

Ocupación Humana

Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional
Carrera 5a. No. 67-28 Tel.: 3179761 Conm.: 2350362 Telefax: 3179760
e-mail: acto@telefonica.net.co
Santa Fe de Bogotá, D. C.

Propiedad Intelectual
No. 002651 DE JULIO DE 1998
ISSN: 0122-0942
Derechos Reservados

La responsabilidad por los artículos es de sus autores y no comprometen a la Asociación
ni a las entidades con las cuales están vinculados.

Diagramación e impresión:
ARTE Y FOTOLITO "ARFO" LTDA.
Carrera 15 No. 53-86
Tels.: 2355968 - 2175794
Santa Fe de Bogotá, D. C.

**JUNTA DIRECTIVA
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE TERAPIA OCUPACIONAL - A.C.T.O.**

1999	2001
PRESIDENTE Aída Navas de Serrato	VICEPRESIDENTE Cassandra S. Ramírez S.
FISCAL Ana María Gómez Galindo	SECRETARIA Jimena Hincapié Valencia
TESORERA Ligia Mayusa Hernández	SECRETARIA SUPLENTE Claudia Liliana Urrego
PRIMERA VOCAL Luz Adriana Quijano	SEGUNDA VOCAL Gloria Stella Sánchez A.
TERCERA VOCAL Rosaura Salazar Silva (fuera de sede)	SUPLENTE PRIMERA VOCAL Lyda Pérez Acevedo
SUPLENTE SEGUNDA VOCAL Lina Nizeth Uribe Jiménez	SUPLENTE TERCERA VOCAL Adriana Ariza Ariza

Sylvia Cristina Duarte T. Secretaria Ejecutiva

COMITÉ EDITORIAL
Margarita González de Uribe
Elvia Cuartas Nieto - Martha Bazzani
Representante Junta Directiva: Gloria Stella Sánchez Alonso

CONTENIDO

	Pág.
Editorial.....	9
1. Competencia del Terapeuta Ocupacional en el abordaje de la cultura organizacional <i>T.O. Lina Nizeth Uribe Jiménez</i> <i>T.O. Luz Elena Rodríguez</i> <i>T.O. Marcy Vivina Acosta</i> <i>T.O. Ana María Gómez.....</i>	12
2. Una propuesta de atención sociolaboral para ex guerrilleros <i>T.O. Patricia Cuéllar Sánchez.....</i>	24
3. Diferencias del desempeño ocupacional y autocuidado en ancianos hemipléjicos derechos e izquierdos <i>T.O. María Victoria Urrea.....</i>	33
4. La salud mental en Colombia: una revisión de su situación <i>T.O. Olga Luz Peñas Felizzola.....</i>	55
5. Intervención de Terapia Ocupacional con la población privada de la libertad <i>T.O. Ana María Gómez G.....</i>	70

EDITORIAL

"La inspiración es trabajar todos los días".

Baudelaire

Construir acciones que mejoren la calidad de vida de las personas, educar para hacer más prospera la vida diaria, hacer de una discapacidad la oportunidad para dominar y superar obstáculos, cimentar entornos de tolerancia frente a las diferencias y discutir sobre la realidad, los cambios, los ajustes sociales, culturales, económicos y políticos, son algunos de los llamados que a diario responden los terapeutas ocupacionales colombianos, conscientes de su labor profesional, personal y social.

Retos que demandan un alto grado de dominio teórico, práctico, responsabilidad, actualización, así como un importante y riguroso reporte y seguimiento de las acciones realizadas en el tiempo. Esta práctica no solo debe ser parte de los requerimientos establecidos por las instituciones para identificar indicadores de gestión, sino que se constituye en una posibilidad para ampliar las capacidades del terapeuta para escribir, expresar, componer y consignar los logros, métodos y estrategias que a diario son utilizados y que a diario ocasionan diferentes grados de beneficio a las personas.

Escribir, entonces, no es solo una opción para unos pocos, es la opción para todos los que cada día solucionan problemas, proveen independencia, facilitan la adaptación, incrementan la satisfacción y generan nuevas oportunidades de vida. Escribir, entonces, se hace con cada esfuerzo diario, con la constancia de quien quiere expresar y compartir lo alcanzado y que necesita que esto sea discutido y alimentado con la experiencia de otros. Escribir, entonces, conecta cada realidad con otras múltiples y diversas resultando un conocimiento amplio y diverso que da cuentas de una realidad tan compleja como la colombiana.

Es este un llamado para recordar el compromiso que cada terapeuta tiene frente a su gremio: compartir y expresar el conocimiento alcanzado fruto del riguroso esfuerzo de la práctica diaria del consultorio, la universidad, la escuela, la empresa, la comunidad, los hospitales y demás espacios conquistados.

LYDA PEREZ ACEVEDO
Miembro Junta Directiva. ACTO

GUÍA DE AUTORES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA "OCUPACIÓN HUMANA"

NORMAS GENERALES

1. La revista "Ocupación Humana" acepta para la publicación artículos relacionados con la Terapia Ocupacional.
2. Se publicarán informes de investigación, ensayos, revisiones bibliográficas, estudios de caso, síntesis de investigaciones y descripción de ayudas técnicas.
3. El Comité estudiará los artículos recibidos y su publicación dependerá de los criterios de interés, originalidad, actualidad, validez, claridad y concisión.
4. Cuando se requieran modificaciones al texto, se citará al autor(es); en caso de no responder a la citación, se considerarán aceptadas las modificaciones.
5. Los trabajos enviados para publicación deben obedecer a las normas para autores, contenidas en esta guía.
6. Los trabajos deben incluir una síntesis en español e inglés con una extensión no superior a 150 palabras en cada idioma.
7. Los originales de los artículos enviados para la publicación no serán devueltos al autor.
8. La responsabilidad de los conceptos emitidos en los artículos publicados, es íntegramente del autor.
9. La Revista acepta avisos publicitarios con una tarifa establecida.
10. Los trabajos deben ser remitidos al Consejo Editorial de la Revista "Ocupación Humana".

Normas para el autor

1. La Revista acepta escritos que no hayan sido publicados o enviados a otra editora; en caso contrario es necesaria la autorización correspondiente.
2. Los artículos deben ser escritos en computador y enviar diskette; su extensión no debe exceder de 18 páginas tamaño carta.
3. En la primera página debe aparecer el título, nombre(s) del autor(es) con su respectivo grado académico y cargo.
4. En caso de haber realizado el trabajo en una institución o haberlo presentado en un congreso, debe llevar el nombre de la organización, lugar y fecha en donde se realizó.
5. La síntesis en español e inglés debe hacer énfasis en: objetivo del trabajo, método, resultados y conclusiones.
6. Las referencias bibliográficas, deben ser indicadas por numerales dentro del texto y ser citado al final del artículo según el orden de aparición. En la mismas se hará constar los siguientes datos:
 - a) Para Revistas: Apellido del autor, iniciales del nombre(s), título del trabajo, nombre de la revista, número del volumen, número de páginas y años de publicaciones.
 - b) Para Libros: Apellido del autor, iniciales del nombre(s), título del libro, editorial, ciudad en que se editó el libro, número de la edición, año y páginas donde figura el texto citado.
7. El material ilustrado debe ir en blanco y negro; si es fotografía debe incluir el negativo. Toda ilustración debe tener una leyenda descriptiva y numerada; este número debe citarse en el texto del artículo. Las fotografías referidas a pacientes no deben permitir su identificación o reconocimiento a menos que se autorice por escrito. El Consejo se reserva el derecho a limitar el número de ilustraciones por escrito.

Competencia del Terapeuta Ocupacional en el abordaje de la cultura organizacional¹

Lina Nizeth Uribe Jiménez²,
Luz Elena Rodríguez³,
Marcy Viviana Acosta⁴,
Ana María Gómez⁵

*Si es cierto que la particularidad de un individuo se transparenta en su personalidad;
la individualidad de una organización se manifiesta en su cultura.*

Allaire y Firsirotu (1992)

SÍNTESIS

El proceso ocupacional de trabajo, se constituye en uno de los ámbitos de intervención profesional, que demanda del terapeuta ocupacional la utilización de sustentaciones teóricas para promover, mantener o mejorar el bienestar ocupacional.

El documento presenta el resultado de una investigación documental, cuyo objetivo consiste en determinar la competencia del terapeuta ocupacional en el abordaje de la cultura organizacional. Por su carácter, la metodología investigativa es descriptiva, donde la información revisada, se explica, interpreta y registra, para señalar los fundamentos conceptuales y prácticos de competencia del terapeuta ocupacional en la cultura empresarial, vista ésta, como uno de los factores para interpretar el comportamiento ocupacional de los trabajadores y orientar interdisciplinariamente las diferentes estrategias profesionales hacia la consecución de la salud y bienestar laboral en las organizaciones.

¹ Trabajo de investigación para optar el título de terapeutas ocupacionales. Universidad Nacional. Agosto, 1999.

² Terapeuta Ocupacional, Universidad Nacional de Colombia.

³ Terapeuta Ocupacional, Universidad Nacional.

⁴ Terapeuta Ocupacional, Universidad Nacional.

⁵ Terapeuta Ocupacional. Docente Universidad Nacional de Colombia. Directora trabajo de grado.

ABSTRACT

The work occupational process is a precinct of professional intervention that demand to occupational therapist the utilization theoreticals sustentions for promote, maintain or improve the occupational well-being.

The document present the result of a documental investigation, whose objective consist en determine the occupational therapist competence in the organizational culture approach. For it character, the investigative methodology is descriptive, where the revised information is explaining, interpreting and registering, for indicate conceptualls and practicals foundations of occupational therapist competence in the empresarial culture, see it as one of the factors for interpret the workers occupational behavior and interdisciplinary orientates the differents strategies toward the attainment of the health and laboral well-being in the organizations.

El artículo presenta una nueva forma de participación profesional del terapeuta ocupacional en las organizaciones o empresas, comprendiendo la cultura organizacional como medio para intervenir en el bienestar laboral del trabajador.

Se propone exponer este tema a la comunidad de terapia ocupacional y poner en consideración una nueva perspectiva de competencia profesional que amerita ser contemplada dentro del sector laboral particularmente.

Este documento es producto de una investigación de carácter documental, que a partir de marcos de referencia como el Modelo de la Ocupación Humana fundamenta la interdependencia persona y ambiente y por consiguiente al proceso ocupacional de trabajo como la interacción entre trabajador - empresa, poseedores de una cultura, que al ser abordada por el terapeuta ocupacional, le permite crear, promover y desarrollar acciones para recuperar, mantener o promover el bienestar ocupacional de la persona dentro de su organización laboral.

Es así como se presentan algunos fundamentos conceptuales y prácticos de competencia profesional, con la pretensión de incentivar y mostrar a los profesionales otros campos de acción, factibles de desarrollar y a la vez, invitarlos a la interpretación y discusión sobre la pertinencia de desempeñarse profesionalmente en ellos.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CULTURA

La cultura se puede considerar como el conjunto de cualidades o formas de vida que define y regulan la relación cotidiana de los miembros de un grupo humano, a través de patrones de comportamiento que los caracterizan.

En la literatura de terapia ocupacional, diferentes autores comparten y otorgan diversos elementos a este concepto.

De acuerdo a Hocking y Whiteford (1995), la cultura es considerada el conjunto de normas y creencias de un grupo que regulan la esencia de los valores fundamentales en la práctica del terapeuta: igualdad, libertad, justicia, verdad, prudencia, dignidad y altruismo, para así enfrentarse al contexto en el cual trabaja.

Para Dyck y Forwell (1997), la influencia de la cultura se ha centrado en el compromiso con la ocupación y en la dinámica de los procesos terapéuticos, que considerada en diferentes contextos, permite apreciar los valores, creencias, experiencias, costumbres y patrones de comportamiento de ciertos grupos.

La importancia de interpretar la cultura en un contexto terapéutico le permite al terapeuta ocupacional conocer los antecedentes culturales de los usuarios como factores que influyen en las interacciones sociales y en los objetivos considerados para hacer efectiva y eficaz la intervención; en el favorecimiento de una buena comunicación; en el establecimiento de metas terapéuticas, teniendo en cuenta los valores e intereses de los usuarios y la individualización de la terapia. (Mattingly y Beer, 1998).

El Modelo de Competencia Multicultural en Educación del Reino Unido, de Well (1996), citado por Mac Donald (1998), incorpora las áreas de Autoexploración, Conocimientos y Habilidades, como herramientas para que los estudiantes en sus prácticas, tengan en cuenta el aprendizaje de conceptos tales como raza, etnicidad y cultura de sus usuarios para implementar las acciones e intervenciones más indicadas.

En este sentido, Sharon (1999), identifica a raíz de su propia experiencia, diferentes elementos en los diversos escenarios del cuidado de la salud; refiriendo que si de abordar a la persona holísticamente se trata, es necesario que los practicantes co-

nozcan los factores sociales y culturales que pueden influir en las modalidades de tratamiento, teniendo en cuenta el espectro de valores, creencias y experiencias de los usuarios que determinan en un momento dado la percepción que tienen de la actividad, la consideración temporal, el lenguaje y otros.

Lo anterior, permite determinar que la cultura como patrón general de conducta, valores, creencias, costumbres y normas de una sociedad o grupo en particular, repercute en el actuar cotidiano de las personas. Por tanto, es necesario conocer el entorno cultural del lugar de trabajo, los rasgos culturales de quienes participan en dicho proceso e inclusive de aquellos a quienes se les ofrece un servicio, para así elegir las estrategias más indicadas de interacción, comunicación e intervención dado el caso.

De esta manera, al considerar que cualquier grupo que se desenvuelve en un contexto posee características que orientan su desempeño y a la vez lo diferencian de otros, se puede concebir que toda organización, —entendida ésta como el conjunto de personas que dirigen sus acciones en pro de un objetivo—, cuentan con unos patrones de comportamiento determinados, que se hacen indispensables considerar, cuando se desea abordar, intervenir o hacer parte de dicho grupo.

Así, al abordar el proceso de trabajo como la resultante de la interacción de la persona con su empresa, se puede contemplar la cultura al interior de ésta, denominada **Cultura Organizacional**, que hace referencia al conjunto de características y estrategias efectivas de interacción, que cohesionan a los miembros de una organización y orientan su desempeño ocupacional.

COMPETENCIA PROFESIONAL

La competencia se refiere a la utilización de sustentaciones teóricas por parte de un grupo de profesionales, tomando como punto de partida el objeto de estudio de su propia disciplina, para determinar su intervención profesional en el abordaje de las dimensiones del ser humano, cuyo conocimiento y servicio llaman su atención. Trujillo (1987).

Por tanto, partiendo de la ocupación como objeto de estudio y con el ánimo de establecer la manera de participar profesionalmente en el área de la cultura

organizacional, en el estudio se determinaron los fundamentos conceptuales y prácticos para que el terapeuta ocupacional ejerza profesionalmente. El cuadro No. 1 esquematiza la secuencia conceptual que permite comprender dicha competencia.



Cuadro No. 1. Secuencia conceptual de la investigación.

La cultura organizacional: un factor que influye en el bienestar ocupacional del trabajador: La cultura de una organización o empresa se crea al determinarse o estipularse la misión, visión, normas y objetivos para el funcionamiento de ésta, partiendo de los valores, convicciones, costumbres y otros elementos constitutivos de la cultura de los empresarios y trabajadores, que se manifiestan en su vida laboral y se mantienen o modifican según expectativas propias y organizacionales y el grado de flexibilidad existente en las políticas.

Los valores, normas, hábitos, creencias, roles, dirección estratégica y estructura organizacional son algunos de los elementos constitutivos de la cultura, que influyen en el bienestar laboral y éste a su vez repercute en la manera de fomentarse y arraigarse dicha cultura (ver cuadro No. 2). De lo contrario, si una cultura no favorece el trabajo en una organización, se generan efectos negativos tanto para el trabajador como para la empresa. (Ver cuadro No. 3).

El Terapeuta Ocupacional al tener conocimiento de la dinámica cultural de una empresa y sus efectos, puede llegar a un intento por comprender e interpretar sus manifestaciones y así, desarrollar acciones para optimizar, mantener y/o mejorar el ambiente laboral, objetivizado en el desempeño de cada persona y en los grupos en general. Por tanto, el terapeuta ocupacional valora formas de interacción social, cuidado personal del trabajador, responsabilidades laborales, entre otros para comprender el desempeño ocupacional del trabajador.

La intervención en la problemática de la cultura organizacional es una acción interprofesional en donde el terapeuta ocupacional puede formar parte de los equipos de trabajo, en áreas como la salud Ocupacional y de Recursos Humanos, a través de la prevención y control de riesgos psicosociales, adaptaciones al medio laboral, valoración de condiciones de trabajo, procesos de selección, inducción y capacitación, entre otros.

