repeticiones previas que afectan una alta gama de comportamientos ocupacionales dependiendo de cada ambiente.

Subsistema de ejecución

Se refiere a las habilidades perceptivo motoras, de procesamiento y de comunicación interacción, que permiten la ejecución de comportamientos con propósito.

Ambiente

Se refiere a los objetos, eventos, gente y cultura que influyen el comportamiento de las personas. El Modelo de la Ocupación Humana conceptualiza al ambiente con cuatro núcleos: Objetos, tareas o actividades, grupos sociales y por último la cultura; dichos núcleos influyen las decisiones, la interacción y los comportamientos del individuo.



Habitación escolar

Al hablar de habituación escolar es necesario conocer el desarrollo del comportamiento ocupacional en la in-

fancia, en condiciones normales, desde el Modelo de la Ocupación Humana (Cuadro 1³)

³ Tomado de curso de la Ocupación Humana Traducciones. Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional. 1989. Adaptado por Angie Carolina Pinzon Terapeuta Ocupacional.

ETAPA	VOLICIÓN	HABITUACIÓN	EJECUCIÓN
NIÑEZ TEMPRANA (0-3 AÑOS)	<ul style="list-style-type: none"> • El niño forma una imagen de sí mismo. • A través de las experiencias el niño empieza a reconocer cuáles comportamientos son aceptables y cuáles no. • Empieza a simbolizar a través del juego. • Los intereses se centran en experiencias sensoriomotoras teniendo efectos en el ambiente. • Se genera el crecimiento del control interno debido a las elecciones de juego. • El mayor conocimiento de sí mismo da por resultado una imagen de habilidades personales. 	<ul style="list-style-type: none"> • ROLES: Se da inicio al desarrollo del <i>rol de jugador</i> influenciado por los padres o cuidadores. Al final de esta etapa se da inicio del <i>rol familiar</i>. • HÁBITOS: Se inicia el desempeño de hábitos de autocuidado. Se produce la regulación biológica y los padres motivan la realización de comportamientos establecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integración refleja permitiendo un mayor control cortical. • Se inicia la disociación de movimientos así como el control de acciones motoras gruesas y finas. • Se da inicio al desarrollo de la percepción espacial y del conocimiento del cuerpo. • Resolución simple de problemas. • En el lenguaje se pasa del llanto a expresiones gestuales, faciales y palabras. • El pensamiento se centra en la etapa preoperacional concreta.
NIÑEZ MEDIA (3-5 AÑOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Se genera un conocimiento del valor de las normas sociales y de los valores paternos. • Se crean intereses relacionados con el sentido de competencia que se favorece por el desarrollo de habilidades perceptivo-motoras 	<ul style="list-style-type: none"> • ROLES: Fortalecimiento del rol familiar; debido al reconocimiento de tareas propias del hogar. Dentro del juego empieza a aparecer el realismo en los roles, así como el rol de amigo. • HÁBITOS: El niño aprende hábitos de disciplina intelectual y autocontrol. Se manifiesta mayor autorregulación del comportamiento y aceptación hacia las normas sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continúan los procesos de integración refleja sensorial. • Búsqueda de actividades de tipo vestibular y del uso de juguetes constructivos. • La estructura y forma del lenguaje comienza a complejizarse generando mayor interacción con el medio.
NIÑEZ TARDÍA (5-12 AÑOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia el interés por las actividades escolares y a través del juego, se realiza la retroalimentación de las habilidades, capacidades y limitaciones que permiten el desempeño. • El niño empieza a encontrar significado en las actividades ocupacionales "Colegio". • Se genera el interés por el desarrollo de actividades más complejas "prácticas deportivas y juegos de rol". 	<ul style="list-style-type: none"> • ROLES: Se amplía el rango de roles: familiar, escolar y social. Empieza el reconocimiento de los objetos y tareas asociadas a cada rol; lo que simultáneamente, genera conciencia sobre el rol de trabajador. • HÁBITOS: Los hábitos se centran en torno al ámbito escolar, familiar y social. Los hábitos cambian según las demandas para el uso del tiempo y su comportamiento. Se da inicio a la creación de hábitos que favorezcan la puntualidad, atención y la perseverancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las habilidades de pensamiento el niño es capaz de realizar transformaciones, asociaciones y agrupaciones complejas. • Debido al refinamiento de las habilidades motoras y preceptuales, se inicia la participación en juegos grupales y deportes. • Se encuentra un alto desarrollo en las habilidades para la resolución de problemas y la exploración de alternativas. • Se amplía la sintaxis, semántica y el vocabulario del lenguaje.

El término de habituación escolar trabajado en el presente artículo reúne las dos definiciones mencionadas con anterioridad y parte del hecho de que tanto la **maduración** como el **aprendizaje** son procesos fundamentales en el desarrollo del sujeto, y que el ambiente escolar se constituye por espacios, objetos, personas y obligaciones que demandan del niño el establecimiento de variados roles, como por ejemplo, el **rol del estudiante**.

Para que el desempeño escolar sea adecuado es necesario que el niño cree rutinas y hábitos que posibiliten la ejecución de los roles propios de su edad; éste el punto de partida para hablar de la HABITUACIÓN como área fundamental a trabajar en el ambiente educativo y familiar con cualquier tipo de población.



Estrategias

Dentro del GIMNASIO LA KHUMBRE se ha venido desarrollando un programa de habituación escolar enmarcado en el área de los dispositivos básicos de aprendizaje y aplicada en todas las áreas (Pedagógicas y terapéuticas); la experiencia se ha venido desarrollando con apoyo de todo el equipo interdisciplinario (Fonoaudiologas, Psicóloga, Docentes y Terapeuta Ocupacional); y ha generado en la población escolar rutinas y hábitos que favorecen el desempeño escolar en el Colegio.

Identifique los intereses, hábitos y el ambiente propio de cada niño. Para esto realice la siguiente encuesta.

El desarrollo de hábitos y rutinas propias del rol escolar depende tanto del ambiente como de las habilidades motoras, cognoscitivas y sociales de cada niño; algún tipo de alteración ya sea neurológica, motora, emocional, de lenguaje o de pensamiento, afecta de manera significativa la percepción del niño sobre el medio y por lo tanto, el repertorio de habilidades para la ejecución de rutinas que favorezcan el cumplimiento de las tareas escolares y su aplicación en otros contextos.

Con el fin de favorecer el desarrollo de hábitos y rutinas adecuadas, a continuación se presentarán una serie de estrategias que favorecen la adquisición de hábitos propios del rol del estudiante.

Intereses

Enumere una lista con los intereses propios de cada niño (los más significativos dentro de la casa y la escuela), para esto es necesario preguntar al niño o a su acudiente lo siguiente:

- ¿Cuál es la actividad preferida por el niño?
- ¿Cuál tipo de juego prefiere?
- ¿En casa pasa la mayoría del tiempo solo o acompañado?
- ¿En el colegio pasa la mayoría del tiempo solo o acompañado?
- ¿Qué actividades realiza con sus amigos?

- ¿Cuál es la materia preferida? ¿Por qué?
- ¿Cuál es materia en la que menos bien se siente? ¿Por qué?

Hábitos

Enumere en orden de importancia las tareas o labores que realiza, para esto solicite al niño que:

- Describa las actividades que realiza un día de colegio.
- Describa las actividades que realiza en el fin de semana.
- Describa las actividades que realiza en vacaciones.
- Mencione las labores que debe realizar en la casa.
- Enumere las labores que debe realizar en el colegio.
- Describa la manera en que realiza las labores escolares.
- Mencione cual es la actividad que mas le agrada realizar.
- Mencione cual es la actividad que menos le gusta realizar.

Ambiente

- Defina las condiciones ambientales propias del colegio y de la casa para esto solicite al niño que:
 - Describa su colegio.
 - Describa su salón de clase.
 - Describa sus compañeros de clase.
 - Describa la clase que más le gusta.
 - Describa su casa.
 - Describa el sitio donde realiza las labores escolares.

La adquisición de hábitos depende básicamente de los intereses y de las ha-

bilidades de cada niño; el listado que se obtenga de la encuesta presentada con anterioridad, le brinda al terapeuta pautas para el inicio y la asignación de tareas propias del rol y que por su agrado favorece el desarrollo de las mismas.

Simultáneamente a la asignación de tareas es necesario que tanto en el colegio como en la casa en los días de colegio se realicen las siguientes actividades.

En casa

- Favorezca el hábito de tomar la ducha en la mañana antes de ir al colegio.
- Cuando el niño llegue del colegio permita que tenga un descanso moderado para tomar onces e iniciar las labores escolares.
- Ofrezca un ambiente adecuado (luz clara, mesa de trabajo amplia y libre, lápices, colores, tajalápiz y útiles necesarios para la elaboración de las tareas).
- Determine un espacio dentro del estudio para los materiales del niño.
- Solicite el apoyo de un adulto para la realización de las tareas o el estudio en casa.
- Promueva que el niño aliste su maleta y útiles escolares tras la elaboración de las tareas.
- Solicite al niño que aliste el uniforme escolar desde la noche anterior.
- En el Colegio se debe sugerir a el equipo interdisciplinario que:
 - Cuando el niño entre al aula organice los útiles dentro del puesto de trabajo, procurando que todos los puestos tengan el mismo orden p.ej. libros a la dere-

- cha, cuadernos a la izquierda, cartuchera en el centro.
- Realice la misma rutina al iniciar la jornada escolar: recuerde la fecha y el horario de clase correspondiente a cada día.
 - Al terminar cada clase promueva la organización del puesto de trabajo.
 - Asigne labores propias dentro del salón de clases.
- Asegúrese de que la organización del cuaderno sea la misma en todas las materias.

La realización de las actividades enunciadas anteriormente ha promovido, en los niños, la ejecución de rutinas que favorezcan el desarrollo de la habituación y el desempeño escolar.



Conclusiones

El establecimiento de la habituación en niños con dificultades de aprendizaje, es una herramienta que facilita el desempeño escolar, al fortalecer y favorecer el desarrollo de rutinas y hábitos propios de esta edad.

El Terapeuta Ocupacional juega un papel primordial al promover el desempeño ocupacional del niño; generando estrategias que dependen de la realización de diversas actividades orientadas a un propósito definido. El propósito principal de la Habituación escolar es permitirle al niño reconocer su ocupación como significativa, gratificante y placentera.

Para que la Habituación escolar sea efectiva tanto el terapeuta como el equipo interdisciplinario se deben guiar por el contexto familiar y escolar en el cual el individuo se desempeña, con el fin de mantener y promover las habilidades y las destrezas que le permiten al niño ser productivo en el rol escolar.

Es importante que dentro del Gremio se genere las inquietud por desarrollar investigaciones y crear programas que tiendan a favorecer tanto los hábitos escolares como el Desempeño Ocupacional de los niños.



Bibliografía

1. Trujillo R., Alicia. Terapia Ocupacional Conocimiento y practica en Colombia. Colección sede. Universidad Nacional de Colombia. 2002.
2. CvdB sobre ideas de Arthur T. Murray. <http://members.fortunecity.es/rednovohcop/habituac.html>
3. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales A.P.E.T.O. Comisión de Trabajo Abril 1999. www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml
4. Curso de la Ocupación Humana Traducciones. Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional. 1989. Adaptado por Angie Carolina Pinzón Terapeuta Ocupacional Universidad Nacional de Colombia.
5. Artículo de revista en formato electrónico Fernández Martínez L, Reflexión sobre el quehacer del T.O con respecto al desempeño ocupacional del niño como escolar. www.terapia-ocupacional.com/articulos/artliliana.shtml
6. Lozano A, Chávez B, Proyecto Educativo institucional. Gimnasio la Khumbre. 1997
7. Frances, A., Pincus, H., editores. Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales DSM- IV. Editorial Masson S.A. 1995





La actividad tutorial, un soporte académico definitivo para los estudiantes de fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario

Introducción

MARÍA DEL CARMEN URREA GONZÁLEZ

Fisioterapeuta.
Universidad Industrial de Santander
Profesora Facultad de Rehabilitación
y Desarrollo Humano
Coordinadora programa de tutorías.
Programa de Fisioterapia
Universidad del Rosario.
E-mail: caurrea@urosario.edu.co

SANDRA PULIDO SÁNCHEZ

Fonoaudióloga.
Universidad Nacional de Colombia
Profesora Facultad de Rehabilitación
y Desarrollo Humano
Especialista en epidemiología.
Universidad del Rosario
Coordinadora programa de tutorías.
Programa de Fonoaudiología
Universidad del Rosario.
E-mail: spulido@urosario.edu.co

ANGÉLICA MARÍA MONSALVE ROBAYO

Terapeuta Ocupacional. Universidad Colegio
Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
Profesora Facultad de Rehabilitación
y Desarrollo Humano.
Master en Gerontología.
Universidad de Salamanca. España
Coordinadora programa de tutorías.
Programa de Terapia Ocupacional.
Universidad del Rosario.
E-mail: anmonsal@urosario.edu.co

¿Cómo organizo mi plan de estudios?
¿Es posible cursar doble programa
académico? ¿A quién acudo para acla-
rar las dudas que tengo en una asig-
natura aparte de mi profesor? ¿Dón-
de puedo encontrar información acer-
ca de este tema? ¿Cómo accedo al-
gún servicio específico de la universi-
dad? ¿Tengo un problema personal,
a dónde debo acudir? ¿Inscribí menos
créditos de los que debía, es posible
el próximo periodo adelantar asigna-
turas? ¿No tengo claridad en algunos
aspectos del programa académico que
elegí, es posible aclararlos en la tuto-
ría? ¿Qué apoyo me brinda la univer-
sidad cuando me encuentro en situa-
ción de periodo de prueba o cursando
por tercera vez una asignatura? ¿Qué
consecuencias trae el perder asigna-
turas o tener un bajo desempeño aca-
démico? ¿Qué orientación recibo an-
tes de culminar mis estudios que me
brinde herramientas para el ingreso al
mundo laboral?

Estas son algunas de las preguntas que hacen los estudiantes cuando ingresan, durante y en la finalización de sus estudios universitarios. Responder a estas preguntas desde el programa de tutorías en la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano representa no solamente el conocimiento de los planes de estudios de cada programa de la Facultad, de los servicios con que cuenta la Universidad o de las redes de información que apoyan los procesos académicos para la formación integral de nuestros estudiantes, sino también, el acercamiento a su proyecto de vida, a sus intereses y expectativas hacia el futuro.

✧ **Resumen**

El presente artículo es una reflexión en torno a la tutoría como un servicio educativo que constituye para la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano el soporte de desarrollo académico para los estudiantes, teniendo como objetivo primordial brindar atención individual y grupal en la que se ofrece orientación y acompañamiento en su proceso de formación desde dimensiones pedagógica, sociológica y antropológica.

✧ **Palabras claves**

Tutoría, estudiante, tutor, dimensión pedagógica, dimensión sociológica y dimensión antropológica.

✧ **Abstrac**

This article is a reflection around the tutorial as an educative service than is for the Rehabilitation and Human Development Faculty the support of academic development for the students and its objective is to give individual and group attention to offers orientation and accompaniment in their formative process from pedagogic, sociologic and anthropologic dimension.

✧ **Key words**

Tutoring, student, tutor, pedagogic dimension, sociologic dimension and anthropologic dimension.



Las dimensiones de la tutoría

La actividad tutorial y quienes la desarrollan poseen ciertas características que se fundamentan a partir de dimensiones pedagógica, sociológica

y antropológica que serán objeto de estudio del presente artículo, generando en la Facultad oportunidades de aplicación y análisis desde 1999.



Dimesión pedagógica de la tutoría

Esta concepción lleva necesariamente a reflexionar en torno a la educación como un proceso de socialización que le permite al ser humano desarrollarse dentro de un contexto socio-cultural, que implica un sentido transversal de integralidad y pluridimensionalidad y no un simple enfoque instruccional.

Desde esta visión, se considera como un proceso de interacción entre personas con fines posibilitadores de cambio, de transformación, de individualidad, autorrealización y autonomía durante su ciclo vital. (1)

La tutoría desde la dimensión pedagógica y como lo propone Galeano, "responde a un ejercicio didáctico por medio del cual la academia cumple con su objetivo de formar integralmente al alumno dentro de un currículo abierto, flexible y pertinente, para que los estudiantes encuentren en la Universidad la ruta de desarrollo personal y profesional competente y coherente con el ser, el pensar y el hacer". (2)

La Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, a través de sus progra-

mas de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional asume esta dimensión propuesta por Galeano, concibiendo la tutoría como el soporte de desarrollo académico y personal que le permite a los estudiantes sentirse parte de la comunidad académica, en donde la gestión de los procesos de seguimiento y apoyo garantizan la autonomía y permanencia en cada uno de los programas, la cual se realiza en modalidades de tutoría individual y grupal, como estrategias metodológicas en donde la pedagogía como reflexión permanente sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje, constituyen la forma como se hace operativo el proceso de interacción entre tutor-estudiante-grupo de estudiantes.

Adicionalmente estas modalidades se presentan transversalmente sobre el esquema de desarrollo de la tutoría, el cual es propuesto por la política general a nivel institucional. En el esquema que se describe a continuación se establecen los diferentes servicios y momentos en los que se operacionaliza el programa en la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano:

PRIMER MOMENTO

Proceso de admisión

- Participación en la realización de entrevistas
- Identificación de casos que requieren tutoría

SEGUNDO MOMENTO

Proceso de formación a lo largo de la vida universitaria

A. Asesoría Académica	B. Orientación Curricular Universitario	C. Apoyo Integral Medio	D. Apoyo Egreso Universidad
Resuelve inquietudes y dificultades asociadas con el proceso de aprendizaje de los contenidos en asignaturas.	Apoya el proceso de organización del plan de estudios e inscripción de asignaturas, identificación de situaciones problemáticas a nivel académico y personal para ser remitidos a otras instancias de apoyo de la Universidad.	Provee un espacio al estudiante para que logre prepararse y adquirir destrezas que le permitan mejorar el desempeño académico y personal durante su vida universitaria.	Orienta aspectos relacionados con el mundo del trabajo y el ingreso a la vida laboral.



Dimensión sociológica de la tutoría

Esta dimensión hace referencia al valor de lo social y lo colectivo en el mundo universitario y del ejercicio de la tutoría como un componente inherente a la formación, dirigida a impulsar y facilitar el desarrollo integral de los estudiantes desde sus potencialidades intelectuales, afectivas, personales y sociales. (3)

El desarrollo integral por el que la Universidad trabaja día a día, res-

ponde entre otras a una función social que busca satisfacer una necesidad e interés del estudiante, de la familia y de la sociedad, que se circunscriben al proceso educativo como un derecho que se expresa en la libertad y autonomía de ir construyendo un proyecto de vida que aporte de manera significativa al desarrollo del país.