Así, para ejercer con propiedad en esta área, el terapeuta, en su formación profesional posee bases conceptuales y prácticas para efectuar un abordaje inicial, sin desconocer que para ello, exige apropiarse de conceptos fundamentales de cultura y de la dinámica de las organizaciones.

Cuadro No. 2. Bienestar ocupacional ↔ Cultura organizacional

<p>ELEMENTOS DE LA CULTURA</p>	<p>BIENESTAR OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR</p>	<p>PROMOCIÓN DE LA CULTURA</p>
<p>Valores: imágenes de lo que es bueno, correcto y/o importante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hay claridad en los valores corporativos y congruencia entre estos y los personales. 	<p>Reforzamiento y apropiación de los valores corporativos.</p>
<p>Normas: parámetros o instructivos que orientan sobre lo que se debe cumplir, respetar, permitir o prohibir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las normas de la empresa le proporcionan parámetros necesarios para desarrollar oportuna y eficazmente sus funciones. 	<p>Acatamiento y cumplimiento de las normas y reglas de la empresa.</p>
<p>Hábitos: tendencias a repetir ciertos actos constantemente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los hábitos de trabajo son organizados de acuerdo al tipo de trabajo y políticas de la empresa. - El trabajador adquiere hábitos saludables en su trabajo. 	
<p>Creencias: ideologías individuales y grupales que dan completo crédito a un tema o hecho particular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La empresa fomenta la celebración de fechas conmemorables así como actividades dirigidas al esparcimiento y descanso de sus miembros. 	<p>Unión social de la organización.</p>
<p>Roles: obligaciones o expectativas que acrean cierta posición o status en los grupos sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las formas de pensar y sentir dentro de la organización permiten que el trabajo y las relaciones interpersonales sean satisfactorias. - Hay claridad en las funciones que todos y cada uno de los miembros desempeñan. 	<p>La identidad y diferenciación de otras organizaciones.</p>
<p>Dirección estratégica: comprende misión y visión organizacionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se labora en pro de la misión y visión de la empresa. 	
<p>Estructura organizacional: define cómo se divide, agrupan y coordinan las tareas en los puestos de trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hay coordinación entre los diferentes puestos de trabajo y buenos canales de comunicación. 	<p>Alcance y objetivos y proyecciones de la empresa.</p>

Malestar experimentado por el trabajador (Torres, 1993)	Efectos en la empresa
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de subvaloración e improductividad. • No utilización de los recursos necesarios para la calidad y eficacia de su desempeño. • Percepción no enriquecedora de su proceso laboral. • Acumulación de experiencias negativas. • No satisfacción de necesidades personales y sociales. • Impotencia por no poder manifestar el desacuerdo. • Apatía frente al desarrollo de actividades de la empresa que no tiene que ver directamente con las labores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajos niveles de producción. • Ausentismo laboral. • Insatisfacción del recurso humano. • Descuido en el manejo de equipos y herramientas que puedan ocasionar accidentes de trabajo y que para la empresa demanden gastos económicos. • Restricción de la participación social. • Clima laboral tenso. • Roces y conflictos difíciles de solucionar en las relaciones interpersonales. • Excesiva tensión que produce sentimientos agresivos. • Los trabajadores no se identifican con los objetivos y políticas de la empresa.

Cuadro N. 3. *Efectos negativos tanto en el trabajador como en la empresa.*

Fundamentación teórica

Desde las bases teóricas o conceptuales, es conveniente profundizar en fundamentos científicos, filosóficos, referentes teóricos y conceptos de cultura y organización.

Los fundamentos científicos se derivan de las ciencias biomédicas, sociales y económicas, donde el terapeuta ocupacional cuenta con una gama de conocimientos provenientes de disciplinas como la psicología, antropología y administración.

En cuanto a los fundamentos filosóficos, éstos representan la visión que guía y da sentido a la profesión (Shannon, citado por Hopkins, 1998), trayendo a consideración los principios que orientan y dirigen la construcción teórica y el suministro de servicios humanos (Trujillo, 1987).

A partir de éstos, surgen referentes teóricos como los marcos de referencia, que unifican teorías e hipótesis de un área de estudio o práctica.

Con respecto a los conceptos acerca de cultura y de organización, son muchos los fundamentos provenientes de las ciencias Administrativas, Sociales y Humanas, que favorecen conocer cómo los factores genéricos de la cultura influyen en la ocupación.

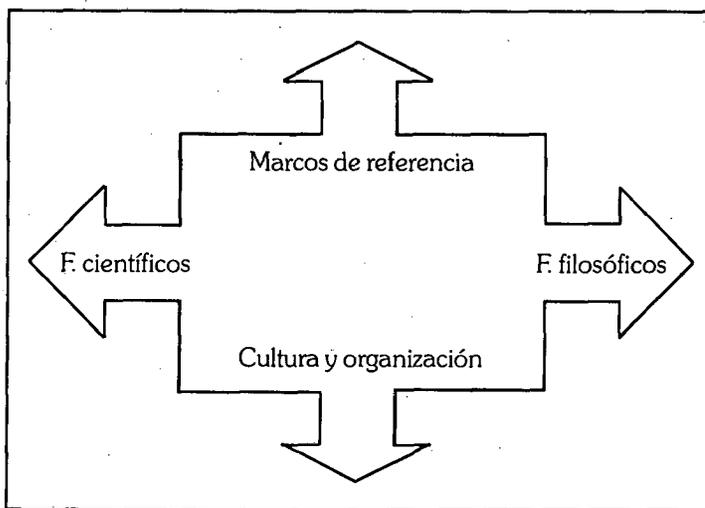


Figura No. 1. *Fundamentos teóricos de competencia profesional.*

Fundamentación práctica

En la práctica profesional, el desempeño del terapeuta ocupacional se da mediante un proceso interactivo o dinámico con la organización, a partir de momentos o etapas específicas de intervención y/o participación, señaladas en la figura No. 2.

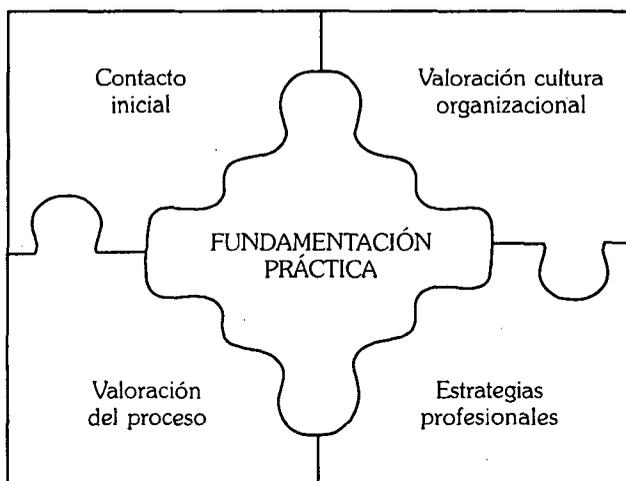


Figura No. 2: *Fundamentación práctica de competencia.*

1. **Contacto inicial:** Acercamiento del terapeuta ocupacional a la organización/empresa, con el propósito de establecer procesos de comunicación para la promoción y prestación de sus servicios.
2. **Valoración de la cultura organizacional:** Procedimiento que permite determinar o comprender la influencia de la cultura en el bienestar ocupacional de los trabajadores, mediante la utilización de instrumentos y técnicas que el terapeuta ocupacional puede emplear o adaptar, asumiendo constantemente los procesos de *Escucha, Observación y Participación/actuación*, que según Mattingly y Beer (1998), son indispensables para comprenderla.
3. **Planeación y ejecución de estrategias profesionales:** Se orienta hacia la conservación, mejoramiento o promoción del bienestar ocupacional, de acuerdo a las características de la empresa y a la comprensión cultural de su situación, empleando y a la vez implementando estrategias como:
 - Promoción de valores que enriquezcan el trabajo.
 - Orientación al trabajador en el uso adecuado de su tiempo.
 - Fomento de intereses avocacionales.
 - Confrontación de las capacidades del trabajador con las demandas del puesto de trabajo.

- Identificación y control de riesgos ocupacionales.
- Modificación al ambiente y puesto de trabajo.
- Organización de procesos de interacción y socialización.

4. Evaluación del proceso: Es el procedimiento para determinar el cumplimiento de metas, el eficaz desarrollo del plan de acción y la culminación satisfactoria, en términos de tiempo, resultados y logros con los trabajadores, haciendo uso de los mismos procesos para valorar la cultura empresarial.

CONCLUSIONES

- El terapeuta ocupacional cuenta con fundamentaciones propias de su profesión que le permiten abordar la dinámica cultural de una empresa. Sin embargo, como todo profesional al dedicarse en un campo específico de su interés, le demanda hacer un recorrido en los saberes que le van a apoyar y fundamentar en una nueva dinámica intelectual.
- El trabajo interdisciplinario en las empresas, favorece la consecución de objetivos orientados a la salud y bienestar de los trabajadores en general, por lo que cobra vital importancia que el terapeuta ocupacional participe colectivamente de este tipo de acciones.
- El estudio por su carácter documental, presenta conceptos que ameritan ser puestos a consideración por parte de la comunidad profesional, para su confrontación y proyección.

LISTA DE REFERENCIAS

- Allaire, Y. & Firsirotu, M. (1992). Teorías sobre cultura organizacional. En Abravanel y Cols. (Eds). *Cultura Organizacional: Aspectos teóricos, prácticos y metodológicos.* (J. Villamizar. Trad.) (pp. 3-37). Colombia: Legis. (Trabajo original publicado en 1982).
- Dyck, I. & Forwell, S. (1997). Occupational therapy student's first year fieldwork experiences: Discovering the complexity of cultura. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64 (4), 185-196.

- Hocking, C. & Whiteford, G. (1995). Multiculturalism in Occupational therapy: a time for reflection on core values. Australian Occupational Therapy Journal, 42 (4), 172-175.
- Hopkins, H. (1998). Fundamentos filosóficos de la terapia ocupacional. En H. Hopkins & H. Smith (Eds.). (S. Koury y Cols., Trad.). Terapia Ocupacional. (8ª Ed.). (pp. 58-59). España: Medica Panamericana. (Original publicado en 1993).
- Mac Donald, R. (1998). What is cultural competency? The British Journal of Occupational Therapy, 61 (7). 325 - 328.
- Mattingly, C., & Beer, D. (1998). La interpretación de la cultura en un contexto terapéutico. En H. Hopkins & H. Smith (Eds). Terapia ocupacional. (S. Koury y cols Trads). (pp.154-161). España: Médica Panamericana S.A. (Trabajo original publicado en 1993).
- Sharon L. Fanelli (1999). Encountering the Concept of Culture in the Health Care Setting. The Journal of Occupational Therapy Students. April 1999.
- Torres, M. (1993). El Terapeuta Ocupacional un profesional clave en el Bienestar del Trabajador y la Productividad de la Empresa. Revista Ocupación Humana, 5 (2), 35-38
- Trujillo, A. (1987). Reflexiones sobre la identidad del Terapeuta Ocupacional. Revista Acción, 2, (1), 33-47.
- Uribe, L.; Rodríguez, E. & Acosta, M. (1999). Competencia del terapeuta ocupacional en el abordaje de la cultura organizacional. Tesis profesional, Universidad Nacional de Colombia.

Una propuesta de atención sociolaboral para ex guerrilleros*

Patricia Cuéllar Sánchez**

A continuación se presenta un resumen de la investigación sobre la transición ocupacional de exguerrilleros, "De la reinserción al reencuentro: una mirada desde la Terapia Ocupacional", propuesta académica de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional para proyectarse como estrategia de paz una vez se firmen negociaciones entre fuerzas guerrilleras y el Gobierno nacional.

A partir de la pregunta: ¿cuáles son las fases de trabajo de un programa de Reorganización del Desempeño Ocupacional para ex guerrilleros que reinicien su vida civil en Santa Fe de Bogotá? se contextualiza el problema, luego se presenta un cuadro comparativo desde diferentes categorías de experiencias de reinserción, se muestra el modelo investigativo seguido y se finaliza con la presentación del programa y las conclusiones.

REINSERCIÓN: LAS LÍNEAS DE SU MANO

EL trabajo recupera la experiencia nicaragüense en la década de los ochenta, donde la autora participó como Terapeuta Ocupacional en el equipo interdisciplinario que orientó la conversión ocupacional de los ex guerrilleros sandinistas en miembros de fuerzas armadas regulares y funcionarios estatales o gubernamentales, allí la Terapia Ocupacional cumplió un papel de agente dinamizador de los procesos humanos y los procesos ocupacionales de los ex guerrilleros de base, en un contexto de respeto y respaldo social.

* Trabajo publicado con aprobación de la Junta Directiva de la ACTO.

** T.O. Universidad Nacional de Colombia. 14 años de ejercicio profesional en Nicaragua (1980-1994).

Al regresar a Colombia para optar al título profesional, la autora hizo la reconstrucción de los hechos más sobresalientes relacionados con la transición ocupacional de colectivos guerrilleros que firmaron acuerdos de paz en El Salvador, Guatemala y Colombia en la década de los noventa. Los datos recopilados permitieron identificar tanto las determinantes del fenómeno como los factores que vulneran el desempeño ocupacional de los exguerrilleros en el contexto de la polarización social postconflicto y establecer analogías con procesos similares abordados por Terapeutas Ocupacionales en Colombia.

CUADRO COMPARATIVO DE LAS EXPERIENCIAS DE REINSERCIÓN

A continuación se presenta la interpretación de la información en base a categorías internacionales, políticas, sociales, militares, económicas y ocupacionales elaboradas por la autora. Las categorías internacionales, políticas, sociales y militares son particulares a cada experiencia:

CATEGORÍAS INTERNACIONALES

CENTROAMÉRICA	COLOMBIA
Significativa mediación y ayuda económica.	Mínima participación internacional.

CATEGORÍAS POLÍTICAS

CENTROAMÉRICA	COLOMBIA
Los acuerdos de paz son punto de referencia en la vida nacional.	Los acuerdos de paz han jugado un papel secundario y marginal.
Ruptura de los sistemas políticos tradicionales.	Honda fragmentación de los partidos políticos tradicionales y de las minorías políticas, aunque prima el bipartidismo.
Las antiguas guerrillas han constituido partidos políticos alternativos.	Atomización de las fuerzas políticas desmovilizadas.
Relativa tensión política dentro de un clima de tolerancia.	Altos niveles de violencia política (asesinato, exilio, desplazamiento y amenazas contra ex guerrilleros).

CATEGORÍAS SOCIALES

CENTROAMÉRICA	COLOMBIA
Bajo cumplimiento de las reformas pactadas.	Los acuerdos no contemplaron reformas.
La impunidad es causa de airadas protestas.	Tolerancia ante la impunidad.

CATEGORÍAS MILITARES

CENTROAMÉRICA	COLOMBIA
Desactivamiento del enfrentamiento armado.	Agudización del enfrentamiento.
Significativa reducción de los ejércitos.	Crecimiento del ejército.
Desaparición de las guerrillas.	Fortalecimiento y avance territorial de los actores armados. Aparición de nuevos grupos armados.

Las categorías económicas y ocupacionales son comunes:

CATEGORÍAS ECONÓMICAS

- Ausencia de la empresa privada
- Severos programas de ajuste
- Caída de indicadores económicos

CATEGORÍAS OCUPACIONALES

BASES

Líderes a nivel local, otros han logrado mantener microempresas agrícolas o de servicios en las ciudades; algunos desarrollan estrategias de sobrevivencia en el mercado

informal, a partir de ocupaciones aprendidas antes o durante la vida guerrillera. También se ubica un alto número de desempleados. De la gran mayoría no se encontró información, aunque existe evidencia de retorno a colectivos guerrilleros, paso al paramilitarismo, al narcocultivo y narcotráfico, ingreso a la delincuencia, alcoholismo y drogadicción.

CUADROS MEDIOS

Profesionales, catedráticos y dirigentes medios, en ocupaciones de liderazgos políticos regionales o ejerciendo su profesión. Las organizaciones de desmovilizados se fortalecen como instrumentos organizativos de trabajo comunitario ampliando su radio de acción. Activa participación en la creación y el liderazgo de dispositivos de paz institucionales.

CÚPULA

Dirigentes y principales cuadros político-militares en ejercicio de ocupaciones de la burocracia estatal. Cooptación y acomodamiento.

Fuente: CUÉLLAR, Patricia. De la Reinserción al Reencuentro: una mirada desde la Terapia Ocupacional. Santa Fe de Bogotá, 1999, 154 p. Trabajo de grado (Terapeuta Ocupacional). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Terapia Ocupacional.

En general, el análisis de la información reflejó un profundo impacto en las áreas social y emocional, así como desajustes e interrupciones en los procesos ocupacionales, el ex guerrillero debe reconstruir su proyecto de vida, adaptándose a un medio familiar, ocupacional y social abandonado al ingresar a la organización armada, en medio de la desconfianza y el temor, lo que evidencia la necesidad de una orientación terapéutica para lograr la autovalorización de la historia ocupacional, como punto de partida para afrontar de manera organizada, integrada, productiva y realizante la transición ocupacional.

MODELO INVESTIGATIVO

El modelo investigativo seleccionado para la comprensión del sentido social de la reinserción fue el histórico-hermenéutico. (Vélez y Calvo, 1992). A partir de la compilación de evidencias, se contrastó la información suministrada por fuentes documentales, actores, expertos y beligerantes, evaluando el contexto donde se desarro-

llaron los acontecimientos, por medio de la consulta de literatura política, económica, sociológica, psicológica, los principales periódicos y revistas de los tres países y entrevistas a expertos, actores y beligerantes.

Después se procedió a la interpretación preliminar para construir generalizaciones y establecer analogías con experiencias profesionales en Colombia. Finalmente, la recompreensión de los fenómenos permitió la proyección teórica a un eventual retorno a la vida civil de organizaciones guerrilleras en Colombia, a través de la propuesta "Red de Voluntades para el Reencuentro" dirigido a población adulta y por tanto con énfasis sociolaboral, cuya versión preliminar fue revisada y enriquecida por expertos, aspecto que se detalla a continuación:

PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL

"RED DE VOLUNTADES PARA EL REENCUENTRO"

La elaboración de la propuesta se hizo a partir de:

- a) La identificación de cuatro factores determinantes para el abordaje de la problemática estudiada: la pérdida de la dinámica realizante del desempeño ocupacional del exguerrillero, las repercusiones individuales y colectivas del retorno a la legalidad, la necesidad de una reorientación ocupacional y la actual fase recesiva de la economía.
- b) El examen a profundidad diferentes modelos teóricos de Terapia Ocupacional y de experiencias profesionales que han orientado procesos de adaptación al trabajo en situaciones de crisis, encontrándose que el Programa Académico de Campo de la Universidad Nacional, "Reorganización del Desempeño Ocupacional" (Torres de Tovar, Martha, 1993-1996) es el que más se asimila a la problemática humana planteada por la "reinserción".

Los pilares de la propuesta son: *el apoyo social y familiar al reencuentro, la sincronía con los demás programas dirigidos a exguerrilleros, la interdisciplinariedad del programa y la sensibilidad social, formación política sólida y sentido histórico de los profesionales que lo implementen.*

FASES DEL PROGRAMA

Las fases del programa "REORGANIZACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL" (Torres, 1993-1996) fueron rediseñadas de acuerdo a las necesidades subjetivas y objetivas de los exguerrilleros de la siguiente manera:

- Fase I - Construcción de una red de apoyo al reencuentro.
- Fase II - Motivación hacia la Reorganización del Desempeño Ocupacional.
- Fase III - Reconstrucción de la historia ocupacional.
- Fase IV - Identificación de capacidades, habilidades y destrezas.
- Fase V - Reorientación ocupacional.
- Fase VI - Intermediación laboral.
- Fase VII - Información, Seguimiento y Divulgación.

En el informe final de la investigación, cada fase contiene objetivos, actividades, responsables, resultados esperados y tiempo requerido. La primera fase contempla la vinculación al programa de instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales interesadas en apoyar la consolidación de la paz a través de una participación activa con recursos humanos, logísticos, financieros, o de otro tipo, como punto de partida del programa "Red de Voluntades para el Reencuentro".

La metodología empleada avanza de lo grupal hacia lo individual para regresar nuevamente al grupo, utilizando la fuerza y motivación del colectivo sobre el individuo y viceversa; de esta manera la atención directa a los beneficiarios inicia con talleres colectivos (Fase II), continúa con atención individual (Fases III y IV) y realiza un acompañamiento a través de actividades colectivas, cuando el grupo se divide en las etapas de capacitación, intermediación laboral y seguimiento (Fases V, VI y VII) para conservar la cohesión grupal como medio de discusión, superación y búsqueda de solución a las dificultades, conflictos y demás obstáculos que puedan surgir.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

a) Para el gobierno, organizaciones guerrilleras y la sociedad:

El cumplimiento de las partes firmantes con los compromisos políticos, sociales y económicos adquiridos, garantizan a la sociedad que la alta cuota de sufrimiento

y perdón que debe aportar a la búsqueda de la paz, tiene una contraparte comprometida con un rumbo inequívoco hacia la superación de las causas del conflicto, lo que a su vez redundará en un contexto que favorezca el bienestar ocupacional de los ex guerrilleros.

b) Para los ex guerrilleros:

La experiencia comunitaria, la capacidad organizativa y de liderazgo, los valores y hábitos adquiridos en la vida guerrillera, aunados a la proyección de sus calidades humanas y el ascenso en el proceso realizante de su desempeño ocupacional en la vida civil, se pueden potencializar con el programa “Red de Voluntades para el Reencuentro” para incidir positivamente en los indicadores del país y en la consolidación de la paz.

c) Para la Universidad Nacional:

Como se evidenció en la investigación, la academia puede y debe elaborar desde diferentes perspectivas, propuestas como las presente, que viabilicen la búsqueda de soluciones negociadas al más grave problema de Colombia: el enfrentamiento armado y sus altísimos costos humanos, sociales, políticos y económicos.

d) Para la Terapia Ocupacional:

La reconstrucción de la historia ocupacional que hace el Terapeuta Ocupacional y el autorreconocimiento que de ella haga el exguerrillero, son herramientas básicas para la valorización de la ocupación en sus diferentes etapas y facetas, como un proceso productivo, conexo y continuo, a través del cual se desarrollan habilidades, se acumulan experiencias y se adquieren conocimientos para alcanzar mayores niveles de complejidad en el futuro desempeño ocupacional.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

a) Para el gobierno, las organizaciones guerrilleras y la sociedad:

Las negociaciones de paz deben incluir proyecciones individuales y colectivas para los ex guerrilleros donde propuestas como la “Red de Voluntades para el Reencuentro”

sean estrategia y prerrequisito para que los beneficios pactados redunden en una efectiva ubicación laboral y a la vez prevengan resultados indeseables en el desempeño ocupacional como rearme, descomposición social, etc.

b) Para los ex guerrilleros:

Reflexionar sobre el impacto de su desempeño ocupacional en el nuevo contexto familiar, social, cultural, laboral y político del país, como ser humano capaz de generar y enriquecer diferentes círculos virtuosos y realizar su proyecto de vida en paz.

c) Para la Universidad Nacional:

Siendo la Universidad Nacional el ente por excelencia dedicado al estudio de la problemática social en Colombia, en su papel de garante de la paz debe incidir en las negociaciones del conflicto armado, estudiando y elaborando propuestas que garanticen la efectividad, la credibilidad y la legitimidad de los acuerdos de paz.

d) Para la Terapia Ocupacional:

Recopilar, procesar y divulgar ante la comunidad académica los postulados, principios, hallazgos y experiencias del programa, "Reorganización del Desempeño Ocupacional" impulsar su desarrollo en el campo sociolaboral, por su carácter de replicador que acumuló un destacado reconocimiento social e institucional mientras estuvo funcionando.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Acuerdos de Paz, Colección TIEMPOS DE PAZ. Programa para la Reinserción, Red de Solidaridad Social - Centro de Documentación para la Paz, Compañía Nacional para la Paz, COMPAZ. Santa Fe de Bogotá, 1995.

Castro, María Clemencia y Díaz, Carmen Lucía. *Guerrilla, reinserción y lazo social*. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Almudena Editores, 1997.

Cerón, Ángela. *Aproximación del programa de reorganización del desempeño ocupacional en mujeres trabajadoras a una perspectiva de género*. Santa Fe de Bogotá,

1996, 98 p. Trabajo de grado (Terapeuta Ocupacional). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Terapia Ocupacional.

López, Carolina y Perozo, Andrea. *Orientación ocupacional para estudiantes del grado décimo de una institución educativa en Santa Fe de Bogotá*. Santa Fe de Bogotá, 1997, 149 p. Trabajo de grado (Terapeuta Ocupacional). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Terapia Ocupacional.

Mejía, Darío. "Fantasmas de la guerra, fantasmas de la paz". En: *Bitácora*. Revista del Programa para la Reinserción. No. 2, (dic. 1995).

Sánchez, Marcela y Sánchez, Claudia. *Lo cotidiano y lo político de las mujeres en el EPL*. Historias de vida. Un estudio de caso. Santa Fe de Bogotá. 1994, 160 p. Trabajo de Grado (Trabajador Social) Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Trabajo Social.

Trujillo R., Alicia. "Desempeño ocupacional realizante: un modelo sobre los propósitos de la Terapia Ocupacional". En: *Revista Ocupación Humana*. Vol. 6, No 2, 1995.

Diferencias del desempeño ocupacional autocuidado en ancianos hemipléjicos derechos e izquierdos

Investigación original presentada en el X Congreso de la ACTO

María Victoria Urrea U. T.O.*

INTRODUCCIÓN

Estudios demográficos en el país y en el exterior reportan aumento progresivo del número de personas viejas. El aumento de edad en los ancianos conduce al aumento de la incidencia de los problemas de salud afectando en algunos casos su capacidad de independencia, o desempeño diario. La existencia de este número de ancianos incapacitados origina múltiples problemas de orden económico, social, salud y moral en cuya adecuada solución deben intervenir y cooperar muchas personas, entre las cuales está el terapeuta ocupacional.

Muchos terapeutas ocupacionales, en su ejercicio profesional deben atender a pacientes ancianos y de esta población se deben dedicar a los pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular en estado agudo, subagudo o crónico, hospitalizados o ambulatorios.

Por el aumento en la esperanza de vida, existen más viejos enfermos con Accidente Cerebro Vascular o Enfermedad Cerebro Vascular, y más dependientes en su autocuidado lo cual mueve este estudio porque a mayor edad mayor incapacidad

* Magíster en Docencia e Investigación Científica. Profesora Asociada. Coordinadora Académica. Carrera de Terapia Ocupacional. Facultad de Medicina. Universidad Nacional.

y más dependencia, factores que aumentan las hospitalizaciones, la institucionalización y el abandono. Se calcula que el 65% de las institucionalizaciones de los ancianos se debe a dishabilidades en su autocuidado estas inhabilidades están relacionadas principalmente con trastornos del sueño, la incontinencia fecal, dependencia en los traslados, en el aseo personal, en la ambulación, en la higiene y en el vestido.

Por tal razón el propósito de este trabajo es el de describir las diferencias del desempeño ocupacional en el autocuidado cuando se presenta como incapacidad física la hemiplejía derecha o izquierda en ancianos que consultan al Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

Antecedentes:

En la actualidad se percibe un gran interés por el estudio y valoración de la capacidad funcional o autocuidado del anciano incapacitado físico. Este interés también se expresa en esta investigación. Si bien se ha avanzado mucho en este campo en otras latitudes, todavía queda mucho que estudiar e investigar en nuestro medio.

Algunos de los trabajos reportados por la literatura sobre la enfermedad cerebro vascular o accidente cerebro vascular, el desempeño en el autocuidado, el anciano hemipléjico y el rol del terapeuta ocupacional con ancianos hemipléjicos, se citan a continuación:

Maltinskis (26) aborda el tema del hoy llamado autocuidado como aspecto esencial de un programa de rehabilitación cuya meta corresponde a lograr una vida independiente.

El Dr. González Mass (11), presenta un capítulo sobre terapia ocupacional en hemiplejía y describe dos orientaciones para el tratamiento: la neurofisiológica y la del desarrollo del lado indemne para transformarlo en dominante, combinando la necesidad de independencia personal y de trabajo.

Jay y Colb, (16), estudiaron el desempeño del paciente hemipléjico en sus actividades básicas cotidianas.

Berta Bobath (4) presenta la valoración y tratamiento fisioterapéutico en el cual induce al paciente a usar los miembros hemipléjicos y ella reeduca el lado afectado. Aronson, (3) describe el papel del terapeuta ocupacional en el equipo de rehabilitación trabajando con pacientes geriátricos entre los cuales está el anciano con accidente cerebro vascular.

Joanne F. Parachek (30) en cooperación con Loma King publicaron la escala de clasificación geriátrica y el manual de tratamiento, diseñados para orientar al personal de salud que trabaja con ancianos hospitalizados o institucionalizados.

Willard & Spackman (46) hacen énfasis en el impacto del accidente cerebro vascular sobre el organismo humano y describen la función del terapeuta ocupacional, sus procedimientos de evaluación y tratamiento.

Sine (36) describe un capítulo dirigido a la enseñanza del autocuidado para pacientes con hemiplejía. Su objetivo fue contribuir al logro de una máxima independencia.

Juan Farril (10), presenta la publicación *Contra ataque al Ataque Cerebral* en la cual explica cómo se deben desarrollar algunas actividades de autocuidado.

Hale (12), describe una guía para hacer la vida más fácil e independiente a los impedidos físicos entre los cuales incluye a los discapacitados hemipléjicos, sus familias y sus amigos.

En el Highland Park Hospital de Chicago (13), se publica un manual, dirigido a pacientes hemipléjicos que quieran asociarse al Club Stroke.

Turner (41), describe el proceso del envejecimiento y enfatiza en el cambio normal de apariencia y habilidades relacionadas directamente con el autocuidado. Hace referencia a la importancia de las actividades básicas cotidianas con el paciente hemipléjico y del reaprendizaje en la vejez.

Aitkens (1) trabajó con ancianos hospitalizados. Encontró que los casos a cargo de terapia ocupacional reflejaban el porcentaje en aumento de personas mayores de 65 años.

Zoltan, Siev y Freishtat (47) tratan las apraxias como problema perceptual en la disfunción del paciente adulto con daño cerebral, su evaluación y tratamiento.

En Kottke y colb, (18) se aborda el tema valoración del paciente en sus actividades básicas cotidianas.

Loren R. Leslie (21) describe el entrenamiento para la independencia funcional.

Kielhofner, (17) en su modelo de la Ocupación Humana, presenta el concepto de autocuidado o automantenimiento o tareas de la vida diaria.

McKinnon (25) argumento la importancia del grupo social para el desarrollo de las actividades básicas cotidianas en terapia ocupacional con ancianos.

Shenna Blair (5) se interesó por el estudio de los desordenes neurológicos en la vejez afirmando que el terapeuta ocupacional puede encontrar con el paciente geriátrico su papel; conociendo y mejorando las habilidades específicas de autocuidado y quehacer doméstico.

Murdock (28) realiza el análisis crítico sobre el índice de Barthel ideado y usado para medir las actividades de la vida diaria en ambiente geriátrico con pacientes que presentan disfunciones físicas especialmente desordenes neurológicos y musculoesqueléticos.

Judy Hill, (14) presenta el rol del terapeuta ocupacional en la intervención del paciente incapacitado físico aplicando como medio terapéutico las actividades de la vida diaria.

Levine y Gitlin (22), enfocan sus estudios con ancianos crónicos en actividades de autocuidado, Mary Skruppy, (37), describe la importancia del crecimiento de la población anciana, el aumento en la demanda de servicios médicos y hospitalarios y su impacto por el costo. Destaca la importancia de la evaluación de las actividades de la vida diaria para la identificación de las necesidades de servicios asistenciales a ancianos.

Mary Law (19) revisa las publicaciones sobre actividades del diario vivir y analiza la práctica de evaluación para ofrecer ideas orientadas a su mejoramiento o cambio en el ambiente clínico de terapia ocupacional.

Salgado (34), reporta que a partir de los 85 años de edad aumenta el requerimiento de cuidados de salud.

Spector, Katz y Murphy, (38), demuestran la relación entre nivel de disyunción física, edad, mortalidad, disminución de la función y posibilidad de hospitalización.

Leering (20), presenta su estudio con ancianos, en el cual propuso cinco niveles de capacidad funcional, relacionados con el autocuidado, actividades sociales y pasatiempos.

Andersen (2), establece la relación existente entre función y enfermedad. Muestra que el 66% de las personas mayores de 75 años padecen alguna enfermedad crónica y el 35% tienen algún tipo de limitación en su actividad diaria.

Stout (40), observo en ancianos admitidos en unidades de larga estancia, durante 33 años, que la media de edad de hombres y mujeres ha aumentado con los años lo mismo que ha aumentado la edad de la incapacidad terminal, y la duración de la incapacidad con el aumento de la esperanza de vida.

Rowe citado por Salgado (34), encontró que de cada persona anciana institucionalizada y dependiente en sus actividades básicas cotidianas hay aproximadamente dos de iguales características que viven en la comunidad, pudiendo subsistir gracias a un sistema de soporte informar, proporcionado en un 80% por el cuidador.