Nuestra sociedad se organiza alrededor del conocimiento y exige de las personas estar a la vanguardia de los avances tecnológicos, informáticos, científicos, culturales, entre otros, que le permitan reconstruir permanentemente la realidad y operar como mecanismo de control social y de direccionamiento del cambio y de la innovación. Para lograr este propósito la Universidad debe poseer elementos de análisis que favorezcan la orientación asertiva del proceso formativo. (4)

La Universidad del Rosario dentro de su visión plantea garantizar aportes al desarrollo económico, político, social y cultural de la sociedad a través de la formulación de políticas institucionales que posibiliten la formación integral desde una dimensión sociológica tanto en el proceso de aprendizaje como en la interacción de la comunidad académica, visualizando la tutoría como una de las estrategias prioritarias para el desarrollo de la autonomía de los estudiantes y el manejo de competencias con sentido de responsabilidad social. (5)



Dimensión antropológica de la tutoría

Desde esta dimensión se hace necesario plantear la visión que tenemos de hombre (tutor-estudiante) y las relaciones que se establecen entre ellos durante el proceso tutorial.

El hombre tutor se presenta como un sujeto fundamental en la evolución psicosocial de otro individuo, pues se convierte en herramienta de la interacción social con los demás, con el conocimiento y con la comprensión de sí mismo. Dicha interacción en la acción tutorial requiere que el profesor sea el elemento dinámico que motive al estudiante hacia la búsqueda y organización del conocimiento. El tutor es visto entonces, como componente de la comunidad universitaria que no solo tiene responsabilidad con la ciencia sino con el hombre.

Estos elementos se recogen en un perfil que caracteriza al profesor-tutor

como persona flexible, abierta al cambio, capaz de analizar su enseñanza, crítico consigo mismo, amplio en el dominio de destrezas cognitivas y relacionales, capaz de trabajar en equipo y de investigar sobre su propia enseñanza, reflexivo sobre la práctica, con competencias académicas básicas, con destrezas para la toma de decisiones y modelo en la adquisición y uso del conocimiento.

Desde esta perspectiva, el estudiante se concibe como un sujeto activo que se reconoce y se desarrolla a través del mismo proceso de aprendizaje, que incorpora a su proceso formativo el acervo cultural, familiar, social y personal que le permite construir significados y sentidos a partir del saber, el saber hacer y el ser, expuestos en un currículo. Esta interacción permanente entre el contexto educativo y la persona facilita el cambio continuo entre ambos.

El estudiante se visualiza como un ser humano integrado además por los componentes vocacional, interpersonal e intelectual. El primero hace referencia a sus intereses e inclinaciones hacia la formación en un área específica de conocimiento, producto de la reflexión personal hacia la determinación de un proyecto de vida. El segundo comprende la disposición del estudiante hacia la empatía, la interacción constructiva, armónica y positiva con otras personas en diferentes contextos. El tercero involucra las competencias básicas que le permiten desarrollar la crítica, la reflexión, el análisis, la comunicación, el trabajo en equipo, la toma de decisiones y el uso productivo del conocimiento. (6)

Las individualidades de cada sujeto en este proceso de negociación de significados hace explícito la consideración de que no siempre se debe brindar el mismo tipo de apoyo ni de la misma manera a todos los estudiantes.

La tutoría entonces se asume como un ejercicio de interacción donde la colaboración, la cooperación y la comunicación son elementos sustanciales para la orientación académica, laboral e incluso personal de los estudiantes. Es a través de la interacción comunicativa entre tutor y tutorado que se aprende a aprender y a desaprender, a través de la comprensión de explicaciones complejas, del entendimiento de conceptos que no se refieren a realidades concretas, de la expresión de significados con precisión, de la formulación de mensajes adecuados y pertinentes, de la argumen-

tación con lógica y de la resolución de desacuerdos conceptuales para la construcción de ciudadanía. (7)

Finalmente, la Universidad del Rosario recoge todos estos elementos y concibe la tutoría como "Una estrategia pedagógica y de formación que brinda cada una de las unidades académicas a sus estudiantes, con el fin de apoyarlos y orientarlos en su proceso de formación integral, así como estimular el desarrollo de habilidades para alcanzar una ganancia en el aprendizaje de su disciplina. Por lo tanto está dirigida a potenciar las capacidades de los estudiantes y a superar las dificultades surgidas en los procesos de aprendizaje". (8)

La Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano acogiendo a esta concepción de tutoría, tiene en cuenta que la calidad en la formación de fisioterapeutas, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales se fortalece desde la gestión y actualización de los procesos de evaluación, de las metodologías de enseñanza-aprendizaje, de la relación profesor-estudiante y de la revisión permanente del currículo que garantizan la excelencia personal y profesional de nuestros egresados.

"El conocimiento y la tecnología son cambiantes, pero la calidad de ciudadano y la actitud hacia el conocimiento son permanentes". (9)

"La tutoría es la protección que favorece el crecimiento de las alas de nuestros pupilos. Una hermosa tarea de preparar a otros para su propia libertad." (10)

Bibliografía

- (1) DÍAZ, Luz A., FAJARDO, Adriana. Modelo pedagógico. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Universidad del Rosario. Bogotá. 2004
- (2) GALEANO, Aidé. La experiencia de tutorías en la Universidad de Antioquia. Memorias del Congreso Internacional. Intercambio de experiencias en programas universitarios de Tutorías. Universidad del Rosario. Bogotá. 2002
- (3) GRUP DE TREBALL. Seminari permanent de tutoria universitària. Institut de Ciències de l' Educació. Unitat d' orientació universitària. Institut de Ciències de L' Educació. Lleida. España 2003
- (4) BERNAL, Hernando. "El marco conceptual para el diseño de la Universidad". Revista de colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 90:81-91, 1997.
- (5) Plan Integral de Desarrollo 2004-2015. Crecimiento con calidad e identidad. Universidad del Rosario.
- (6) Departamento de Admisiones. Guía de entrevista. Pregrados. Universidad del Rosario. 2003
- (7) Documento de Investigación No 2. Línea de Investigación en Estado, políticas públicas y discapacidad. Reflexiones en torno a los conceptos de estado, las políticas públicas y la participación social. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. 2004
- (8) Documento política del programa de tutoría. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá. Marzo 2000.
- (9) PÉREZ, Luis. Universidad: Transformación o decadencia. Editorial Universidad de Antioquia. En: PINZÓN, de S; DÍAZ, A. Excelencia académica y formación integral. Memorias del Congreso Internacional. Intercambio de experiencias en programas universitarios de Tutorías. Bogotá. Página 58. 2002.
- (10) VÁSQUEZ, F. Proteger sin cortar las alas, riesgos y rasgos del maestro tutor. Facultad de Educación. Pontificia Universidad Javeriana. 2002





Reflexiones entorno a la competencia ocupacional de la persona con trastorno esquizofrénico

Resumen

Este artículo presenta una reflexión sobre las dificultades de las personas con trastornos esquizofrénicos para lograr la competencia ocupacional. Centra su atención en las alteraciones cognitivas y sus repercusiones en el desempeño ocupacional, el concepto de competencia ocupacional y su directa relación con las expectativas del entorno, así como en la necesidad de privilegiar el análisis del contexto y de la ocupación para el logro de la competencia.

Pretende contribuir en la construcción de parámetros a tener en cuenta para que el terapeuta ocupacional que desarrolle procesos de rehabilitación integral, reconozca que la intervención debe partir de factores individuales, ocupacionales y ambientales.

Palabras claves

Esquizofrenia - Cognición - Competencia Ocupacional.

Introducción

La disminución de la competencia ocupacional, representa uno de los principales problemas para los equipos de rehabilitación una vez se ha realizado el proceso de estabilización de la crisis y durante el curso de la enfermedad.

El tratamiento de las personas con Esquizofrenia ha sido una constante

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

preocupación de los equipos interdisciplinarios en salud mental. Para los terapeutas ocupacionales ésta ha sido además una población muy importante, tal vez por representar un alto reto para los procesos de rehabilitación integral, entendida como la posibilidad de restaurar y compensar las habilidades y ubicar a la persona laboralmente permitiéndole ser participante en su ambiente.

Los modos de explicar y enfrentar la enfermedad han sido múltiples, reconociendo además que son personas con un alto nivel de vulnerabilidad al ambiente y que presentan importantes alteraciones biológicas y bioquímicas que producen los cambios de conducta y dificultades cognitivas.

La esquizofrenia fue descrita en 1893, por el psiquiatra Emil Kraepelin, cuando la definió como una “Demencia Precoz”, a la cual le atribuyó un curso desfavorable y la presencia de síntomas residuales que afectaban el desarrollo de la vida las personas que la padecían.

En 1911, Bleuler red denominó la enfermedad por el término de esquizofrenia, al considerar la notable escisión entre los ideas y la realidad, dado que esquizofrenia significa “mente dividida”.

Sobre el inicio de la enfermedad la literatura reporta una edad entre los 15 a los 45 años y unas tasas de prevalencia entre el 0,2 y 2% de la población mundial, sin existir diferencias significativas entre distintos países. En Colombia el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental de 1997, mos-

tró una prevalencia en el último año de 0.6%, y una prevalencia de vida del 1.4%, con mayor frecuencia de presentación en los departamentos de Guajira, Córdoba, Quindío y Magdalena.

La sintomatología comprende dificultades en el pensamiento, manejo de las emociones y el comportamiento, que alteran el curso de la vida de la persona y la conducen a disminuir su capacidad de socialización, de desempeño ocupacional y de disfrutar aquellas actividades que le permiten ser un participante activo del ambiente.

Adicionalmente se han realizado clasificaciones, de acuerdo con la presencia y permanencia de tales síntomas durante el proceso mismo de la enfermedad, en síntomas positivos y negativos.

Los síntomas positivos se caracterizan por alucinaciones, delirios, trastornos en el pensamiento, angustia, excitabilidad, insomnio, comportamiento agresivo o agitado, inquietud corporal, conductas repetitivas, entre otras.

Los síntomas negativos, que aparecen en las dos terceras partes de la población, alteran los ámbitos social, laboral y familiar. Se manifiestan en apatía, pobreza afectiva o afecto inapropiado, alogia, abulia, anhedonia, problemas en la atención y concentración, descuidan sus hábitos de aseo personal, así como dificultad para establecer y mantener relaciones afectivas.