En otro estudio, Trombly (42), presenta una revisión muy completa relacionada con la semiología, fisiopatología y terapéutica ocupacional del ataque cerebral o accidente cerebro vascular, incluyendo un aparte en el cual explica las diferencias cuando hay lesión en cada uno de los dos hemisferios. Presenta el método compensatorio mediante el cual el hemipléjico con el uso de un solo lado del cuerpo puede ser independiente en sus actividades básicas o de autocuidado.

Pedretti (31) define el desempeño ocupacional como la habilidad del ser humano para realizar tareas necesarias para su rol, relacionadas con su nivel de desarrollo. Define las actividades de la vida diaria o autocuidado. Presenta su evaluación y entrenamiento. Describe los métodos y las técnicas de enseñanza para las actividades de vestido, alimentación higiene, movilidad y transferencias en diferentes disfunciones físicas entre las cuales esta la hemiplejia.

Rosselli M., Roselli A., Vergara I y Ardila R. (33) del Hospital San Juan de Dios e Instituto Neurológico publican su estudio sobre la topografía del Síndrome de hemi-inatención observado en pacientes con lesión del hemisferio derecho e izquierdo y mayores de 25 a 72 años.

Las diferencias entre hemisferio derecho e izquierdo, son tratadas por Sally P. Springer y George Deutsch (39), en su obra *Cerebro Derecho, Cerebro Izquierdo* en la cual explican la función cerebral de cada hemisferio.

Con relación a la lateralidad humana y la explicación del mundo diestro, Quiros y Schragger (32) hacen su contribución, explicando la lateralidad cerebral: dominancia simbólica y dominancia motora, lateralidad corporal y sus niveles.

Trujillo (44), define el desempeño ocupacional como el actuar del hombre motivado por sus propias necesidades, las cuales tiende a satisfacer a través de ejecuciones ocupacionales.

Según Torres (43) se presenta el desempeño ocupacional disfuncional cuando la persona no responde satisfactoriamente a las demandas que le plantea tanto la ocupación, como el medio ambiente, ocasionado por un imbalance entre las variables relacionadas, y por tanto las demandas se constituyen en obstáculos que no permiten que la persona, la ocupación y el entorno se beneficie de esta intervención

Carrero y Méndez (7) presentan su monograma sobre geriatría, constituyéndose en el primer intento de abordar el tema y explicar las funciones del terapeuta ocupacional trabajando con el anciano con accidente cerebro vascular.

Urrea (45), describe las características del desempeño ocupacional del viejo hemipléjico en sus actividades de autocuidado y ocio.

Como se necesitan estrategias eficaces para disminuir el riesgo de morbilidad en los ancianos y es la ocupación uno de los medios utilizados por la terapia ocupacional para influenciar el estado de salud del ser humano y de la ocupación es el autocuidado el proceso por excelencia que contribuye al bienestar y calidad de vida (45), se estudia y profundiza el desempeño ocupacional en el autocuidado del anciano hemipléjico pretendiendo encontrar las diferencias cuando la hemiplejía es derecha o izquierda.

Problema de investigación:

¿Se observan diferencias significativas del desempeño ocupacional en el autocuidado, entre dos grupos de ancianos con accidente cerebro vascular: uno que presenta hemiplejia derecha y otro hemiplejia izquierda, usuarios de los servicios del Hospital San Juan de Dios de Bogotá?

Objetivo general:

Establecer, describir y comparar las diferencias del desempeño ocupacional en el autocuidado en dos grupos de ancianos: uno que presenta hemiplejia derecha y otro hemiplejia izquierda.

Objetivos específicos:

- Determinar las características demográficas de los ancianos que conforman la muestra de investigación.
- Identificar las características del autocuidado en el grupo de ancianos hemipléjicos derechos.
- Identificar las características del autocuidado en el grupo de ancianos hemipléjicos izquierdos.
- Establecer las diferencias entre el grupo de ancianos hemipléjicos derechos e izquierdos para el desempeño en las actividades de: alimentación, aseo personal, baño, vestido de miembros superiores, vestido de miembros inferiores, higiene, manejo de vejiga, manejo de intestino, transferencias cama-silla-silla de ruedas, transferencias sanitario, transferencias ducha, locomoción caminando o en silla de ruedas y escaleras.

Justificación de la investigación:

Esta investigación es muy importante desde el punto de vista teórico porque contribuye a la sistematización del conocimiento sobre el desempeño ocupacional disfuncional, para aplicar en la praxis de Terapia Ocupacional con pacientes ancianos hemipléjicos derechos o izquierdos quienes por su discapacidad ven afectado su autocuidado.

El interés de la investigación radica en el hecho de que durante el ejercicio profesional del terapeuta ocupacional se presentan casos de pacientes geriátricos, hemipléjicos derechos o izquierdos, que pueden ser estudiados e intervenidos de acuerdo a los avances en la ciencia y tecnología ofreciéndoles tratamientos más específicos de acuerdo a su problemática individual y familiar.

El conocimiento de las diferencias del desempeño en el autocuidado, cuando se presenta la hemiplejia derecha o izquierda, permite al terapeuta ocupacional definir las necesidades específicas de atención directa e indirecta; refuerza la importancia de la terapia ocupacional en geriatría dado que la satisfacción de necesidades vitales a través del autocuidado es inherente inclusive para el anciano, presentándose estos conocimientos como útiles para esta población, sus cuidadores, los terapeutas ocupacionales y otros profesionales interesados en esta problemática.

Este estudio fue muy necesario en el Hospital San Juan de Dios porque según López (23) el primer diagnóstico de egreso a esta institución era la enfermedad cerebro vascular la cual se constituyó también en la principal causa de muerte. Igualmente es necesario en Terapia Ocupacional para orientar la docencia y prestación de servicios a la evaluación y desarrollo de planes de intervención específicos dirigidos al anciano hemipléjico derecho o izquierdo y a su familia o cuidador. La proyección o alcances de este trabajo es inmensurable puesto que abarca el estudio de una problemática social, específicamente de salud y familiar, muy frecuente en nuestro medio hospitalario y comunitario y a la cual no se le ha prestado la atención adecuada. Si se considera que la sociedad colombiana ha experimentado cambios profundos durante la presente década, y que la constitución de 1991 redefinió los derechos sociales de los ciudadanos e incorporó los principios de protección a la tercera edad (8).

Este estudio es novedoso en terapia ocupacional en cuanto al enfoque para la descripción del desempeño ocupacional del anciano hemipléjico en el proceso ocupacional de autocuidado, permitiendo conocer las diferencias cuando presentan hemiplejia derecha o izquierda.

Revisión del conocimiento

Al accidente cerebro vascular o enfermedad cerebro vascular también se le conoce como ataque cerebral; es la consecuencia del daño de las neuronas motoras supe-

riores que inervan los músculos afectados (41, 42). Es causado por un ataque y como resultado el paciente puede quedar paralizado del lado opuesto al sitio del mismo. La incidencia aumenta con la edad. La mortalidad varía de acuerdo a la edad y presencia de enfermedades asociadas. Su etiología se debe a la oclusión de un vaso sanguíneo por arterioesclerosis o trombosis siendo la causa más común la hemorragia por hipertensión, la embolia, o un coágulo que se desplaza y bloquea un vaso. Los síntomas se desarrollan por un período de tiempo que varía desde unas horas hasta varios días. La naturaleza de los síntomas y signos es determinada por la localización del daño (41). El pronóstico para la recuperación de la función es mejor en el paciente joven, debido a la mayor plasticidad del cerebro o a la condición física (6, 42). Desencadena problemas físicos (15, 22, 41, 42), problemas sensoriales (2, 4, 15, 41, 42, 47), problemas de comunicación (41, 42), problemas intelectuales y cognitivos (15, 42) problemas psicológicos y sociales (15, 42, 45), problemas funcionales (32, 39, 42).

El autocuidado del anciano hemipléjico: El modelo descriptivo de las actividades básicas cotidianas o actividades de autocuidado es tomado de Reed en su libro Modelos de Práctica de Terapia Ocupacional, citado por Murdock (28).

Se divide en actividades de autosostenimiento físico y actividades instrumentales. El autosostenimiento físico se refiere a las funciones necesarias para una básica supervivencia, correspondiendo al mismo autocuidado. Son: alimentación (24, 35, 41, 45), baño del cuerpo (24, 34, 35, 36, 41, 45), vestido (31, 41, 45), aseo personal (17, 24, 31, 41, 45), eliminación o control de esfínteres (24, 41), movilidad, transferencias, marcha (24, 41, 45) y comunicación funcional (24, 41).

El autocuidado incluye aquellos comportamientos necesarios para que el anciano se mantenga a sí mismo en lo biológico, para que se presente como un miembro reconocible de su cultura y mantenga la autoestima.

El autocuidado requieren de capacidades las cuales hacen referencia a las habilidades y desempeño con o sin equipo adaptado. Estas habilidades físicas se complementan con las habilidades diarias psicológicas y emocionales que contribuyen para desarrollar el concepto de identidad de sí mismo, el manejo de situaciones cotidianas y participación en el ambiente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el presente estudio se escogió el diseño descriptivo prospectivo, con el cual se buscó describir el desempeño de dos grupos de ancianos uno con hemiplejía derecha y el otro con hemiplejía izquierda, en su autocuidado.

El universo correspondió a todos los ancianos hemipléjicos que consultaron al Hospital San Juan de Dios de Bogotá, durante el primer y segundo semestre de 1996, entre los meses de febrero/96 a noviembre/96. La población estuvo conformada por todos los ancianos hemipléjicos derechos e izquierdos captados por la investigadora.

La muestra de investigación fue de tipo no aleatorio, específicamente muestra dirigida, denominada también de criterio o adaptada siendo su tamaño de 64 ancianos.

Los criterios de selección para las unidades de la muestra dirigida fueron los siguientes: hombres y mujeres de 60 o más años, viviendo en Bogotá, que durante el período de tiempo comprendido entre febrero y noviembre de 1996, consultaron al Hospital San Juan de Dios, por los servicios de consulta externa o se encontraron hospitalizados en las diferentes unidades de Rehabilitación y Medicina Interna y su primer diagnóstico fuera accidente cerebro vascular o enfermedad cerebro vascular, siendo su dominancia derecha, presentando como discapacidad hemiplejía derecha o hemiplejía izquierda, con o sin afasia, y estables médicamente.

El instrumento utilizado fue la Medida de Independencia Funcional, modificada.

Para la recolección de datos la técnica aplicada consistió en el tamizaje o selección del paciente anciano, la revisión documental de las historia clínicas, la aplicación de la encuesta inicial al anciano y/o su cuidador y observación directa del desempeño en su autocuidado, en el Servicio de Terapia Ocupacional, Unidad de Medicina Interna y/o Unidad de Hospitalizados del Departamento de Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, posteriormente la aplicación de la evolución al anciano por observación directa del desempeño en su autocuidado, previo a su dada de alta del Hospital, registrando los hallazgos en el instrumento de investigación.

RESULTADOS

El procesamiento estadístico que permitió llegar a los resultados consistió en:

- Codificación y crítica de los instrumentos, tabulación en la respectiva hoja electrónica, selección de los dos grupos: uno conformado por los ancianos con hemiplejía derecha y el otro por los ancianos con hemiplejía izquierda, para buscar los niveles de desempeño en los dos grupos tanto en la evaluación inicial como la evaluación de evolución (Tablas 1 y 2).

TABLA 1. Distribución porcentual según niveles de desempeño en hemiplejía derecha para la evaluación inicial y evolución.

Nivel de desempeño Hemiplejía derecha	E. Inicial		E. Evolución	
	No.	%	No.	%
Asistencia total	14	35	7	17,5
Asistencia máxima	3	7,5	6	15
Asistencia moderada	2	5	4	10
Asistencia mínima	7	17,5	6	15
Supervisión	9	22,5	8	20
Independencia modificada	5	12,5	8	20
Independencia completa	0	0	1	2,5

El nivel de desempeño correspondiente a asistencia total fue el de mayor porcentaje en los dos grupos para la evaluación inicial, presentándose diferente para la de evolución.

TABLA 2. Distribución porcentual según niveles de desempeño en hemiplejía izquierda, para evaluación inicial y evaluación de evolución.

Nivel de desempeño Hemiplejía izquierda	E. Inicial		E. Evolución	
	No.	%	No.	%
Asistencia total	7	29,01	3	12,5
Asistencia máxima	4	16,06	6	25
Asistencia moderada	3	12,5	1	4,1
Asistencia mínima	2	8,3	5	20,8
Supervisión	5	20,8	2	8,3
Independencia modificada	3	12,5	7	29,1
Independencia completa	0	0	0	0

- Identificar los puntajes por anciano y por actividad para la evaluación inicial y la evaluación de evolución, en los dos grupos (Tabla 3 y 4).

TABLA 3. Puntajes por actividad, grupo Hemiplejia Derecha, para evaluación inicial y evolución.

Actividades Evaluación inicial	Puntaje	Actividades Evaluación evolución	Puntaje
A. Alimentación	142	A. Alimentación	178
B. Aseo personal	129	B. Aseo personal	160
C. Baño	128	C. Baño	159
D. Vestido miembros superiores	121	D. Vestido miembros superiores	150
E. Vestido miembros inferiores	109	E. Vestido miembros inferiores	136
F. Higiene	114	F. Higiene	141
G. Manejo vejiga	189	G. Manejo vejiga	230
H. Manejo intestino	189	H. Manejo intestino	230
I. Transferencias: cama, S, SR	145	I. Transferencias: cama, S, SR	165
J. Transferencia sanitario	146	J. Transferencia sanitario	166
K. Transferencia ducha	146	K. Transferencia ducha	166
L. Deambular: caminar-silla R.	145	L. Deambular: caminar-silla R.	162
M. Escaleras	134	M. Escaleras	145

TABLA 4. Puntajes por actividad, grupo Hemiplejia Izquierda, para evaluación inicial y evolución.

Actividad Evaluación inicial	Puntaje	Actividad Evaluación evolución	Puntaje
A. Alimentación	89	A. Alimentación	103
B. Aseo personal	79	B. Aseo personal	93
C. Baño	75	C. Baño	84
D. Vestido de MMSS	71	D. Vestido MMSS	84
E. Vestido de MMII	64	E. Vestido MMII	76
F. Higiene	67	F. Higiene	77
G. Manejo vejiga	113	G. Manejo vejiga	134
H. Manejo intestino	113	H. Manejo intestino	134
I. Transf. cama, cilla, s. ruedas	87	I. Transf. cama, silla, s. rudas	88
J. Transf. sanitario	80	J. Transf. sanitario	91
K. Transf. ducha	80	K. Transf. ducha	91
L. Caminar, SR	8	L. Caminar, SR	88
M. Escaleras	80	M. Escaleras	88

Los menores puntajes se encontraron para las actividades de vestido de miembros inferiores en los dos grupos para las dos evaluaciones.

- Identificar el promedio de los puntajes según actividades en la evaluación inicial y de evolución (Tabla 5 y 6).
- Y determinar las significancias para conocer las diferencias. (Tabla 7 y 8). El análisis comparativo mostró diferencias significativas para todos los ancianos, en los dos grupos, en todas las actividades de autocuidado. Siendo las mayores para el grupo que presenta hemiplejía derecha.

TABLA 5. Puntajes y promedios según actividades. Hemiplejía Derecha.

	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN EVOLUCIÓN
Actividad	puntaje	Puntaje
A. Alimentación	142	178
B. Aseo personal	129	160
C. Baño	128	159
D. Vestido MMSS	121	150
E. Vestido MMII	109	136
F. Higiene	114	141
G. Manejo de vejiga	189	230
H. Manejo de intestino	189	230
Y. Transf Cama, silla, SR	145	165
J. Transf. Sanitario	146	166
K. Transf Ducha, tina	146	166
L. Caminar/silla de ruedas	145	162
M. Escaleras	134	145
Puntaje	1.837	2.188
Promedio	141	168

TABLA 6. Puntajes y promedios por actividades. Hemiplejía Izquierda.

	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN EVOLUCIÓN
Actividad	Puntaje	Puntaje
A. Alimentación	89	103
B. Aseo personal	79	93
C. Baño	75	84
D. Vestido miembros superiores	71	84
E. Vestido miembros inferiores	64	76
F. Higiene	67	77
G. Manejo vejiga	113	134
H. Manejo intestino	113	134
I. Transferencias: cama, silla, s. ruedas	87	88
J. Transferencia sanitario	50	91
K. Transferencias ducha	80	91
L. Deambular: caminar-silla de ruedas	86	88
M. Escaleras	50	88
Puntaje	1.084	1.231
Promedio	83	94

TABLA 7. Diferencia por actividad en grupo Hemiplejía Derecha y Hemiplejía Izquierda.