El concepto inicial de Kraepelin asociaba la enfermedad con un progresi-

vo trastorno neurocognoscitivo¹, que se extiende a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Sin embargo la literatura reporta que los síntomas negativos, no aparecen solamente a partir del inicio de la enfermedad, sino que el funcionamiento previo de la persona, ya presentaba características que mostraban algunos de los comportamientos reportados anteriormente (síntomas negativos) y relacionan también un mejor pronóstico, cuando el funcionamiento previo era mejor.

Luego de la primera crisis, se hace más evidente un funcionamiento global bajo, en aspectos como el afecto, el comportamiento, la interacción y la integración a los contextos familiares y laborales. Además la familia y el ambiente social en general, dedica mayor atención a la persona, lo que hace que sean más evidentes las diferencias respecto al modo de actuar previo.

Durante los últimos años, el avance de los tratamientos farmacológicos ha representando un gran progreso para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad. El efecto sobre los síntomas po-

sitivos es más rápido y con menores efectos secundarios sobre la persona, facilitando que los procesos de hospitalización total sean mas cortos. Sin embargo, el tratamiento farmacológico no modifica los síntomas negativos, afectivos y cognoscitivos presentes en la esquizofrenia. Los antipsicóticos atípicos, han demostrado algún efecto sobre los síntomas negativos, disminuyendo la intensidad de los síntomas afectivos y cognoscitivos, pero no tiene un efecto sobre las alteraciones cognoscitivas residuales y el deterioro social que se produce².

Las dificultades cognoscitivas que la persona enfrenta lo lleva progresivamente a un deterioro social, dado que, cuando las personas tienen menores habilidades organizativas, presentan menores probabilidades para el manejo de las exigencias de la vida diaria. Los síntomas negativos se perfilan como los mayores productores de dificultad para la integración social.

Adicionalmente, existen alteraciones afectivas relacionadas con su motivación y voluntad que afectan directamente la iniciativa y capacidad para terminar las acciones emprendidas.

¹ López-Mato, Andrea. Malagold, Sara. Trastornos cognoscitivos en las esquizofrenias. En: Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. Lopez-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001. Pág. 127.

² Téllez-Vargas, Jorge. Tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Revista: Avances en Psiquiatría Biológica, Vol. 4, 2003.



El deterioro cognoscitivo

La pretensión de ésta revisión es centrarse en las alteraciones cognoscitivas, por encima de otras que sin duda tienen igual valor en la representación de la enfermedad.

Las dificultades en el proceso cognitivo son reportadas por López-Mato y Malagold (2001), específicamente en atención, memoria y funciones ejecutivas.

Las alteraciones en la atención que reportan las autoras comprenden fallas en la selección y focalización del estímulo, incapacidad para priorizar la información y dificultades para manejar varios estímulos simultáneamente. Además las fallas atencionales se hacen más evidentes cuando existen exigencias progresivas de complejidad y tiempo.

Así mismo, las fallas en memoria reportadas involucran deterioro en tareas que exigen memoria verbal y no verbal y dificultades en la capacidad de aprendizaje de información verbal y no verbal (memoria declarativa), pero pueden aprender habilidades procedimentales que involucren el componente motor (memoria procedimental).

Otro de los compromisos de memoria está representado por el uso de la información a corto plazo y la organización de la misma mientras ejecuta una tarea (memoria de trabajo) (López-Mato, Malagold 2001).

En cuanto a las funciones ejecutivas las fallas se relacionan con la capacidad de planear, iniciar y organizar el comportamiento, por ello las personas con esquizofrenia se muestran poco activas y tienen dificultades para resolver problemas a partir de la información disponible.

Estas alteraciones cognoscitivas, no mejoran con el tratamiento neuroléptico clásico³, por el contrario se aumentan con el paso de los años y con tratamientos intrahospitalarios prolongados.

Las dificultades cognoscitivas deben ser valoradas a fin de establecer su grado de interferencia en el desarrollo de las actividades o sobre la competencia ocupacional, ello permite establecer planes de acción concretos sobre las necesidades de la persona, establecer formas de enseñanza y modos de reconocer el impacto del trabajo terapéutico.

³ López-Mato, Andrea. Malagold, Sara. Trastornos cognoscitivos en las esquizofrenias. En: Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. Lopez-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001. Pág. 127.



La competencia ocupacional

Para Terapia Ocupacional la búsqueda del desempeño ocupacional competente de la persona, es el objetivo de la aproximación terapéutica, así como el uso de la ocupación para restaurar el bienestar físico, cognoscitivo, emocional y social de los usuarios.

El concepto de *Competencia Ocupacional*, fue propuesto por Mocellin y ésta significa la ejecución exitosa de acciones que tienen un propósito y un nivel aceptable, pero no necesariamente perfecto de logro⁴.

La concepción de competencia se vincula de manera importante con conceptos como la funcionalidad o disfuncionalidad, y en esos términos es importante reconocer el concepto de *Disfunción Ocupacional* "la cual se refiere a fallas o dificultades para ejecutar patrones ocupacionales saludables"⁵ (Kielhofner 1997).

El concepto de competencia ocupacional incluye los componentes objetivo y subjetivo. En la persona con esquizofrenia, la competencia ocupacional se encuentra disminuida por cuanto implica un *componente objetivo* (Mocellin 1992), referidos a la forma como las acciones que se ejecutan, son permanentes y generalizables a diferentes

situaciones con cierto grado de modificación.

Así las personas con esquizofrenia, con una alteración en las funciones ejecutivas, memoria y atención, tendrían menores opciones de generalizar los comportamientos aprendidos y utilizarlos en otras situaciones cuando el contexto es cambiado, elemento de singular importancia en la consideración de los procesos de capacitación para un empleo o la reubicación laboral de una persona.

Adicionalmente el *componente subjetivo* contempla la satisfacción y reconocimiento sobre la eficacia y comodidad que brinda la ejecución de las acciones dentro de los contextos⁶.

En éste proceso es necesario tener en cuenta cómo los cambios afectivos tales como la poca motivación y voluntad, que se producen a partir del curso del trastorno esquizofrénico, repercuten en la forma como las personas se perciben, no solo por las pérdidas y disminución de las capacidades a las cuales se ven enfrentados, sino también al componente biológico que asocia la presencia de depresión en las personas con esquizofrenia⁷. Esto crea

⁴ Citado en: HAGERDORN, Rosemary. OCCUPATIONAL THERAPY: Perspectives and Processes. Churchill Livingstone. 1995. Pág. 58.

⁵ KIELHOFNER, Gary. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. Second Edition. F.A. Davis. Philadelphia. 1997. Pág. 63.

⁶ HAGEDORN, Rosemary. OCCUPATIONAL THERAPY: Perspectives and Processes. Churchill Livingstone. 1995. Pág. 59.

⁷ SOTO, Hugo. Depresión y Esquizofrenia. En: López-Mato, Andrea. Malagold, Sara. Trastornos cognoscitivos en las esquizofrenias. En: Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizo-

sentimientos de frustración permanentes, que incluso pueden llevar al paciente al suicidio, en un intento por poner fin a su situación particular.

Ante la panorámica expuesta es posible construir la idea de una disfunción en la competencia ocupacional de las personas que presentan un trastorno esquizofrénico, que los llevan a alterar igualmente sus **patrones ocupacionales**, dado que no pueden reproducir el modelo comparativo de la secuencia que deben tener las actividades diarias.

Sin embargo el problema de la disfunción en la competencia ocupacional de la persona esquizofrénica, no está presente solamente a partir de la aparición de la primera crisis, ya que estudios realizados por Ho y Cols., encontraron una importante correlación entre la aparición de síntomas negativos severos y una pobre calidad de vida previa: Desempleo, dependencia financiera de sus padres, escasas o nulas relaciones con amigos y escasa participación en actividades de ocio⁸.

La disfunción en la competencia ocupacional tiene unas consecuencias multidimensionales que afectan más allá de la esfera personal inmediata del ser humano, trascendiendo al entorno familiar y los sistemas de seguridad social de los países, por la pérdi-

da de fuerzas productivas y el costo de salud que ello representa.

Un valor agregado de Terapia Ocupacional, es su misión de prevenir y disminuir el impacto de la disfunción ocupacional en las personas que la sufren y en las sociedades, por ello es necesario generar procesos que promuevan la re-adquisición de la competencia ocupacional perdida o no generada a partir de las necesidades y la consideración de los aspectos socioculturales de la enfermedad y la ocupación.

Para ello, en el trabajo con la persona con esquizofrenia, el terapeuta deberá reconocer aquellos aspectos que afectan directamente la capacidad cognitiva y emocional y así trabajar sobre aquellos elementos que requiere en una ejecución ocupacional competente, en su medio social y comunitario.

frenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. López-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001. Pág. 141.

⁸ Citado en: Revista Avances, Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Jorge Téllez-Vargas. Pág. 119.





Aspectos socioculturales asociados a la competencia ocupacional en el trastorno esquizofrénico

La calificación de funcionalidad o no, de la competencia ocupacional está estrechamente relacionado con los conceptos culturales que envuelven a la persona y que representan la óptica a partir de la cual se interpretan las condiciones de adaptación al ambiente.

Las características de los grupos culturales pueden determinar el curso e incluso el pronóstico de una enfermedad. La oferta o carencia de recursos asistenciales y la aceptación de los miembros de la sociedad de una persona que sufre una discapacidad, centran la atención en la consideración de la discapacidad como fenómeno social. Sin embargo, el terapeuta debe establecer los parámetros de funcionalidad de la Competencia Ocupacional, a partir de la consideración de la persona como un ser único, con una historia y un proceso particular.

A partir de ello, se pueden establecer las condiciones para facilitar no solo la inclusión, sino la participación social de las personas con trastornos mentales.

Las actitudes sociales frente a la esquizofrenia, llevan a las familias a experimentar sentimientos de rechazo, temor y culpa, que disminuyen las posibilidades de la persona con trastorno mental, para recibir un tratamiento oportuno y brindarle oportunidades para seguir siendo parte no solo de su grupo familiar, sino de aquellas ac-

tividades que se desarrollan en la comunidad, afectando las posibilidades de desempeño ocupacional.

En las familias son frecuentes las reacciones de duelo, por las pérdidas que experimentan sobre la personalidad de su pariente enfermo, dada la vivencia del aislamiento y pobre contacto que comienza a mantener este miembro, como también por el rechazo social que genera la persona con discapacidad mental⁹.

Para la familia y la persona misma, la limitación en la prospección ocupacional, representa una pérdida importante, que conduce a sentimientos depresivos, especialmente cuando el paciente se enfrenta a repetidas experiencias de frustración y fracaso.

La re-adquisición de los roles ocupacionales, representa el reto más importante en el trabajo que desarrollan los terapeutas ocupacionales con la persona con un trastorno esquizofrénico. Por un lado la determinación de las habilidades presentes en la persona y por otro la adaptación del ambiente (incluyendo expectativas y tareas) que fo-

⁹ LEÓN-ANDRADE, Carlos. Aspectos Socioculturales de la Esquizofrenia. En: Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. López-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001. Pág. 98.

menten un desempeño ocupacional eficiente y eficaz.

Es posible pensar que el ambiente, es aquel elemento menos controlable y adaptable. Sin embargo un estudio piloto realizado por la OMS, señala una importante diferencia en las posibilidades de participación social a través de la actividad laboral de las personas con esquizofrenia. El estudio reportó cómo en los países mas desarrollados con mayores avances tecnológicos, las personas con trastornos esquizofrénicos presentaban mas rápidamente una cronificación de sus síntomas, frente a países en vía de desarrollo (entre ellos Colombia), donde existe mayor laxitud en el comportamiento y las necesidades económicas exigen el mantenimiento de la productividad del enfermo, disminuyendo la tendencia de cronificación¹⁰.

Es así como la ubicación laboral de las personas con trastornos esquizofrénicos, las sitúa hacia el desempeño de ocupaciones con bajos niveles de calificación. Esto está dado en gran parte por la baja formación académica que logran alcanzar y por el abandono frecuente de los empleos que obtienen¹¹.

Estudios realizados en Europa y Estados Unidos, revelan las importantes dificultades que tienen las economías de los países, para facilitar el acceso a empleos competitivos de las personas con trastorno mental, señalando que en aquellos lugares donde el ín-

dice de desempleo supera el 6 por 100, las posibilidades de alcanzar un empleo se encuentran seriamente limitadas¹². En el caso de Colombia el desempleo supera el 13 por 100, sin tener en cuenta las diversas formas de subempleo o de economía informal existentes actualmente, sobre lo cual es posible concluir, que las posibilidades de empleo en un mercado competitivo es una opción con pocas probabilidades de logro.

Frente a ello, la promoción de la salud a través de la ocupación, debe contemplar nuevas rutas, que actúen como agentes facilitadores de la participación social de las personas con discapacidad mental. En este sentido se pueden encontrar dos propuestas. Por un lado la búsqueda de la integración a un mercado laboral, que exige procesos de evaluación, orientación, capacitación y adaptación para la ubicación laboral y por otro la creación de "Empresas sociales", que orientan sus acciones a la conformación de formas de organización o asociación que atienden a las necesidades del mercado de forma competitiva, pero que no dejan de lado la consideración de la capacidad y habilidad de las personas que hacen parte de ella.

La viabilidad de cualquiera de las opciones dependerá en gran medida de la oferta del ambiente, pero es necesario reflexionar sobre los aspectos que se señalaron anteriormente y la búsqueda de la autonomía y el empoderamiento que debe hacer tanto la persona con el trastorno esquizofré-

¹⁰ Ibidem.

¹¹ SALVADOR CARULLA, Luis. Trabajo y esquizofrenia: aspectos conceptuales. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. 1996.

¹² Ibidem.

nico, como la familia, de la necesidad de mantenerse activo y competente a nivel ocupacional, como una forma de participar socialmente. El trabajo con el grupo familiar se convierte en la clave para los aspectos referidos de autonomía y empoderamiento.

En este sentido participar a través de la ocupación permite a las personas tomar conciencia sobre sí mismo y además *ocupar* el espacio que como ser social exige la convivencia en comunidad.

Si bien los aspectos socioculturales influyen en las posibilidades de ser competente en el ambiente, no se pue-

de dejar de lado el trabajo sobre las dificultades de orden cognoscitivo que afectan el logro de la competencia ocupacional. Esta es solo un área de trabajo, pero solo representa una de las dificultades que presenta la persona con esquizofrenia.

Es por ello necesario realizar procesos de rehabilitación cognitiva, que desde la perspectiva de Terapia Ocupacional faciliten la adquisición de habilidades y destrezas, necesarias para la funcionalidad de la competencia ocupacional, pero también trabajar sobre los demás componentes de la ejecución ocupacional, que permitan este objetivo.



Hacia la construcción de la Competencia Ocupacional de la persona con esquizofrenia

La competencia ocupacional exigen poner en juego muchos componentes de orden físico, cognitivo, emocional y social que se encuentran asociados y sobre los cuales establecer límites a sus alcances y aportes sería una labor que resultaría poco provechosa, teniendo en cuenta que se dirigen al mismo fin.

Sin embargo, en concordancia con el sentido que se ha presentado a lo largo de todo el artículo, se retoman aspectos relacionados con el deterioro cognoscitivo y por tanto la rehabilitación que de él se deriva.

Las alteraciones cognoscitivas son indicadoras y predictoras de la calidad de vida y adaptación al ambiente don-

de se desarrolla la persona¹³. Por ello la ejecución de las actividades cotidianas, estará mediada por una mayor capacidad de atención y memoria, que llevaran a la persona a comprometerse con su proceso de tratamiento, reconocer su sintomatología y evitar las recaídas, pudiendo así seguir una rutina con mayor facilidad y atender a las recomendaciones farmacológicas que se proponen desde el punto de vista médico.

¹³ López-Mato, Andrea. Malagold, Sara. Trastornos cognoscitivos en las esquizofrenias. En: Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. López-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001. Pág. 130.

Las intervenciones farmacológicas y de rehabilitación cognitiva dirigen sus acciones hacia el mismo fin, mejorar la calidad de vida de la persona, para el favorecimiento de la participación social.

Es entonces como los procesos deben darse simultáneamente, ya que existe evidencia, por ejemplo, de cómo el mejoramiento en procesos de memoria verbal y de autoestima aumentan la capacidad de interacción de la persona con esquizofrenia.

Un proceso de rehabilitación cognitiva parte de la consideración de la cognición como un proceso dinámico entre la persona, el ambiente y la tarea¹⁴.

Trogia plantea el uso del Modelo Interacción Dinámico, para hacer procesos específicos de rehabilitación cognitiva, que buscan establecer las capacidades de aprendizaje, de retención y organización de la información registrada, para que con base en ello se puedan orientar las capacidades de la persona para ejecutar la ocupación.

La fundamentación teórica del Modelo propone la consideración sobre los aspectos cognoscitivos de la persona, el ambiente y la tarea. Los aspectos cognoscitivos se establecen sobre la base de la búsqueda de las *estrategias de procesamiento* de la información, que son necesarias para el establecimiento del curso de acción, clasi-

ficando y dirigiendo la atención sobre las tareas que tienen mayor prioridad o que dadas las condiciones, deben organizarse de tal modo que permitan un desempeño eficiente.

En el trabajo con las personas con trastornos esquizofrénicos, es necesario reconocer las estrategias de procesamiento de la información que le permiten adquirir nueva información y conectarla con los esquemas previos para formar nuevos conocimientos que sean generalizables a distintas situaciones. El terapeuta ocupacional puede crear estrategias de procesamiento internas o externas que actúen como claves para recordar información o clasificarla y hacer que la persona pueda seguir la secuencia de acciones que implica una tarea (Trogia 1998).

Así mismo en éste Modelo dentro de las estrategias individuales se integra la *Metacognición*, que tiene una importante implicación sobre las funciones ejecutivas, dado que establece la conciencia sobre las vías que facilitan el aprendizaje, anticiparse y acomodarse para resolver los problemas y hacer un auto-monitoreo sobre las funciones mentales superiores que utiliza un individuo, para hacer aprendizajes duraderos y funcionales. Para el caso de las personas que presentan esquizofrenia, el terapeuta ocupacional deberá crear situaciones problemáticas a partir de las cuales las personas deban plantear alternativas de solución y que hagan un entrenamiento sobre las probabilidades de éxito que tienen las acciones que se desarrollen.

El trabajo en aspectos de la Metacognición, permite aprender de los

¹⁴ Trogia, Joan. Un Modelo dinámico interaccional para la rehabilitación Cognitiva. En: Cognition and Occupation in Rehabilitation. Katz Noomi. AOTA American Occupational Therapy Association. United States. 1998.

errores, persistir para encontrar soluciones y evitar la excesiva frustración, que conduzca a la persona a abandonar los procesos de rehabilitación o capacitación para el ingreso a cualquiera de las formas de empleo.

Adicionalmente, se deben contemplar las *características de la persona que aprende* y acudir al conocimiento previo que pueden tener, como una de las formas que estimulan la integración de nueva información y por tanto del aprendizaje. A tales características, se suma las necesidades, aspiraciones y modos a través de los cuales la persona ha podido incorporar con mayor facilidad los nuevos aprendizajes.