Actividad	Hemiplejía izquierda	Hemiplejía derecha
A. Alimentación	14	36
B. Aseo personal	14	31
C. Baño	9	31
D. Vestido miembros superiores	13	29
E. Vestido miembros inferiores	12	27
F. Higiene	10	27
G. Manejo vejiga	21	41
H. Manejo intestino	21	41
I. Transferencias: cama, silla, s. ruedas	1	20
J. Transferencia sanitario	11	20
K. Transferencia ducha	11	20
L. Deambular: caminar-silla de ruedas	2	17
M. Escaleras	8	11

TABLA 8. Medida de las diferencias para hemiplejía izquierda y derecha.

Actividad	Hemiplejía izquierda	Hemiplejía Derecha
A. Alimentación	1	81
B. Aseo personal	1	16
C. Baño	16	16
D. Vestido de MMSS	0	4
E. Vestido de MMII	1	0
F. Higiene	9	0
G. Manejo de vejiga	64	196
H. Manejo de intestino	64	196
I. Transf. cama, silla, s. ruedas	144	49
J. Transf. sanitario	4	49
K. Transf. ducha	4	49
L. Caminar/silla de ruedas	121	100
M. Escaleras	25	256

CONCLUSIÓN

Las características demográficas de los 64 ancianos que conformaron la muestra de investigación correspondieron en mayor porcentaje a mujeres casadas de 60 a 69 años, siendo su escolaridad de primero de primaria, residiendo en Bogotá con sus familiares y teniendo como ocupación anterior al evento cerebro vascular, la de ama de casa.

El tiempo transcurrido entre el evento cerebro vascular y la evaluación inicial fué de uno a cinco meses.

A la evaluación inicial los dos grupos de ancianos hemipléjicos se ubicaron en un nivel de desempeño de asistencia total. A la evolución se encontró que ninguno de los dos, ni el grupo de ancianos hemipléjicos derechos ni el grupo de ancianos hemipléjicos izquierdos alcanzó la independencia completa antes de salir del hospital. Estos hallazgos estarían sugiriendo que después del evento o accidente cerebro vascular ni el anciano ni el cuidador reciben tratamiento intensivo u orientación temprana de terapia ocupacional, respectivamente, que los motive y entrene respecto al autocuidado o al cuidado dependiente.

Se identificaron las características del desempeño en el autocuidado para el grupo de ancianos hemipléjicos derechos e izquierdos a través de los puntajes obtenidos, siendo los más bajos para las actividades de aseo y vestido de miembros inferiores. Estos resultados indican que tanto para el grupo de ancianos hemipléjicos derechos como ancianos hemiplejicos izquierdos las actividades en las cuales se les presentan mayores dificultades son las relacionadas con la atención o cuidado de sus miembros inferiores. Parece ser que el desempeño en estas dos actividades esta relacionado con la ontogénesis del autocuidado siendo así que el niño se demora en alcanzar la independencia en estas dos actividades y el anciano hemipléjico igual. Las actividades específicas fueron las de bañar-secar miembros inferiores y quitar-colocar pantalones-falda, ropa interior, medias y zapatos, actividades a las cuales el terapeuta ocupacional debe dedicar mayor atención durante el proceso de evaluación y entrenamiento del anciano y orientación a su cuidador, considerando las necesidades individuales y específicas ya sea que se presente hemiplejia derecha o izquierda. Durante el análisis se establecieron diferencias significativas representadas por los puntajes en las actividades de: alimentación, aseo personal vestido completo, higiene, manejo de vejiga e intestino, transferencias: cama-silla, silla de ruedas- sanitario, silla de ruedas-ducha, locomoción caminando o locomoción en silla de ruedas y escaleras; en relación con los niveles de desempeño encontrados a través de las evaluaciones iniciales y de evolución en los dos grupos de ancianos, siendo estas diferencias mayores para el grupo de ancianos hemipléjicos derechos (evaluación inicial 1837 y evolución 2188).

Estos hallazgos parecen sugerir que para el anciano hemipléjico derecho su desempeño en el autocuidado esta influenciado por la parálisis del lado derecho del cuerpo y otros factores asociados como el cambio de dominancia y la necesidad de transferir rápidamente habilidades o destrezas unimanuales al lado sano (izquierdo), no dominante, requiriendo de menor ayuda y por consiguiente de menor uso de aditamentos y adaptaciones, reaprendiendo más rápido a través de la demostración o instrucciones escritas enfocando el entrenamiento en la comunicación visual por la afasia y alcanzando la independencia; siendo la recuperación funcional más pronta (42). Las menores diferencias se presentaron en el grupo de ancianos hemiplejicos izquierdos (evaluación inicial 1084 y evolución 1231) lo cual parece indicar que su desempeño en el autocuidado esta influenciado por la parálisis del hemicuerpo izquierdo y que aunque conserva su dominancia manual, se produce asimetría cerebral. En este caso el anciano necesita desarrollar destrezas unimanuales con su miembro dominante y previo al entrenamiento en autocuidado

se le deben reeducar los déficits senso perceptuales mayores para después mejorar el desempeño en su autocuidado (42). La recuperación funcional es más lenta por el trastorno perceptual y la lentitud en el aprendizaje el cual se hará a través de instrucciones orales, enfatizando en la comunicación auditiva por la disfunción visual espacial asociada. El anciano hemipléjico izquierdo se observa más dependiente requiriendo de más ayuda por parte del terapeuta ocupacional y sus cuidadores.

Los resultados encontrados también podrían estar indicando que el desempeño del anciano hemiplejico derecho es diferente al desempeño del anciano hemipléjico izquierdo, en su autocuidado y que las diferencias están dadas por factores asociados a la hemiplejia como puede ser el trastorno perceptual en el anciano hemipléjico izquierdo. Se puede deducir que la experiencia ocupacional del anciano cuando se presenta como incapacidad física la hemiplejia permite alcanzar la independencia pero de manera diferente si esta es izquierda o derecha, lo cual amerita intervención temprana de terapia ocupacional y específica para cada caso.

Al respecto el terapeuta ocupacional debe iniciar al anciano precozmente en el autocuidado, atendiendo a esa diferencia, impulsando el tratamiento en la etapa aguda de acuerdo al hemisferio afectado, cambiando el concepto de que en el accidente cerebro vascular solo se abordan las secuelas y contribuir a la recuperación funcional más rápida.

De otra parte se podría esperar que la determinación de las características del desempeño en el autocuidado en ancianos con hemiplejia derecha y hemiplejia izquierda y la profundización en sus diferencias permitan consolidar una línea de base a través de la cual se establezcan futuras investigaciones.

En la vejez como en cualquier otra etapa de la vida de una persona, la capacidad para desempeñarse en el autocuidado no esta determinada solamente por la capacidad física. Tiene mucho que ver con el estado mental y senso perceptual del anciano. Cuando estos dos aspectos están conservados el anciano hemipléjico es capaz de recobrar y mantener la independencia.

El instrumento de medición utilizado en la presente investigación parece ser un medio eficaz para explorar y estudiar las características individuales de los ancianos hemipléjicos en las actividades de autocuidado.

Las conclusiones extraídas a partir de esta investigación muestran la importancia del estudio del proceso ocupacional autocuidado con ancianos hemipléjicos.

Las conclusiones de este estudio solo se pueden aplicar a individuos que posean las características de los dos grupos estudiados.

Recomendaciones:

- Teniendo en cuenta que este trabajo ha aportado nuevos conocimientos referentes a las diferencias significativas del desempeño en autocuidado entre dos grupos de ancianos uno con hemiplejia derecha y otro con hemiplejia izquierda, parece conveniente continuar explorando este campo del conocimiento a fin de lograr profundizar teóricamente y comprobar empíricamente el marco conceptual del comportamiento ocupacional el cual postula que el autocuidado es el proceso ocupacional en el cual se basan los procesos ocupacionales de juego y de trabajo y están relacionados entre si.
Por esta razón el estudio del autocuidado en disfunción es primordial para los terapeutas ocupacionales.
- Considerar la presencia de estas diferencias en la praxis profesional e intervenir con el paciente hemiplejico específicamente, según sea el compromiso de derecho o izquierdo, atendiendo a su problemática sensorio-perceptual asociada.
- Profundizar en el estudio de la percepción en hemiplejia no solo para responder a la problemática que se plantea en el autocuidado sino para construir conocimientos teórico prácticos relacionados con la función del hemisferio derecho, que oriente los programas de intervención y acelere la recuperación funcional del anciano.
- Contestar en futuras investigaciones interrogantes como ¿cuáles son las habilidades de vestido después de un accidente cerebro vascular?, considerando que esta fue la actividad que obtuvo menor puntaje en los dos grupos y de esta forma mejorar conocimiento y praxis al respecto y por ende contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos hemiplejicos.
- Continuar con esta línea de investigación en el campo disfuncional.

- Incorporar estos resultados en la cátedra universitaria reconceptualizando el autocuidado en ancianos.
- Interactuar con el cuidador del anciano quien contribuye con su actuación en el logro de la meta de independencia en el autocuidado desde el hospital hasta el reintegro al hogar.
- Socializar los conocimientos derivados del presente estudio en los Hospital con los equipos interdisciplinarios.
- No olvidar al anciano hemipléjico a la salida del hospital sino monitorearlo y prolongar acciones en el hogar a través de la modalidad de atención domiciliaria, ya que el hogar es su ambiente natural.

REFERENCIAS

1. Aitken, M. (1982). *Self concept and functional independence in the hospitalized elderly*, American Journal Occupational Therapy. Vol. 36, No. 4.
2. Andersen. (1993) en Salgado, A.; Alarcón, T. *Valoración del paciente anciano*. Barcelona. Masson S.A. Salvat.
3. Aronson. (1 976). *The role of the Occupational Therapist in a geriatric day hospital setting*. American Journal Occupational Therapy. Vol. 30, No. 5.
4. Bobath, B. (1993). *Hemiplejia del adulto*. Traducción. Tercera edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. S.A.
5. Blair, S. (1992). *The elderly*. Cap. 21 en: Creck Jennifer. *Occupational Therapy and mental health*.
6. Brunstron. (1990) en Trombly, C. *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*. Traducción. México. Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V.
7. Carrero, O.; Méndez, B. (1976). *Tratamiento de Terapia Ocupacional en pacientes geriátricos con accidente cerebro vascular*. Monografía. Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia.

8. Constitución Política de Colombia. (1 991). Publicación del Congreso de la República.
9. Currier. (1980) en Quiroz y Schrager. Fundamentos neurofisiológicos en las discapacidades del aprendizaje. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
10. Farril, J. (1979). Contraataque al ataque cerebral. Asociación Médica Americana. Confité de Geriátría. México.
11. González, R. (1968). Hemiplejias (prevención, tratamiento, rehabilitación). Barcelona. Editorial Científico Médica.
12. Hale, G. (1980). Manual para minusválidos. Primera edición. Madrid. H. Blume Ediciones.
13. Highland Park Hospital. (1980) Stroke. Physical Medicine & Rehabilitation. Chicago.
14. Hill, J. (1993). Activities of daily living. En: Hopkins, H. Willard and Spackman's. Occupational Therapy. Eight edition. Philadelphia J. B. Lippincott Co.
15. Hopkins, H.; Smith, H. (1993) Willard and Spackman's. Occupational Therapy. Eighth edition. Philadelphia. J. B. Lippincott Co.
16. Jay, P.; Walker, E.; Ellison, A. (1972). Un manual para hemiplejicos y sus familiares. Segunda edición. Londres.
17. Kielhofner, G. (1985). A model of human occupational, Baltimore: Williams and Wilkins.
18. Kottke, F.; Stillwell, G.; Lehmann, J. (1988). Krussen Medicina Física y Rehabilitación. Tercera edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
19. Law, M. (1993). Evaluating activities of daily living: Directions for the future. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 47. No. 3.
20. Leering. (1993). En Salgado, A.; Alarcón, T. Valoración del paciente anciano. Barcelona. Masson S. A. Salvat.
21. Leslie. (1988). En Kottke, F. Krussen Medicina física y rehabilitación. Tercera edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
22. Levine, R.; Glitin, L. (1993). A model to promote activity competence in elders. American Journal Occupational Therapy. Vol. 47. No. 2.

23. López, J. H. (1992). Morbilidad y mortalidad geriátricas en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*. Vol. 17. No. 4.
24. Medida de Independencia Funcional (1993). Guía uniforme para la recolección de datos para rehabilitación médica. Research Foundation State University of New York.
25. McKinnon, A. (1992). Time use for care, productivity and leisure among elderly Canadians. *Canadians Journal of Occupational Therapy*. Vol. 59. No. 2.
26. Maltinskis, E.; Roberti, F. (1982). *Rehabilitación. Recuperación Funcional del lisiado*. Buenos Aires. Editorial Científico Técnica Americana.
27. Ministerio de Salud (1982). Plan para la atención a los ancianos en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento.
28. Murdock, C. (1992). A critical evaluation of the Barthel Index. Part 1. *British Journal of Occupational Therapy*. Vol. 55. No. 3.
29. Pacto Social (1995). Bases para el Plan Nacional de Desarrollo. (1994-1998). Presidencia de la República. Departamento de Planeación. Casa editorial El Tiempo.
30. Parachek, J.; King, L. (1976). Escala de clasificación geriátrica y manual de tratamiento. Arizona. Publicaciones Greenroom.
31. Pedretti, L; Zoltan, B. (1990). *Occupational Therapy Practice skills for physycal dysfunction*. Mosby.
32. Quiroz y Schragar (1980). *Fundamerítos neurofisiologicos en las discapacidades del aprendizaje*. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
33. Roselli, M.; Roselli, A.; and Vergara, I. (1985) Topography of the hemi-inattention syndrome. *Intern. J. Neuroscience*. Vol. 25.
34. Salgado, A.; Alarcón, T. (1993). *Valoración del paciente anciano*. Barcelona. Masson S. A. Salvat.
35. Salgado, A. y colb. (1986). *Tratado de geriatría y asistencia geriátrica*. Barcelona. Salvat Editores.
36. Sine, R.; Liss, S.; Roush, R.; Holcomb, J. (1979) *Técnicas básicas de rehabilitación*. Barcelona. Editorial Científico Médica.

37. Skruppy, M. (1993). Evaluación de actividades de la vida diaria. *Physical & Occupational Therapy in geriatric*. Vol. 11.
38. Spector, W. D. (1993). En Salgado, A.; Alarcón, T. Valoración del paciente anciano. Barcelona. Masson S.A. Salvat.
39. Springer, S.; Deutsch, G. (1991) *Cerebro izquierdo, cerebro derecho*. Madrid. Alianza Editorial.
40. Stout, R. W. (1993). En Salgado, A. Valoración del paciente anciano. Barcelona. Masson. S. A. Salvat.
41. Turner, A. (1981). *The practice of Occupational Therapy*. New York: Churchill Livingstone.
42. Trombly, C. (1990). *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*. Traducción. México, Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V.
43. Torres, M. (1994). Modelos operativos para la Terapia Ocupacional. En *Terapia Ocupacional y Universidad Nacional*. Universidad Nacional.
44. Trujillo, A. (1994). Desempeño ocupacional y realización humana. Su origen y alcances. En: *Terapia Ocupacional y Universidad*. Universidad Nacional.
45. Urrea, M.V. (1989). El anciano hemipléjico hospitalizado. Unidad Didáctica. Manuscrito sin publicar. Departamento de Terapias. Universidad Nacional.
46. Willard and Spakman (1976). *Terapéutica Ocupacional*. Barcelona. Editorial Jims.
47. Zoltan, B.; Sieu, E.; Freishtat, B. (1986). *Perceptual and cognitive dysfunction in the adult stroke patient. A manual for evaluation and treatment*. St. Louis Missouri. Second Edition. The C. V. Mosby Co.

La salud mental en Colombia: una revisión de su situación

Olga Luz Peñas Felizzola¹

La salud mental, no solo en nuestro gremio sino en términos generales –Estado y comunidad internacionales–, ha padecido desde siempre un abandono total y crónico. A sabiendas de la importancia de este componente para el desempeño profesional del terapeuta ocupacional, la revisión de la situación nacional urge, sobretodo ante la crítica situación actual y, más aún, ante los pronósticos que vaticinan un futuro desolador en tal ámbito. Es así, que el presente trabajo surge como una aproximación hacia la descripción de la salud mental en Colombia, para lo cual inicialmente se describe el contexto internacional como marco de referencia para un posterior análisis de la situación nacional.

Según la O.M.S. la salud mental es entendida como “un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social” (MinSalud, 1997, 1). A lo cual cabe añadir, que no es sólo la ausencia de enfermedad o síntomas diagnosticados (Cocoma y Urrego, 1999). La enfermedad mental, Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV), se entiende como “un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este patrón o síndrome no debe ser meramente una respuesta cultural aceptada. Cualquiera

¹ Terapeuta Ocupacional y Candidata a Magíster Sc. en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica" (American Psychiatry Association, 1994; revisado por Urrego y Cocoma, 1999).