Para que el trabajo del terapeuta ocupacional sea útil es necesaria la activa participación de la persona en los procesos, lo cual dependerá del estado de ánimo, de la motivación que se tenga y del estado en el que se encuentren los procesos mentales superiores y las funciones ejecutivas de aquellos a quienes se dirige la asistencia. Con base a lo anterior una buena estabilización farmacológica y una red de apoyo que comprenda la problemática, podrá garantizar mejores resultados frente a las expectativas iniciales.

La construcción de la competencia ocupacional, dependerá de la habilidad del terapeuta ocupacional para establecer una interacción dinámica entre la persona, el ambiente y la tarea (Troglia 1998), lo cual exige la habilidad para mediar y privilegiar las estrategias personales, la modificación del contexto o de la ocupación para que la persona con una trastorno es-

quizofrénico pueda participar socialmente y "ocupar" el lugar que su identidad y la sociedad reclaman.

Así mismo el Modelo contempla el ambiente, el cual influencia la habilidad para el procesamiento de la información y las demandas para la adaptación. Es entonces necesario que el terapeuta haga un estudio del ambiente donde la persona ejecuta actualmente y hará a futuro su desempeño ocupacional, modificando el contexto en virtud de promover la competencia ocupacional.

Por último la tarea o la ocupación que ejecuta la persona debe ser también analizada para ser modificada en virtud de alcanzar un desempeño competente, de acuerdo con las capacidades existentes en la persona y acercándola a unos parámetros de ejecución significativos ante las expectativas ambientales. En la tarea es fundamental analizar las condiciones que disminuyen la eficiencia y que causan dificultades en el procesamiento de la información¹⁵. Además, es de vital importancia contemplar cómo las características de una tarea influyen en la habilidad para transferir el aprendizaje (Troglia, 1998), si las condiciones se pueden repetir o si los contextos son altamente variables con respecto a la situación real a aquella donde se realizará el desempeño laboral proyectado.

¹⁵ Ibidem. Pág. 13.

Bibliografía

1. Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. Lopez-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001.
2. TÉLLEZ-VARGAS, Jorge. Tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Revista: Avances en Psiquiatría Biológica, Vol. 4, 2003.
3. HAGERDORN, Rosemary. OCCUPATIONAL THERAPY: Perspectives and proceses. Churchill Livingstone. 1995.
4. KIELHOFNER, Gary. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. Second Edition. F.A.Davis. Philadelphia. 1997.
5. SALVADOR CARULLA, Luis. Trabajo y esquizofrenia: aspectos conceptuales. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. 1996.
6. KATZ, Noomi. Cognition and Occupation in Rehabilitation. AOTA American Occupational Therapy Association. United States. 1998





Reflexiones sobre la investigación de procesos de salud enfermedad de los trabajadores de la salud¹

GRACIELA ZALDÚA

Psicóloga – Universidad Nacional de La Plata
Especialista en Planificación en Salud – CENDES – UCV (Venezuela)
Profesora Titular Regular de las materias Psicología Preventiva y Epidemiología – Carrera de Psicología – Universidad de Buenos Aires (UBA)
Profesora de la Maestría en Psicología Social Comunitaria – UBA
Directora del proyecto de investigación UBACyT “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud” Investigadora UBACyT Categoría 1.
E-mail: gzaldua@psi.uba.ar

M. MARCELA BOTTINELLI

Lic. en Psicología - Universidad de Buenos Aires (UBA)

Magister en Metodología de la Investigación Científica - Universidad Nacional de Lanús (tesis en trámite)

Doctoranda en Salud Mental Comunitaria - Universidad Nacional de Lanús. Posgrado Internacional organizado por Red Maristán y subsidiado por Programa Alfa
Profesora titular de la cátedra de Metodología de la Investigación y Estadística en la Carrera de Terapia Ocupacional, UBA.

Co-directora del proyecto de investigación UBACyT “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud”

Docente de grado y posgrado. Asesora, directora y evaluadora de becarios, tesis y proyectos.

E-mail: mbottine@psi.uba.ar

MARIELA NABERGOI

Licenciada en Terapia Ocupacional. Universidad de Buenos Aires (UBA).

Docente de la cátedra de Metodología de la Investigación y Estadística en la Carrera de Terapia Ocupacional, UBA.

Integrante del equipo de investigación UBACyT “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud”

Becaria de doctorado UBACyT.

Doctoranda en Salud Mental Comunitaria.

Universidad Nacional de Lanús (UNLa).

Asesora y evaluadora de tesis de licenciatura en terapia ocupacional.

E-mail: mnabergoi@yahoo.com.ar

Resumen

El caracteriza el síndrome de burnout como eje para pensar las articulaciones entre reflexividad, investigación y práctica en el ámbito de las relaciones salud-trabajo. Tomando como experiencia el trabajo desarrollado por nuestro equipo de investigación de la Universidad de Buenos Aires, se reflexiona sobre las características del estrés asistencial en los trabajadores de la salud y su especificidad en terapia ocupacional. Se sostiene la necesidad de realizar una reflexión epistemológico-metodológica para pensar las relaciones existentes entre los diferentes contextos de producción de las investigaciones y de los propios trabajadores de salud, incluyendo el marco histórico y político-económico como

¹ Nota: este artículo ha sido parcialmente publicado en el libro “Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional” Lancman, Selma (Org.). Ed. Roca. San Paulo, Brasil. 2004

determinante en la configuración del síndrome y sobre las herramientas utilizadas para medirlo e interpretarlo.

Desde una postura crítica y comprometida en la necesidad de trabajar integralmente la teoría y la práctica se propone realizar una mirada reflexiva sobre las conceptualizaciones y sus implicancias en el campo de los procesos de salud-enfermedad que posibilite salir de las posiciones dicotómicas y/u objetivantes de sus prácticas en salud como prácticas que se realizan sobre el polo negativo y no sobre las potencialidades.

✧ **Palabras
claves**

Síndrome de Burnout- reflexividad- Trabajadores de la salud- investigación- interdisciplina-salud colectiva- Terapia Ocupacional

✧ **Abstrac**

The Burnout Syndrome is characterized as an axis to think on the relations between reflexivity, research and practice in the field of work-health relations. Based on the work developed by our research team at Buenos Aires University (UBA) we reflect on the characteristics of assistential stress in health workers and its specificity in occupational therapy. It sustains the necessity of working in an epistemological-methodological reflection to think the existing relations between the different production contexts of research and the health workers themselves, including the historical and ecocomical-political framework as determining the syndrome's configuration and about the research tools used to measure and interpret it.

From a critical posture, compromised with the necessity of working integrally theory and practice, it is proposed a reflective sight on the conceptualizations and their implications in the field of the health-illness processes that make able to get out of the dichotomic and/or objetivizing positions of their health practices as practices that are done on the negative pole and not on the potentialities.

✧ **Key
words**

Burnout Síndrome - reflexivity - health workers - researcj - interdiscipline - collective health- occupational therapy



Introducción

El trabajo tiene como objetivo presentar algunos aspectos del síndrome de burnout como problemática vinculada al trabajo en salud en general y más específicamente al trabajo de los terapeutas ocupacionales.

El mismo se realiza desde la experiencia obtenida en el marco de la investigación del proyecto UBACyT 2001-2003 "Estudio sobre las Condiciones de Producción de los Actos de Salud en Hospitales Públicos" (P065), la Cátedra de Metodología de Investigación y Estadística de la Carrera de Terapia Ocupacional (Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires) y la beca de investigación UBACyT 2001 "Caracterización del Perfil Ocupacional de los Trabajadores de la Salud de Hospitales Públicos".

Este trabajo busca interpelar a los terapeutas ocupacionales en dos modos diferentes y complementarios a la vez: 1) como profesional cuyo desempeño ocupacional implica la implementación de estrategias salutíferas y 2) como trabajador cuya salud se ve afectada por su propia inserción en el proceso productivo. Pretende así promover la reflexión de los terapeutas ocupacionales sobre las condiciones de producción de sus prácticas y el modo en que éstas afectan su salud y propiciar a su vez la identificación e implementación de estrategias salutíferas individuales y colectivas en los diferentes ámbitos de trabajo.



¿Qué es el síndrome de burnout?

Se llama síndrome de burnout¹ a un estrés laboral crónico propio de los profesionales de servicios humanos, cuya tarea implica una atención intensa y prolongada con personas que están en situación de necesidad o de dependencia. El mismo tiene como componentes principales la fatiga emo-

cional, la despersonalización y una sensación de reducido logro personal que aparecen como respuesta a una tensión emocional de índole crónica, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas.

Burnout es una palabra de origen inglés que quiere decir “fundido” o “quemado”. Así lo denominó por primera vez el investigador H. Freudenberger en la década del '70 en EEUU a partir de la observación de que “muchos de los trabajadores de la institución (de salud) en la que él se desempeñaba presentaban un gran desgaste emocional, pérdida de motivación y compromiso hacia el trabajo”². El concepto fue luego sistematizado por las investigadoras Cristina Maslach (Profesora de la Universidad de California, investigadora en psicología social y de la salud) y Susan Jackson, quienes se interesaron por el tema al encontrar correspondencias con los resultados de su investigación con trabajadores de cuidados intensivos y desarrollaron un instrumento para medir el fenómeno, el Maslach Burnout Inventory (MBI), que ha sido traducido a diversos idiomas y utilizado mundialmente en las últimas décadas.

Desde estas primeras aproximaciones, el burnout ha sido estudiado principalmente como característico de diversos colectivos de trabajadores de la salud, aunque en los últimos años se ha ampliado también a otras profesiones de servicios humanos.

Su estudio por parte de diversos investigadores ha derivado también en diferentes aproximaciones y explicaciones del fenómeno.