1. SALUD MENTAL EN EL MUNDO

1.1 Revisión de la situación internacional

Desde finales de los años sesenta, la salud mental era planteada ya como un problema de grandes proporciones a nivel internacional, no sólo por la escasez de servicios y planes correspondientes, sino por el paulatino incremento de la problemática, principalmente en los países en desarrollo (A.P.A., 1969). Sin embargo, el reconocimiento de la importancia y las necesidades en esta materia, como problemática nacional, variaba ampliamente de un país a otro. Más recientemente, iniciando los 90, son varios los aspectos a considerar enmarcados en el tema de la salud mental. El primero de ellos es el progresivo incremento que ha presentado el consumo de alcohol y drogas en los últimos años, hasta el punto de convertirse en un problema de salud pública, y hoy día la anterior distinción entre países «productores» y «consumidores» es menos evidente (O.P.S., 1990), a esto debe sumarse que cada vez es más económica y fácil la adquisición de tales productos.

Ya para 1998, la O.P.S. señala con gran preocupación, las cifras crecientes de morbilidad por enfermedades mentales, al igual que el impacto de problemas sociales, como la violencia, sobre la salud pública. El suicidio, como manifestación social de alteraciones en la salud mental de la comunidad, muestra tasas elevadas entre la población de Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago y Estados Unidos (con más de 10 casos por 100.000), e intermedias en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Panamá y Puerto Rico (6 por 100.000) (O.P.S., 1990). El incremento de la participación de menores en el mercado laboral es otro de los condicionantes de la salud mental que causa preocupación. Según la O.I.T. en 1996, de los 15 millones de menores trabajadores en Latinoamérica, la mitad de ellos tenía entre 6 y 14 años (O.P.S., 1998); pero, el trabajo desarrollado por menores no es el problema grave, ya que el punto álgido es que ellos generalmente se enfrentan a condiciones sanitarias deficientes en su lugar de trabajo, desvinculados de la seguridad social, a lo que deben sumarse prolongadas jornadas laborales y formas de trabajo forzoso que conllevan serias limitantes en su desarrollo mental,

social y físico². Según estimaciones, en América Latina existen en la actualidad 17 millones de niños entre 4 y 16 años con trastornos mentales que requieren intervención (O.P.S., 1998).

El consumo de drogas —específicamente cocaína y sustancias inhaladas— es hoy finalizada la década, un problema de salud mental creciente, debido al aumento de los casos nuevos y a la fácil disponibilidad de productos, a lo cual se suma una tendencia al consumo temprano de sustancias ilícitas y un patrón de uso que coincide con otros comportamientos como la ingesta de alcohol y tabaquismo. Además, es necesario tener en cuenta también el envejecimiento³ como uno de los factores de riesgo para la aparición de enfermedades neuropsiquiátricas. Para 1995, Canadá, Estados Unidos, Uruguay, Cuba y Puerto Rico poseían los IE más altos (una persona mayor de 60 años por cada dos menores de 15) y en situación intermedia se encontraban Chile, Trinidad y Tobago, Jamaica y Costa Rica (O.P.S., 1998).

Para resumir el panorama internacional, es necesario agregar que los problemas de salud mental, aún cuando son poco visibles en el marco de las políticas de salud, en realidad constituyen un problema de gran magnitud y de preocupante crecimiento. Según estimaciones hechas, para el 2000 se esperaba un incremento aproximado del 48% en la prevalencia de los trastornos mentales, teniendo en cuenta el aumento y el envejecimiento relativo de la población. A estos hechos se suman, para desmejorar el panorama, que:

- En el mundo hay aproximadamente 851 millones de personas con algún trastorno mental.
- Cinco de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, son psiquiátricas, siendo la demencia la más importante (MinSalud, 1998; O.P.S., 1998).
- Según el Banco Mundial, el 9% del total de las pérdidas económicas por enfermedades y el 8% de los AVAD son atribuibles a estos trastornos (MinSalud, 1997, 1998).

² Al respecto revisar a María Cristina Salazar, en Niños y jóvenes trabajadores. Ediciones Universidad Nacional, Bogotá, 1990, cuyo trabajo describe brevemente la situación internacional y entra en detalle en el análisis colombiano.

³ Para su mejor manejo y comprensión se emplea en la actualidad el índice de envejecimiento (IE) o razón existente entre la población mayor de 60 años y la menor de 15. Sin embargo, la edad de 60 años obedece a una selección arbitraria que responde antetodo a intereses económicos —al coincidir con la edad de jubilación en gran número de países— (O.P.S., 1989).

- Se espera el incremento de los grupos de mayor edad, con el consecuente aumento del riesgo para enfermedades mentales: iniciando el 2000 Estados Unidos y Canadá tendrán 50 millones de ancianos, mientras que Latinoamérica 42; y para el 2.025, respectivamente, albergarán a 98 y 97 millones (MinSalud e I.N.S., 1999).

1.2 Propuestas internacionales para el manejo de la problemática mental

Es importante anotar que las políticas de salud mental están integradas frecuentemente por una compleja red de disposiciones sociales, teniendo en cuenta que “el campo de la salud mental puede ser afectado por muchas políticas, estándares y filosofías no directamente relacionadas con aquella” (W.H.O., 1996, 5). En lo relacionado con las políticas, planes y programas para la salud mental, casi el único elemento característico, por lo general compartido entre las diversas propuestas, son los limitados recursos disponibles para su puesta en marcha, aún en los países industrializados, ya que, según la O.P.S. (1998, 202) “el cuidado de la enfermedad mental no se considera por lo general prioritario”. A continuación el **cuadro 1** muestra, grosso modo, algunos lineamientos –aquellos de mayor impacto– relacionados con estrategias en pro de la salud mental.

Cuadro 1. Políticas, programas y planes para la salud mental, a nivel internacional.

70's	En Europa se promueven lineamientos para la desinstitutionalización de la atención en salud mental, prueba de ello es la Ley italiana 180 de 1978 que ordenó este nuevo giro en su manejo.
1975	O.M.S.: realiza el Estudio para la Ampliación de la Atención en Salud Mental.
1978	O.M.S.: propone la participación comunitaria en la atención y prestación de servicios en la problemática relacionada con la salud mental.
80's	O.M.S.: el Grupo de Estudio sobre Atención en Salud Mental propone la descentralización y atención primaria en los servicios, esto último como consecuencia del boom despertado por la Declaración de Alma Ata.
90's	O.E.A.: crea la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas –CICAD–.

(Continúa...)

(Continuación)

	<p>O.P.S.: se realiza la Conferencia Internacional "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica para América Latina", de la cual nace la Declaración de Caracas y el movimiento Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica.</p> <p>O.M.S.: promulga la Política de Salud Mental, de cobertura mundial.</p>
1996	<p>O.P.S.: da a conocer el Plan de Acción Regional para la Salud de los Adolescentes, enfocada hacia la prevención y manejo de la adicción a drogas en este grupo etéreo.</p> <p>O.M.S.: implementa la Guía para la Elaboración de Planes Nacionales de Salud Mental.</p>
1998	<p>O.P.S.: se elabora el Plan de Acción 1999-2000, donde se resalta el Paradigma del Envejecimiento para impulsar estrategias que mejoren la calidad de vida de este creciente grupo de edad.</p>

2. SALUD MENTAL EN COLOMBIA

2.1 Los factores de riesgo de la salud mental en Colombia

Innumerables son los factores de riesgo en la problemática mental que cobran gran vigencia en el país, teniendo en cuenta las características propias de este y las complejas situaciones que en la actualidad enfrenta. Tales factores de riesgo pueden abordarse desde las categorías propuestas por la O.N.U., desarrolladas en el **cuadro 2**.

Cuadro 2. Los factores de riesgo de la salud mental colombiana.

Factores socioculturales y ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • <i>En lo económico:</i> los 90's se han caracterizado por una recesión generalizada, con despidos masivos y el incremento del desempleo hasta la cifra de 20,1% para el pasado mes de octubre.
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Núcleo familiar:</i> el 30,9% de las familias colombianas está desintegrada, en gran medida por el componente de violencia (MinSalud, O.P.S. y O.M.S., 1996).

(Continúa...)

(Continuación)

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Población menor</i>: crecen las cifras de maltrato, orfandad, participación en el conflicto armado, consumo de drogas, desescolarización. Además, de cada 100 familias, en el 9,7% hay niños con maltrato verbal, en el 4,3% con maltrato físico, y en el 0,8% con abuso sexual (MinSalud, 1997).
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tercera edad</i>: para 1993 el 87,5% se hallaba sin cobertura de la seguridad social, el 42% en miseria, el 11% vivía en tugurios, y el 39% debía trabajar para subsistir (O.P.S., 1998).
Factores genéticos	El 28,3% de los trastornos mentales y emocionales se deben a este componente (Estudio Piloto de Discapacidad, UniJaveriana, 1994; revisado por MinSalud, O.P.S. y O.M.S., 1996).
Factores biológicos	<i>Transición demográfica</i> : el IE para 1997 se calculaba en 20 por cada 100 jóvenes, y para el 2025 se pronostica en 54 (MinSalud e I.N.S., 1999).
Accidentes y desastres	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desplazamiento forzado</i>: entre diciembre de 1995 y el de 1996 se desplazaron en Colombia aproximadamente 36.202 hogares por causa de la violencia y cada hora lo siguen haciendo cuatro familias por la misma causa (Cruz Roja Internacional, 1999).
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Población adulta</i>: este grupo encuentra en los homicidios la principal causa de muerte, situación que se traduce en un importante "componente psicopatológico" (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 1995, 83). Además, el 22% de la población ha perdido algún familiar por homicidio; y el 4,3 y 1,7% refirió haber sufrido la desaparición y el secuestro de un miembro de su familia, respectivamente (MinSalud, 1997).
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desastres</i>⁴: los accidentes y desastres ocasionan el 12,1% de los casos de alteración mental y emocional (Calderón, 1993).

2.2 La salud mental en Colombia: descripción de su situación

A mediados de los 60' en Colombia se registraba una tasa global de enfermedad mental de 12 por diez mil, la cual pasó a 18 en 1972, y a 23 en 1987 (A.C.P., 1995). En los 80' las cifras de suicidio en Colombia mostraron algunas variaciones entre las cuales se cuentan su incremento en mujeres y jóvenes, y el alarmante crecimiento en los menores de 16 años; estos últimos que pasaron del 10% en 1971, al 37%

en 1991. Entre 1982 y 1985 la O.P.S. llevó a cabo el estudio Años Potenciales de Vida Perdidos por Causa con Componente Psiquiátrico, el cual registró para Colombia una cifra de 45,6% (Posada, 1995). Para esta época las cifras del suicidio se encontraban en una tasa del 0,7 por 100 mil, entre los 15 y 44 años de edad y en 5,2 en los mayores de 60 años (I.N.S., 1988). Adicionalmente, según datos de MinSalud, entre 1989 y 1991 las enfermedades neuropsiquiátricas produjeron el 4% del total de años de vida saludable perdidos en el país (MinSalud, 1994).

En los 90' la situación de la salud mental infantil parece que empezara a ser tomada en cuenta, por lo menos en lo que se evidencia en la literatura. En el contexto nacional, la población infantil está desarrollándose en medio de altos índices de pobreza (42%) y condiciones de miseria (23,6%), situación que se agrava con la violencia generalizada: gaminismo, prostitución, desapariciones, maltrato. Valga señalar que el 75% de los niños que habitan en la calle refiere maltrato en el hogar, y para 1996 la tasa de desescolarización entre los 12 y 17 años se ubica en el 46% (Alvis y Gómez, 1996).

Para conocer la magnitud del problema de salud mental en Colombia, en 1993 se realizó un estudio nacional que involucraba también el consumo de sustancias psicoactivas. A grosso modo, algunos hallazgos fueron: una morbilidad sentida de 7,9%; aproximadamente el 39% de la población padece algún trastorno mental; el 32% de la población infantil podría estar padeciendo alguna alteración de este tipo; el 14,3% de la población general muestra algún rasgo psicótico; el 12,9% muestra signos de algún grado de ansiedad; el 23,3% muestra depresión; y el 5,7% intentó alguna vez suicidarse (I.S.S. y ASCOFAME, 1997). Además, la demencia está presente por lo menos en el 5% de la población mayor de 65 años, ocasionada en un 60% aproximadamente por la enfermedad de Alzheimer (I.S.S. y ASCOFAME, 1997). Según el Estudio el indicador de discapacidad permanente por enfermedad mental es alto: tres de cada mil jóvenes entre 12 y 15 años, cifra que varía entre los grupos etáreos hasta alcanzar los 19 por mil en el grupo de 50 a 60 años. Además, la depresión clínica tiene una prevalencia de 25,1% y la discapacidad severa de 3,6% (MinSalud, O.P.S. y O.M.S., 1996). El núcleo familiar, determinante en la

⁴ Entendidos como "perturbaciones ecológicas que sobrepasan la capacidad de adaptación de la comunidad afectada con respecto a la amenaza que sufren sus vidas, su salud o sus pertenencias" (Calderón, 1993, 51).

salud mental de la población, se encontró afectado por múltiples causas: amenazas (5,2% de las familias); secuestro (1,4%); homicidio (5%); suicidio (0,8%); abandono de padres o cónyuge (4,5%); y por muertes en accidente (4,5%) (Posada, 1995). El consumo de sustancias ilegales, comparado con las cifras de un estudio anterior (1987), mostró algunas variaciones. La prevalencia de consumo mostró que el uso de la marihuana fue estable en ambos estudios (11%); el de cocaína y basuco disminuyeron (de 3 a 2,8% y de 6 a 3,6% respectivamente). El uso de tranquilizantes aumentó (60 por mil en 1987 a 319 en 1992), mientras que la ingesta de alcohol disminuyó (560 a 520 por mil) (O.P.S., 1994; Posada, 1995). Traducido en números, para la fecha del estudio «cinco millones de personas usan y abusan de fármacos y sustancias psicoactivas» (Alarcón, 1996, 294).

Ya a mediados de los 90' el Ministerio de Salud estimaba que el 14% de los colombianos padecía trastornos neuróticos, el 5% presentaba retraso mental, el 2% epilepsia, el 1% esquizofrenia, y un 0,5% enfermedad afectiva primaria (MinSalud y D.N.P., 1996; ver también Minsalud, O.P.S. y O.M.S., 1996). Además de estas cifras, otros hechos indicaban que la salud mental en Colombia requería especial atención: el progresivo y rápido incremento en el consumo de sustancias adictivas (en su orden alcohol, tranquilizantes, marihuana, basuco, cocaína), las condiciones de extrema pobreza de una gran parte de la población menor (cinco millones de niños) y el fuerte impacto de la violencia, reflejado en las tasas de mortalidad prematura que se registran.

Para conocer la situación actual de la salud mental de los colombianos es tan importante como necesario remitirse a la información condensada en el último Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (1997), ya que es la información más completa y reciente acerca del tema. Algunos hallazgos se muestran en los **cuadros 3 y 4**.

Cuadro 3. Consumo de sustancias psicoactivas: prevalencia y población en riesgo.

Sustancia	Prevalencia anual	Población en riesgo	Regiones en riesgo
Alcohol	7,1%	Hombres: 25-29 12-15 años	Guajira, Huila, Amazonas Magdalena
Tranquilizantes menores	5,7%	Mujeres: 25-29 años	Quindío, Meta, Santander, Sucre
Anfetaminas	0,6%	Hombres: 30-37 años	San Andrés, Quindío, Guaviare, Antioquia
Marihuana	4,1%	Hombres: 25-29	Guajira, Antioquia, Quindío, Guaviare, Bogotá
Basuco	3,5%	Hombres: 12-15	Guajira, Quindío, Chocó, Santander, Sucre
Cocaína	1,4%	Hombres: 12-15	Norte de Santander, Risaralda, Amazonas, Guajira, Antioquia
Heroína	1,2%	Hombres: 20-24 12-15	Guajira, Sucre, Amazonas, Chocó, Tolima
Inhalables	1,6%	Hombres: menores de 19 años	Guajira, Sucre, Chocó, Quindío, Norte de Santander

Elaborado con base en II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias Psicoactivas (1997).

Cuadro 4. Alteraciones mentales: prevalencia y población en riesgo.