Algunos enfoques lo han descripto como una entidad clínica, de carácter individual, clasificando su curso, sintomatología, etiología y diagnóstico diferencial. En ellos cobran especial importancia las variables sociodemo-

gráficas tales como la edad, el género, el tipo de personalidad y las características de la formación profesional. Otros (Gil Monte, Peiró, Martínez-Guerra), en cambio, han privilegiado un enfoque psicosocial donde adquieren mayor importancia los elementos laborales y organizacionales.

Pero si bien no existe actualmente una definición del burnout universalmente aceptada, encontramos algunos puntos básicos de acuerdo. Por una parte que en tanto estrés, el burnout comparte características con otros tipos de estrés. Su particularidad, sin embargo, está dada por su carácter crónico y por describir una respuesta al estrés laboral característica de las profesiones “de ayuda”. Por otra, que el burnout no es un punto estático ni un estado terminal sino más bien un proceso creciente que se instala en forma paulatina.

Maslach y Jackson, por ejemplo, describen el burnout como un proceso que atraviesa tres fases¹. La primera fase es de *Cansancio Emocional*, que se refiere al sentimiento de estar sobrecargado, sobrepasado y agotado emocionalmente por el trabajo. Esta sobreviene luego de haber intentado modificar las situaciones estresantes y habiendo fracasado en la gestión. La segunda corresponde a la *Despersonalización*. La despersonalización es una defensa que la persona construye para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza. Indica una respuesta impersonal y carente de sentimiento hacia los pacientes y colegas y puede incluir el desarrollo de actitudes hostiles hacia ellos. Finalmente acaece el

Abandono de la Realización Personal. El profesional sucumbe a la creencia de que el trabajo no amerita más esfuerzos. Se presenta como un sentimiento de incompetencia y falta de efectividad en el trabajo e incluye diversas evaluaciones negativas de uno mismo.

Otra investigación ha identificado el proceso de burnout como atravesando cuatro niveles³. Un primer nivel, leve, está caracterizado por la presencia de quejas recurrentes, cefaleas, dolores de espalda, síntomas vagos, cambios en el carácter, cansancio y dificultad para levantarse a la mañana. En el nivel moderado aparecen ya insomnio, dificultad para concentrarse, dificultad en las relaciones interpersonales, disminución de la libido, aislamiento, negativismo. A medida que el proceso sigue su curso, en el nivel denominado grave encontramos aumento del absentismo, disminución notable en la productividad, sensación de disgusto, rechazo o aversión, baja autoestima, automedicación con psicofármacos y abuso de alcohol u otras drogas. Finalmente, en el nivel extremo pueden aparecer un marcado aislamiento, crisis existencial, sensación de fracaso, colapso, riesgo suicida importante y/o cuadros psiquiátricos. Encontramos esta clasificación particularmente útil para la identificación de "señales de alarma" para realizar intervenciones en el sentido de evitar la progresión hacia los niveles más comprometidos.

*Las estrategias de afrontamiento
¿Cómo prevenir y abordar el síndrome de burnout?*

Dentro de las medidas de prevención generales descritas en la literatura se incluyen las estrategias de afrontamiento del estrés⁴: reducir las tensiones del ambiente de trabajo, recibir una mejor remuneración, regular los tiempos de descanso, realizar deportes, controlar el peso y las salud en general.

Específicamente en relación con el burnout se han propuesto diversas estrategias tanto desde la reflexión teórica como del trabajo con los propios trabajadores de salud que han operado promoviendo el polo saludable de los trabajadores. En algunas de ellas, la terapia ocupacional como disciplina específica de la ocupación humana puede jugar un papel protagónico.

A nivel individual algunos autores recomiendan tener una terapia psicológica individual⁵. Pero también se enfatiza la importancia de poder establecer una rutina de "descompresión laboral" mediante la realización de actividades de esparcimiento y recreativas⁴. A nivel de la organización es muy importante mantener contacto con otros profesionales, compartir experiencias, fomentar espacios de reflexión y transformación tanto formales como informales, y actualizarse⁵. También se menciona el trabajar para tener un buen funcionamiento en el equipo, poder establecer objetivos en común y organizar de manera positiva el espacio físico y el ambiente de trabajo, entre otros.



Poniendo énfasis en el polo de la salud, Zaldúa² trabaja con los conceptos de resiliencia y sistemas de apoyo. El primero es desarrollado por Stefan Vanistendael⁶ e incluye los dos componentes presentados en el párrafo anterior: uno consiste en la resistencia frente a la destrucción (la capacidad de proteger la propia vida aún estando bajo presión); el otro se refiere a la capacidad de construir una respuesta vital positiva frente a circunstancias difíciles. Los sistemas de apoyo, concepto elaborado por Caplan² son aquellos que refuerzan o construyen lo que él denomina recursos de competencia. Estos recursos de competencia son los que le permiten a un sujeto afrontar situaciones de riesgo.

Entre los diferentes tipos de apoyo social, House² ha sistematizado: 1) el apoyo emocional, relacionado con el afecto y la confianza, 2) el apoyo instrumental que incluye los recursos materiales, económicos o de servicios con los que contamos, 3) el apoyo informativo, que le permite a una persona conocer una situación y poseer instrumentos para afrontarla y 4) el apoyo evaluativo, vinculado con el feedback que se tiene de las propias acciones, y también con la posibilidad de obtener reconocimiento por la tarea que se realiza.

Como no se pudo comprobar una relación mecánica entre el trabajo y la descompensación psíquica, la psico-

patología del trabajo comenzó a centrar su atención en la normalidad⁷. Para Dessors y Moliner –integrantes del equipo de Dejours–, si bien trabajar significa enfrentarse cotidianamente a cuestiones peligrosas para la salud mental del trabajador, lo cierto es que en general la mayoría de los trabajadores no se vuelven “locos”. Sin embargo, el trabajo produce sufrimiento psíquico en el trabajador y lo lleva a construir defensas individuales y colectivas que tienen un alto costo energético para su mecanismo psíquico.

Pensar en implementar estrategias de afrontamiento implicaría entonces crear condiciones de posibilidad para que estas cosas con las cuales se enfrenta el terapeuta ocupacional como trabajador tengan el menor costo posible para su salud y la de sus compañeros de trabajo. Y para sus pacientes, porque el fenómeno que describimos influye en gran medida en la calidad de atención que puede brindar. Pero también implicaría trabajar desde los aspectos resilientes (aquellos que permiten a las personas no sólo enfrentarse y sobreponerse sino también ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad⁸ hacia lo salutar. Desde terapia ocupacional esto supondrá poner en juego la capacidad de transformar el modo en que los trabajadores desempeñamos nuestras ocupaciones tanto en sus dimensiones individuales como colectivas.





El síndrome de burnout en el proceso de la terapia ocupacional

Se han realizado algunas investigaciones sobre burnout en terapeutas ocupacionales en Estados Unidos y Australia en la década del '80, luego de que en el año 1982 la AOTA incluyera un taller de prevención de burnout en su conferencia anual. Estas investigaciones (Strgess & Poulsen, 1983⁹; Broiller, Bender, Cyranowski y Velletri, 1986-1987¹⁰⁻¹¹; Rogers y Donson, 1988¹²) así como la realizada en Brasil en 1995 por la TO Lilian Magalhaes¹³ buscaban "comprender el por qué del notorio abandono de la profesión por parte de muchos colegas y/o su dedicación predominante a tareas docentes y/o administrativas, dejando a un lado la dedicación clínica en los primeros años de su carrera"¹⁴.

En estos estudios se citan factores propios de la profesión que pueden tanto aumentar como disminuir la posibilidad de sufrir burnout.

Entre los primeros se destacan:

- la severidad del diagnóstico y pronóstico de los pacientes
- la escasa valoración y reconocimiento social de la profesión
- la discriminación de género
- la ambigüedad del rol y la inseguridad del terapeuta ocupacional en el trabajo en equipo
- la discrepancia entre las expectativas generadas por la formación de

grado y la realidad en relación con los resultados de la intervención con pacientes crónicos

- el énfasis que el sistema norteamericano pone en la productividad y rentabilidad de sus servicios.

Teniendo en cuenta las subcategorías del síndrome descritas más arriba (Cansancio Emocional, Despersonalización y Abandono de la Realización Personal), es interesante notar que, a excepción del último, los factores enumerados pueden favorecer niveles más elevados de burnout en la categoría Abandono de la Realización Personal en tanto contribuyen a la construcción de un sentimiento de ineffectividad, tal como se refleja en los resultados del estudio de Rogers y Donson¹¹ en el que los niveles de burnout en esta categoría fueron más elevados que en las restantes. Estas autoras sugieren que éste es el componente del burnout al que los terapeutas ocupacionales serían más susceptibles.

Pero el proceso de terapia ocupacional tendría también características propias que promueven procesos salutíferos frente a este fenómeno. Así, la autonomía y creatividad –dos características cuya ausencia se asocia a mayores niveles de Cansancio Emocional– requeridos para la elección y adaptación de actividades apropiadas para el tratamiento junto con la singularidad de los casos atendidos

permitirían revitalizar las reservas emocionales y construir defensas contra el cansancio emocional. Por otro lado, el hecho de que el proceso de terapia ocupacional requiera la cooperación activa del paciente como colaborador en el tratamiento y la posibilidad de sostener el tratamiento por un período de tiempo prolongado ofrecerían oportunidades para una mayor interacción personal, promoviendo un menor nivel de despersonalización.

Aun cuando las investigaciones citadas impiden sacar conclusiones fuertes debido a que son demasiado escasas y tienen resultados a veces contradictorios¹⁵, se pueden observar similitudes y diferencias entre la realidad que describen los estudios efectuados en EEUU y Australia, y la situación de los terapeutas ocupacionales de Brasil y Argentina. Acerca de los resultados de la investigación realizada en Brasil, la autora dice:

“Paradójicamente, ningún formulario mencionó aspectos relacionados con la relación específica con los clientes. Lo que incomoda a los terapeutas es la escasez de recursos, la competencia con el equipo, la falta de respeto y consideración por parte de los demás profesionales de la salud, la burocracia excesiva y hasta la inoperancia de las entidades de clases. Ninguna palabra fue dicha sobre las dificultades eventualmente impuestas por el cliente, dada la complejidad de la clínica u otros aspectos semejantes”¹².

Estos resultados coinciden con los obtenidos como parte de la investigación

“Estudio sobre el burnout en Hospitales Públicos”¹⁶ realizada en Buenos Aires, Argentina, en una sub-muestra conformada por 10 terapeutas ocupacionales de un hospital psiquiátrico. En la misma, las respuestas a una pregunta abierta sobre las mayores causas de malestar en el trabajo tampoco se hace mención a relación específica con los pacientes/clientes. Como en las otras investigaciones citadas, se mencionan aspectos relacionados con la falta de reconocimiento social y las dificultades del trabajo en equipo (ej.: el *“poco respeto y reconocimiento de los otros”*, *“la competitividad”*, el *“clima laboral”*, *“el poco interés en el trabajo interdisciplinario”*). Sin embargo, las respuestas priorizan como causas de malestar en el trabajo aspectos ideológicos, políticos e institucionales como son la *“desorganización institucional”*, *“las condiciones burocráticas”*, la *“falta de voluntad política”*, la *“desarticulación de las acciones”*, las *“diferentes ideologías en relación con el proceso salud-enfermedad”*, entre otras respuestas similares.

A diferencia de las investigaciones realizadas sobre burnout en terapeutas ocupacionales, las cuales buscaban explicar la deserción profesional de nuestros colegas, las investigaciones actuales sobre burnout en el campo de la salud en Argentina parecen intentar responder a la necesidad de los profesionales del área de comprender, explicar y denunciar las condiciones de trabajo en las que están insertos, haciendo un llamado de atención para pensar sobre su propia salud.



A modo de cierre

Estos hallazgos se vinculan estrechamente con nuestra experiencia de investigación en otros colectivos de trabajadores de salud. Las diferencias obtenidas en los resultados arrojados por el MBI con respecto a aquellos que arrojan las metodologías cualitativas que utilizamos nos han llevado a considerar imprescindible la inclusión del estudio de las dimensiones históricas y político-económicas que determinan actualmente las condiciones de producción de los actos de salud¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹ entendiendo que estas dimensiones no solo contextualizan la práctica sino que determinan lo que ocurre dentro de las paredes del consultorio, la relación profesional / paciente, los alcances y limitaciones del tratamiento, la significación de las ocupaciones. En definitiva: que estas dimensiones son también "inherentes" al trabajo asistencial. Consideramos indispensable para comprender el fenómeno, pues, una consideración acerca del lugar en que han quedado los profesionales de la salud en el contexto de las transformaciones producidas en los últimos años en Latinoamérica por la implementación de políticas neoliberales que siguen los lineamientos de las propuestas del Banco Mundial²⁰⁻²¹. El viraje producido hacia pensar la salud como mercado sujeto a las leyes de oferta y demanda, la tendencia a la privatización de los servicios, el predominio de la inversión en recursos tecnológicos por sobre los recursos humanos que ha producido grandes transformaciones en las formas de trabajo y los modos de trabajo en salud²².

En nuestro país, por ejemplo, en el ámbito público, la caída del valor social de la profesión médica (y de los profesionales de salud en general), la escasez de recursos en salud, la sobrecarga laboral por incremento en la demanda o por sobreempleo, la crisis salarial, la amenaza por juicios de mala praxis y los dilemas éticos que presentan las nuevas tecnologías u otros problemas emergentes frente al acto de salud². En el ámbito privado, las formas de contratación inestable producto de la tendencia de la subcontratación en bloque de las empresas privadas, presiones de tiempos con exigencias crecientes de productividad, disminución de los honorarios profesionales, entre otros¹⁷. Sin estas consideraciones se nos hace imposible poder comprender en profundidad el fenómeno²³ y las aparentes contradicciones encontradas entre los datos que arrojan las metodologías cualitativas y aquellos que provienen de las metodologías cualitativas.



Referencias y bibliografía

1. Maslach C., Jackson S.E. 1982. Burn-out in health professions. Citado en Zaldúa G., Lodieu M.T. El burnout: la salud de los trabajadores. Investigaciones en Psicología. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. Año 2001; 5 (1):151-169.
2. Zaldúa G., Lodieu M.T. El burnout: la salud de los trabajadores. Investigaciones en Psicología. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. Año 2001; 5 (1):151-169.
3. Moreno-Jimenez B., Peñacoba Puente C. Estrés Asistencial en los Servicios de Salud. Citado en: Zaldúa G., Lodieu M.T. El burnout: la salud de los trabajadores. Investigaciones en Psicología. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. Año 2001; 5 (1):151-169.
4. Sbriller L. Prevención Primaria y Calidad de Vida en la Función del Terapeuta Ocupacional. En: Introducción a Terapia Ocupacional. Marcos conceptuales. Buenos Aires (Argentina): Ed. Catálogos; 1997. p. 103-111
5. Martínez P. M., Guerra M. P. Síndrome de burnout: el riesgo de ser un profesional de ayuda. Revista Chilena de Medicina Social Salud y Cambio. Año 1997; 6(23):45-59.
6. Vanistendael S, Leonte J. Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience, Paris, Bayard Editions, 2000. Citado en: Melillo A., Suarez Ojeda E. N. (comp.) Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires (Argentina): Editorial Piados; 2001. p 86
7. Dessors D, Moliner P. La Psicodinámica del Trabajo. In: Ghio-Bailly MP (Comp) Organización del trabajo y salud, Asociación Trabajo y Sociedad, Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo (CONICET). Buenos Aires (Argentina). Ed. Lumen Humanitas; 1994.
8. HENDERSON GROTEBERG, E. Introducción. Nuevas tendencias en resiliencia. In: MELILLO, A.; SUAREZ OJEDA, E. N. (comp.) Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires, Editorial Piados, 2001.
9. Stugess, J y Poulsen, A. The prevalence of burnout in occupational therapists. Occupational Therapy In Mental Health 1983; 3 (4):47-60.
10. Broillier C., Bender D., Cyranowski J., Velletri C. A pilot study of job burnout among hospital-based Occupational Therapists. The Occupational Journal of Research 1986; 6(5):285-299.
11. Broillier C., Bender D., Cyranowski J., Velletri C. OTR burnout: a comparison by clinical practice. Occupational Therapy In Mental Health 1987; 7 (1): 39-54
12. Rogers C.J., Dodson S.C. Burnout in occupational therapists. American Journal of Occupational Therapy 1988 Dec; 2 (12):787-792.
13. Magalhaes L. V. La salud de los terapeutas ocupacionales. Pontificia Universidad Católica de Campinas, 1996. Traducción no autorizada de Sbriller L., Mimeo.
14. Nabergoi M. Reflexiones sobre el Síndrome de Burnout en Terapia Ocupacional. Anuario de Publicaciones X. Secretaría de investigaciones, Facultad de Psicología, UBA. Año 2002: 489-493.
15. Brown G. T., Pranger, T. Predictors of burnout for psychiatric occupational therapy personnel. CJOT 1992; 59 (5). Citado por Magalhaes L. V. La salud de los terapeutas ocupacionales. Op. Cit.
16. Material de la investigación UBACyT 1998-2000 "Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos". TP 057. Directora: Graciela Zaldúa. Con sede en el Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Inédito
17. Zaldúa G., Lodieu M.T., Tisera A., Pawlowicz M. P. Las problemáticas de los trabajadores de la salud, VII Anuario de Investigaciones, Buenos Aires, Secretaría de Investigaciones - Facultad de Psicología - UBA, 2000
18. Almeida Filho N., Silva Palm J. La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales 1999 May; N°75, CESS -Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario
19. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Quito (Ecuador): Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 2000

20. Laurell A.C. La salud como derecho social o mercancía. En: Fundación F. Ebert. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. UAM Xochimilco (México); 1994

21. Ugalde A., Jackson, J-T. Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. Cuadernos Médico Sociales 1998 May; (73) CESS

22. Stolkner A. Tiempos posmodernos: Procesos de ajuste y Salud Mental. En: Saidon O., Troianovsky P. (comp.) Políticas en Salud Mental. Buenos Aires (Argentina): Lugar Editorial; 1994.

23. Bottinelli M M y cols. Metodología de la Investigación. Herramientas para un pensamiento complejo. Buenos Aires (Argentina). El autor; 2003





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



gimnasio la khumbre

Una opción para padres con niños que presentan interferentes en el proceso de aprendizaje. Una alternativa de escolaridad regular y de desarrollo integral, mediante una educación innovadora y flexible.

Ofrecemos:

- Énfasis en recuperación de los trastornos del aprendizaje
- Programa Terapéutico - Pedagógico - Integrado
- Terapia de lenguaje
- Terapia ocupacional
- Psicología
- Pedagogía activa
- Filosofía para niños
- Desarrollo del pensamiento lógico
- Desarrollo de competencias
- Formación en democracia y conciencia ciudadana
- Educación regular-mixta-calendario A
- Grupos pequeños
- Transición y Primaria
- Sede Campesre

**POR LA EXCELENCIA
PERSONAL HACIA UNA
VIDA MEJOR**

Guaymaral Vía Chía Finca Cucaita • Telefax: 676 0574 - 676 5072

676 5073 • e-mail: Khumbre@hotmail.com