ALTERACIÓN MENTAL	PREVALENCIA DE VIDA	POBLACIÓN DE RIESGO	REGIONES EN RIESGO
TRASTORNOS AFECTIVOS			
Trastorno depresivo mayor	19,6%	Mujeres: más de 61 y 16-19 años	Cauca, Risaralda, Sucre, Valle
Ideación suicida	M: 5,6% H: 3,6%	Mujeres: 25-29 16-19	Vaupés, San Andrés, Cauca, Amazonas
Intento suicida	M: 1,9% H: 1,5%	---	San Andrés, Magdalena, Vaupés, Guajira
Trastorno bipolar I	1,2%	Hombres: 20-24	Guajira, Córdoba, Bogotá
Trastorno bipolar II	0,5%	12-15	Guajira, Córdoba, Bogotá
TRASTORNOS DE ANSIEDAD			
Síndrome de estrés posttraumático	4,3%	Hombres: (5:1) 25-29	Bolívar, Arauca, Quindío, Casanare, Santander
Trastorno de pánico	0,3%	Hombres: 25-29	----
Fobias	3,8%	Indiferenciado	San Andrés, Vaupés, Córdoba, Santander
Trastorno de ansiedad generalizada	3,1%	P. anual: 38-49 P. vida: 16-19	----
Trastorno obsesivo compulsivo	3,6%	Mujeres: 50-60	Caquetá, Sucre, Nariño
TRASTORNO SOMATOFORME			
Somatización	4,9%	16-49	Antioquia, Tolima, Risaralda, Vaupés
Hipocondriasis	0,8%	38-49	Vaupés, S. Andrés, Amazonas, Norte de Santander
TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN			
Anorexia nerviosa	2,3%	Mujeres: 38-49	Putumayo, Caquetá, Guajira, Sder.
Bulimia nerviosa	0,1%	Mujeres: 30-37	-----
ESQUIZOFRENIA	1,4%	16-19	Guajira, Córdoba, Quindío, Magdal.
TRASTORNOS COGNOSCITIVOS (DEMENCIAS)	2,6%	Hombres: más de 61	Bolívar, Magdal., Quindío, Guajira

— sin especificación.

Elaborado con base en II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias Psicoactivas (1997).

Otros hallazgos del Estudio son:

- Uno de cada siete individuos siente la necesidad de solicitar ayuda por problemas psicológicos, de los cuales la tercera parte no tiene acceso a la atención.
- El uso y abuso de alcohol se ha estabilizado, pero es preocupante el incremento en el sexo femenino y la temprana edad a la que se inicia -12 años-.
- El consumo de tranquilizantes, marihuana, cocaína, heroína y basuco van en aumento, con una importante participación de la población más joven.
- La prevalencia de trastornos psiquiátricos por sexo y grupos étnicos es:
- En mujeres: depresión, fobias, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, somatización y alteraciones de la alimentación.
- En hombres: dependencia al alcohol, trastornos cognitivos y síndrome de estrés postraumático.
- En jóvenes: uso de alcohol, síndrome de estrés postraumático y somatización.
- En adultos: depresión, ansiedad generalizada, síndrome de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y abuso de alcohol.
- En la tercera edad: depresión, anorexia y trastornos cognitivos.
- La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente entre los colombianos.

En síntesis, las proyecciones nacionales e internacionales, coinciden en afirmar que hacia el futuro se espera un progresivo incremento en la incidencia de enfermedades mentales. Lo anterior se fundamenta en el mejoramiento de la expectativa de vida a nivel global, el acelerado proceso de desarrollo económico y su casi obligatoria urbanización, el incremento del consumo de sustancias psicoactivas, la problemática social acarreada por la violencia y el rápido avance de la medicina que aumenta las posibilidades de supervivencia en enfermedades anteriormente crónicas.

2.3 Políticas, programas y planes: la experiencia nacional

La salud mental ha despertado poco interés en la formulación de estrategias, no solo a nivel internacional, sino también en el país, pues, aún cuando algunas han sido propuestas, su puesta en marcha generalmente se ve truncada por diversos factores. Una posible explicación al abandono y falta de interés de la sociedad y el

Estado hacia la problemática de la salud mental, podría ser que no conlleve una mortalidad directa, excepto en el suicidio, a lo cual se suma su bajo peso en los porcentajes de consulta externa (1,6%) y egreso hospitalario (2%) (MinSalud y D.N.P., 1996). Sin embargo, debería ser considerada la elevada y creciente morbilidad que ocasiona y todas las implicaciones que acarrea, junto con los AVPP que le pueden ser conferidos a dicho fenómeno.

Algunas de las estrategias dispuestas en Colombia para el mejoramiento de la salud mental son enumeradas en el **cuadro 5**.

Cuadro 5. Políticas, programas y planes para la salud mental, a nivel nacional.

60's	Resolución 679/67	Creación de unidades de salud mental en los hospitales generales.
90's	Propuesta de rehabilitación basada en la comunidad	Propuesta orientada a hacer participe a la comunidad en el primer nivel de atención. Es posible en la medida en que puede satisfacer los requerimientos que el modelo tradicional de atención (institucional-individual) no ha podido suplir: cobertura, participación de la sociedad, atención no individualizada, disminución de costos, etc.
	Manual de rehabilitación basada en la comunidad	Propone que «(...) la responsabilidad principal de la rehabilitación funcional a las personas con discapacidad se confíe a la familia con el apoyo de las instancias de salud territorial» (MinSalud, 1996, 55).
	Propuesta de priorización de actividades preventivas por grupo etáreo	en el grupo 0-5 años: maltrato infantil y retardo mental; de 6-18 años: maltrato infantil; de 18-35: drogadicción y situaciones de crisis afectiva o emocional; y mayores de 35 años: problemas de ansiedad y depresión.
	Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia	Para el logro de mejores condiciones de vida de los menores, a sabiendas de las posibilidades reducidas con que cuentan para su desarrollo.
	Comité Interagencial para la Prevención del Maltrato Infantil	Implementación de estrategias y acciones nacionales, departamentales y municipales para la detección precoz y manejo oportuno de tal situación.
	Programa de Salud del Anciano	Establece "(...) la política del régimen de la seguridad social para conseguir la satisfacción íntegra de las necesidades de este grupo, el fortalecimiento de su identidad y autoestima, el automeconocimiento, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y el mejoramiento de los servicios asistenciales" (O.P.S., 1998,187). Pareciera que este programa se quedó en el papel, ya que no se ha cumplido siquiera con la vinculación al sistema de salud de la población anciana más pobre.
	Ley 100/93: POS. y P.A.B.	Muestran exclusión y limitación en los servicios asistenciales de salud mental.
	Ley 383 de 1997	Destina parte del denominado IVA social para la infraestructura en servicios de salud mental.
	Política Nacional de Salud Mental (1998)	Creada bajo la premisa de <i>prioridad sanitaria</i> . En algunos de sus apartes parece utópica cuando propone una serie de metas de muy difícil alcance.

Para finalizar, el reto que debe asumir el terapeuta ocupacional en Colombia es enorme, ya que se encuentra al frente de una situación de rápido crecimiento y de elevado costo social; además -teniendo en cuenta su idoneidad en dicha intervención-, la responsabilidad y el compromiso con la población son incalculables, en la medida en que su quehacer involucra parte de la solución de este complejo asunto de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, Rafael. La reglamentación de la Ley 100 en contravía de la salud mental de los colombianos. En: Revista Colombiana de Psiquiatría, vol XXV, Núm. 4, 1996.

Alvis, Diana y Gómez, Martha. Salud mental y factores de riesgo en preescolares de Bienestar Familiar -zona Germania-, Bogotá. Secretaría Distrital de Salud, Hospital primer nivel La Perseverancia, 1996.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA. Posición y propuesta de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría frente a la reglamentación de la Ley 100 de 1993. Vol. XXIV, Núm. 2, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Mental health in the Americas. Washington, 1969.

Calderón. Los desastres: reacciones psicológicas y psicosociales. En: La salud mental en situaciones de desastre. Editorial Uniantioquia; Medellín, 1993.

Cocoma, J. C. y Urrego, Diana. Por la salud mental. En: Revista de Salud Pública, vol. 1, Núm. 1, 1999.

CRUZ ROJA INTERNACIONAL. Infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano. Bogotá, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. La salud de los colombianos: Diagnóstico integral de salud. Bogotá, 1988.

I.S.S. y ASCOFAME. Urgencias psiquiátricas. Editorial maldonado, Bogotá, 1997.

Jaramillo, I. El futuro de la salud en Colombia. Editado por FESCOL, FES, F.R.B. y Fundación Corona, Bogotá, 1999.

MINISTERIO DE SALUD. I Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas. 1993.

———. La carga de la enfermedad en Colombia. Bogotá, 1994.

———. II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas. 1997.

———. El sector salud frente a la violencia en Colombia: política y plan de acción. 1998.

———. Política Nacional de Salud Mental, Bogotá, 1998.

———. O.P.S. y O.M.S. Lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía. Bogotá, 1996.

——— e I.N.S. Informe epidemiológico nacional, quinquenal. Vol. 4, Núm. 7, Santa Fe de Bogotá, 15 de abril de 1999.

——— y D.N.P. La salud en Colombia: hallazgos y recomendaciones. Bogotá, 1996.

Murray, C. Y López, A. Cuantificación de la discapacidad: datos, métodos y resultados. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 118, Núm. 5, 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan decenal de salud para las Américas. Washington, 1973.

———. Dimensiones sociales de la salud mental, Washington, 1983.

———. La salud en la tercera edad: resultados preliminares de la Encuesta de Necesidades de los Ancianos en América Latina y el Caribe. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 107, Núm. 4, 1989.

———. Las condiciones de salud en las Américas, vol. I. Washington, 1990.

———. Las condiciones de salud en las Américas, volumen II. Washington, 1994.

———. Vigilancia epidemiológica de homicidios y suicidios. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 120, Núm. 4, 1996.

———. La salud en las Américas, vol. I y II. Washington, 1998.

_____ y O.M.S.. Programa de salud mental: evaluación de la calidad de la atención en salud mental, Milán, 1994.

Posada, J. Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. En: Seminario "Políticas, gestión y desarrollo de la investigación en salud". ICFES y Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, 1995.

Salazar, María Cristina. Niños y jóvenes trabajadores. Ediciones Universidad Nacional, Bogotá, 1990.

Vásquez, Rafael. El intento de suicidio en niños pequeños. En: Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXIII, Núm. 4, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Public mental health: guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes. Ginebra, 1996.

**ELABORACION DE TODA CLASE
DE ARTICULOS ORTOPEDICOS
MATERIALES PARA FERULAS**

**ORTOPEDICOS
FISIOLÓGICOS**®

UNICENTRO: CENTRO COMERCIAL ORBICENTRO AV. 15 N° 118 - 45 LOC. 201 TEL 2156917

El arte de servir rehabilitando haciendo las cosas bien con calidad, precio y diseño

Intervención de Terapia Ocupacional con la población privada de la libertad*

Ana María Gómez G.**

La temática que se presenta en este artículo fue expuesta en el Primer Congreso Colombo-Venezolano y Tercer Congreso Venezolano de Terapia Ocupacional (junio del 2000); es el resultado de la compilación de los estudios realizados en la Universidad Nacional y de la experiencia de Terapeutas que se han desempeñado en este campo de acción.

Por medio de los conceptos planteados en este artículo, se quiere generar la reflexión y el diálogo profesional con relación a un campo de acción tan inquietante y necesitado de los servicios de Terapia Ocupacional, como son las comunidades que se encuentran privadas de la libertad por tener conflictos con la Ley Penal.

INTRODUCCIÓN

La crisis social y económica del país, azotado por las distintas formas de violencia, hacen que la problemática delincinencial tome proporciones alarmantes; factores como la insatisfacción de necesidades básicas, pérdida de identidad y valores, drogadicción y carencias afectivas, hacen que los colombianos vivan un desorden ético, político y social. En Colombia la población de 12 a 18 años se estima en 8 (ocho) millones, un alto porcentaje de esta carece de medios para desarrollarse y

* Trabajo publicado con aprobación de la Junta Directiva de la ACTO.

** Terapeuta Ocupacional. Lic. Pedagogía y Administración Educativa. Mag. Educación. Profesora Asistente. Universidad Nacional de Colombia.

no está en condiciones de tomar decisiones acertadas, lo cual la hace vulnerable y de alto riesgo psicosocial y penal. Lo mismo ocurre con los adultos, que al no poder realizar un proyecto de vida acorde con las expectativas económicas y socioculturales, crean sus propias formas de vivir o subculturas que los llevan a infringir las normas y ser excluidos de la sociedad.

Es así que algunos grupos se caracterizan por la carencia de medios para satisfacer sus necesidades básicas y lograr el pleno desarrollo de sus capacidades, irrumpiendo en estados de desorganización, manifiestos en la ruptura y negación de las normas establecidas, en la búsqueda del bienestar.

Estas personas o grupos poblacionales, entran a formar parte de un sistema, en el cual deben "Organizarse" para vivir en sociedad, acatando las leyes y promoviendo una mejor calidad de vida. El terapeuta ocupacional está llamado a facilitar ese proceso de "Reorganización", mediante el apoyo vocacional o laboral y la prevención de la recaída en los vicios sociales (delito, consumo de sustancias psicoactivas SPA), haciendo uso de la ocupación como un medio de interacción social efectivo, que facilita la adquisición de las habilidades necesarias para llevar una vida digna, sorteando los múltiples obstáculos que se puedan presentar.

1. EL ADULTO INFRACTOR

Los adultos infractores son considerados individuos con limitaciones sociales, que al infringir las normas legales son penalizados e institucionalizados en centros carcelarios o penitenciarios, requiriendo de atención especial. El perfil característico de este grupo social incluye conductas de apatía, hostilidad y agresividad, además del deficiente Desempeño Ocupacional a nivel laboral, escolar y de capacitación, que limita la ejecución de actividades lícitas y productivas de manera competente.

1.1 La subcultura carcelaria

Las personas que infringen la ley, entran a formar parte del sistema penal, propicio para el desarrollo de subculturas carcelarias, caracterizadas por presentar valores y normas totalmente opuestas a la actitud de colaboración, imprescindible para lograr una intervención resocializante. Esta subcultura genera mayor estigmatización,

marginalidad y aislamiento, producto de la ansiedad, el anonimato y la baja autoestima que traen como consecuencia la desadaptación a la vida en libertad, en pos de la adaptación al ambiente carcelario, este proceso es conocido como el *Fenómeno de Prisionalización*.

Este fenómeno de prisionalización se encuentra afectado por la aceptación de conductas antisociales, el consumo de SPA, la violencia, la prostitución, la delincuencia especializada, el deterioro y la deshumanización de las instituciones, así como el ejercicio del poder por parte de los reclusos más influyentes, mediante la agresión y el dinero.

Además de la tipificación de los reclusos dada por el ambiente carcelario, Acosta (1996) plantea que los internos de los centros penales y carcelarios se clasifican de acuerdo con sus antecedentes y el tipo de delito cometido, en tres grupos:

- A. Marginales: Personas, generalmente, de estratos sociales bajos, que tienden a reincidir en la falta y suelen presentar problemas de consumo de SPA.
- B. Tratables: Personas de diversos estratos sociales, que son penalizados por primera vez; constituyen un grupo en alto riesgo al interior de la cárcel.
- C. Elite: Constituido por personas denominadas delincuentes políticos o subversivos; los acusados de tráfico de droga y enriquecimiento ilícito; los de "Cuello Blanco" acusados de faltar al estado y la administración pública. Son grupos reclusos en regímenes de alta seguridad.

1.2 Sistema Integral de Tratamiento Progresivo

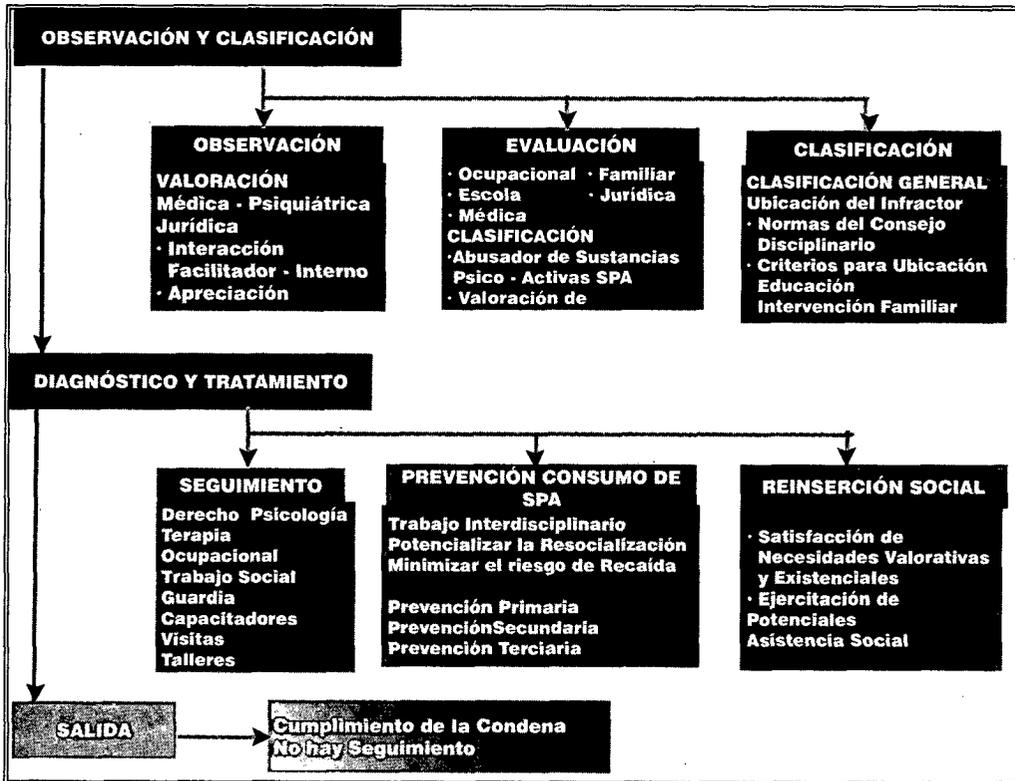
El tratamiento Progresivo es definido por Acosta (1996) como una filosofía de intervención que busca profundizar en la prevención, el mejoramiento del ambiente carcelario y el acompañamiento del recluso en la búsqueda de la satisfacción de necesidades y la potencialización de sus capacidades. Es una alternativa viable para la atención de la población reclusa, requiere de la acción interdisciplinaria para el ejercicio de prácticas reformadoras y de un centro de atención para el reconocimiento frente a la crisis de identidad cultural, política, social y económica.

El Sistema Progresivo en Colombia, busca fortalecer la observancia de los valores humanos, tendientes a la reincorporación social en forma útil, lícita y productiva; teniendo en cuenta que la progresividad debe realizarse de acuerdo con la realidad

social, cultural, política y económica, llevando al infractor de un régimen de máxima seguridad hasta el nivel de confianza.

La intervención, según el Sistema Integral de Tratamiento Progresivo, se fundamenta en la proyección de un Plan de vida en un medio apropiado. El proceso de atención al Hombre Cautivo se desarrolla en las siguientes etapas (Ver diagrama 1):

- A. En la etapa de Observación se realiza una apreciación de los valores del interno, mediante la interacción facilitador - hombre cautivo, el acompañamiento y la participación en áreas comunes mediante:
 - La valoración de convivencia que incluye las aptitudes afectivas, cognoscitivas y comportamentales.
 - Y la valoración individualizada, que es un estudio personalizado).
- B. Posteriormente se realiza la Clasificación, para la Ubicación de los Internos de acuerdo con: Medidas de seguridad (alta, media, baja, confianza o pre - libertad) y tipo de población (marginal, tratable o élite).
- C. Durante la Intervención se asumen medios para la atención en cuanto a la Prevención - Identificación y la Protección - Neutralización de los reclusos, a través del control, la racionalización en el uso del tiempo, el mejoramiento ambiental y la motivación a la participación, con el fin de minimizar y sortear los factores de riesgo. Durante la intervención se enfatiza en el establecimiento o el replanteamiento de un proyecto de vida.
- D. El Seguimiento se hace de acuerdo con:
 - La valoración constante de la satisfacción de necesidades Existenciales (ser - estar - hacer - tener) y Necesidades Valorativas (subsistencia, afecto, entendimiento, participación, creatividad, identidad, libertad).
 - La asistencia permanente de las necesidades básicas, la convivencia, las relaciones comunitarias y la no violencia, mediante programas de prevención y de desarrollo social y comunitario.
 - Y el Apoyo en la ejercitación de potenciales, para el cambio actitudinal, la integración y solidaridad, la cohesión social y la participación; mediante la internalización de valores y la integración a los programas.
- E. La Salida es el último momento, que se presenta al cumplir la pena.

Diagrama 1. Fases del tratamiento progresivo.

Elaborado por Gómez, A. 2000.

De acuerdo con esta intervención, se puede observar la necesidad de incluir en el sistema progresivo el desarrollo de programas orientados a los procesos de resocialización y la prevención del consumo de SPA.

1.2.1 Reinserción social

La reinserción social o resocialización es una modalidad de tratamiento, cuyo propósito es el reintegro familiar, educativo y laboral; es una metodología de tipo Científico-Actitudinal en las personas privadas de la libertad, de acuerdo con Acosta (1996) se utiliza como un "Moldeador de la Conducta desviada que debe ser reorientada".

1.2.2 Prevención del consumo de SPA

Los programas para la prevención del consumo de SPA, se desarrollan frente a los factores inherentes al proceso de internamiento, que colocan a las personas recluidas, en cárceles y penitenciarias, en alto riesgo de desarrollar o incrementar comportamientos disfuncionales, de tipo social y emocional, los cuales limitan el potencial resocializante del sistema progresivo; dicha prevención se realiza en tres niveles:

- A. *Prevención primaria:* Acciones educativas para el desarrollo o fortalecimiento de la capacidad de resistencia, de los individuos y grupos, ante la oferta de SPA. Su objetivo es evitar que se haga uso indebido de las drogas, así como disminuir las posibilidades de que los internos sin problemas de adicción inicien el consumo de SPA.
- B. *Prevención secundaria:* Acciones de detección temprana de los usuarios con problemas de adicción a SPA, para evitar, en la medida de lo posible, que quienes están padeciendo el problema se deterioren más.
- C. *Prevención terciaria:* Tratamiento terapéutico y de reinserción social de los farmacodependientes, para reducir la propagación social del uso indebido de SPA, además de evitar el aumento del deterioro personal. En este programa se aplican los conceptos desarrollados en los programas de Comunidad Terapéutica.

La Comunidad Terapéutica: Esta modalidad terapéutica, orientada por corrientes Conductuales y Psicoanalíticas, se basa en un sistema de oportunidades para influir y moldear la conducta a través de experiencias correctivas y el replanteamiento de un proyecto de vida, en un medio caracterizado por el orden y la disciplina¹.

1.2.3 El trabajo, la educación y la enseñanza en el sistema penitenciario

El sistema penitenciario se caracteriza por el que hacer "Moldeador de la Personalidad", es decir que busca vigorizar el desarrollo y la promoción integral del interno,

¹ COMUNIDAD DE TERCARIOS CAPUCHINOS. Crónicas de Provincia, Comunidad Terapéutica. Medellín, Colombia, 1999.

mediante alternativas de trabajo, educación, enseñanza, cultura, salud, atención sociofamiliar, espiritual y psicológica, planeadas y planteadas en un tratamiento gradual y progresivo, que enfatiza en la observación de los valores humanos facilitadores de la reincorporación social, en forma útil, lícita y productiva, así como en la influencia de las actividades en el proceso de resocialización de la población, que por razones históricas, sociales e individuales, se encuentra marginada, teniendo en cuenta:

- A. El Trabajo como la actividad productiva que permite el ejercicio del potencial, para ser útil a la sociedad. En los centros penitenciarios y carcelarios, se concibe como un medio resocializante que "No podrá ser aplicado como sanción disciplinaria"², en tanto que posibilita el cambio del rol social de la persona penalizada, y debe estar de acuerdo con sus capacidades, sus potenciales e intereses.
- B. La Educación como un Derecho fundamental, que permite la formación personal, social y cultural, necesaria para la reincorporación social, puesto que promueve la adquisición y apropiación de conceptos útiles en este proceso. (Código Penitenciario y Carcelario Colombiano, Ley 65 de 1993. Título VIII, Educación y Enseñanza).
- C. Y la Enseñanza que permite la formación de docentes para la rehabilitación social, mediante la instrucción constante que permite la evolución de los internos de educando a educador, incrementando las posibilidades de resocialización en un sistema carcelario y penitenciario progresivo. (Código Penitenciario y Carcelario Colombiano, Ley 65 de 1993. Título VIII, Educación y Enseñanza).

1.3 El reto de Terapia Ocupacional en la intervención con el adulto infractor

A partir del conocimiento de las características sociales, económicas y culturales, tanto de las instituciones como de los reclusos, se puede plantear el reto de terapia ocupacional en cuanto a la posibilidad de brindar oportunidades reales, acordes

² Código Penitenciario y Carcelario Colombiano, Ley 65 de 1993. Título VII, "Trabajo"; artículo 69, "Obligatoriedad del Trabajo".

con la capacidad de los centros carcelarios y penitenciarios y con los intereses de la población, contribuyendo en el logro de los fines de resocialización, a través de procesos de formación para el trabajo y la utilización productiva del tiempo, programas terapéuticos, pedagógicos y técnicos orientados al bienestar de los internos.

1.3.1 Características del adulto penalizado por la ley

Para el terapeuta ocupacional, el infractor de la ley, o delincuente penalizado, es aquel que al permanecer privado de su libertad irrumpe en un estado de desorganización, puesto que se enfrenta, de manera abrupta, a un ambiente diferente al cotidiano, caracterizado por:

- A. La inflexibilidad y, en algunas ocasiones, la inaccesibilidad de los objetos materiales para la supervivencia, que disminuyen el poder adquisitivo por las vías legales, afectando así el sentimiento de eficacia.
- B. Las Tareas, Proyectos y Actividades están predeterminados por las reglas y estructuras de la subcultura carcelaria, que irrumpen los hábitos y rutinas establecidos por el grupo social particular.
- C. En cuanto a los Grupos Sociales y Organizaciones; se presenta agremiación de acuerdo con las características particulares, primando la satisfacción de las necesidades a cualquier precio.
- D. Formación de una Subcultura Carcelaria, caracterizada por comportamientos lesivos y el establecimiento de normas de acuerdo con el régimen de poder establecido.

Este ambiente altera la adecuada realización de actividades de Autocuidado, juego y trabajo (escolaridad), generando una desorganización en el comportamiento ocupacional de los reclusos, caracterizado por cualidades específicas a nivel de los subsistemas de la Volición, la Habitación y la Ejecución.

Cuadro 1. Características ocupacionales de los reclusos.

Subsistema	Características
VOLICIÓN Baja motivación por la vida, que genera sentimientos de apatía y desesperanza, con evasión de la realidad y sin proyección de vida.	<i>Causación personal:</i> Se presenta una disminución en la percepción de las capacidades propias para realizar actividades de manera satisfactoria, afectándose el sentido de eficacia y el control de las acciones.
	<i>Valores:</i> El recluso se ve abocado a aceptar los valores establecidos en la subcultura carcelaria, los cuales no siempre van de acuerdo con un proyecto de vida lícito y saludable.
	<i>Intereses:</i> Se encaminan a la lucha por la supervivencia, presentándose conductas violentas, de ocio improductivo, que redundan en el mantenimiento de los hábitos personales.
HABITUACIÓN El hombre cautivo presenta un rompimiento con su ritmo de vida, que lleva al desequilibrio en sus patrones de comportamiento social. Se presenta un proceso de habituación inadecuado, determinado por el estilo de vida de las cárceles y penitenciarias.	<i>Hábitos:</i> Alteración de las rutinas, que lleva a una carencia o pérdida de los hábitos aceptados socialmente, lo cual se manifiesta en la realización de actividades de cuidado propio, educativas, de capacitación y productivas.
	<i>Roles:</i> Debido a las condiciones de marginamiento y estigmatización de los centros carcelarios y penitenciarios, se altera la identidad del adulto penalizado como ser social con deberes y derechos, presentándose la disminución o pérdida del rol ocupacional (como trabajador, familiar, ser social); fomentándose el incremento de los roles pasivos que promueven el consumo de SPA y el cambio de roles sexuales.
EJECUCIÓN	<i>Habilidades de comunicación:</i> Durante la penalización se adoptan lenguajes y jergas, que forman parte del régimen del Silencio instaurado en los centros de reclusión, el cual limita el intercambio de información y fomenta el establecimiento de compromisos no siempre deseados, presionados por el medio cultural.
	<i>Habilidades motoras:</i> Se ven empobrecidas por la carencia o la restricción del acceso a los espacios que las fomentan, así como la presencia de los síntomas propios del uso y el abuso de SPA, que redundan en las habilidades motoras finas.
	<i>Habilidades cognoscitivas y los procesos de adaptación:</i> Son inadecuados al no observarse las actividades que facilitan y promueven el uso, desarrollo y apropiación del conocimiento; además se presenta una baja tolerancia a la frustración.

Elaborado por Gomez, A. 2000.

Dadas estas características, es necesario que se lleven a cabo los procesos de prevención del consumo de SPA y de resocialización, a partir de la asistencia para el de evitar el deterioro de los reclusos y promover una mejor calidad de vida.

1.3.2 Intervención de Terapia Ocupacional

El terapeuta actúa como facilitador en el proceso de observación, diagnóstico e intervención del adulto penalizado, mediante la utilización de espacios y actividades que fomenten el cambio actitudinal hacia las tareas lícitas y productivas, así como el encausamiento de un proyecto de vida saludable, basado en los valores y normas establecidas y aceptadas socialmente, en la búsqueda de la realización personal y la prevención de la reincidencia en el delito. El terapeuta ocupacional, en el ejercicio de su profesión, debe tener en cuenta las necesidades del individuo privado de su libertad y las condiciones del ambiente físico y humano. (Ver Diagrama 2).

La atención centrada en el individuo penalizado, parte de un abordaje inicial desde el momento del ingreso, con el fin de realizar las evaluaciones y observaciones que permiten establecer un diagnóstico ocupacional; la evaluación busca analizar los criterios básicos en las actividades realizadas por los internos, tanto en la vida en libertad como en los centros penales y carcelarios, para de esta manera ubicarlos en diferentes programas. La información es registrada en una ficha que consta de:

- A. Datos generales: Identificación de la persona.
- B. Historia ocupacional, es decir las actividades escolares y laborales, entre otras, realizadas antes de ingresar al establecimiento. Actividades ocupacionales en el centro penal, como el trabajo, el estudio, el esparcimiento y la cultura; el manejo del tiempo, la identificación de roles y la proyección de metas a corto y largo plazo.

La revisión de la historia ocupacional facilita la identificación de capacidades potenciales, intereses, recursos socioeconómicos y familiares, para brindar orientación en la elección de un oficio intracarcelario y la capacitación de acuerdo con la proyección de un plan de vida y la futura reincorporación social.

El terapeuta ocupacional apoya permanentemente al recluso, mediante un seguimiento individual en el cual se evalúa su desempeño laboral en cuanto a la responsabilidad, la puntualidad, la honradez, las relaciones de trabajo y la convivencia; además se observa su comportamiento, sus procesos de adaptación, la motivación por el trabajo que esta realizando y la disciplina para llevarlo a cabo.

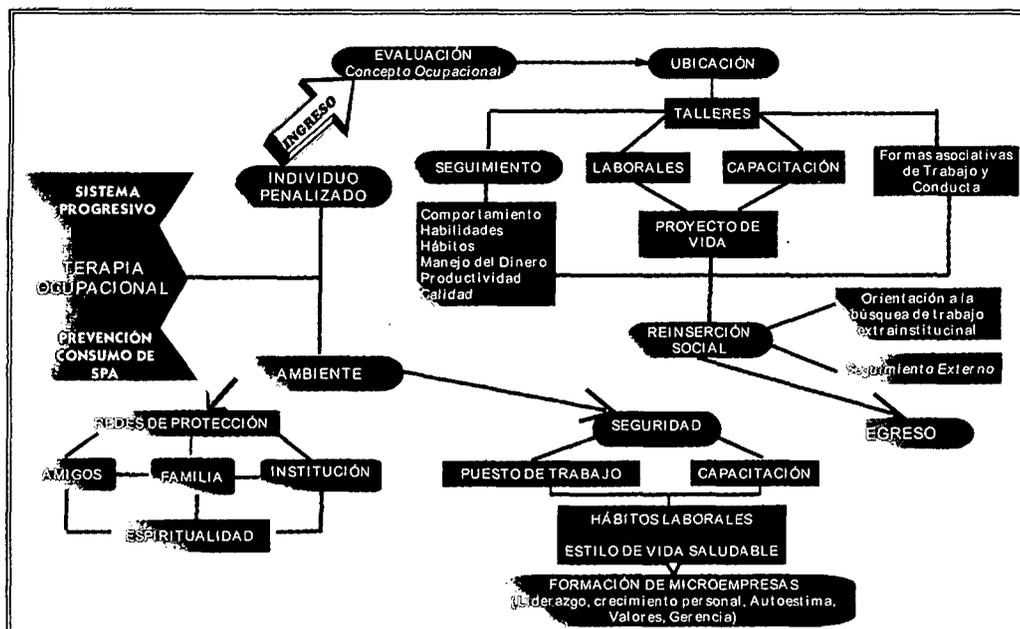
En la capacitación vocacional, se enfatiza en el establecimiento y seguimiento de rutinas, la organización y los métodos de trabajo, con el fin de fomentar la creación de hábitos de respeto, disciplina, seguimiento de normas, seguridad, cumplimiento de las responsabilidades, relación con la guardia, los instructores y los compañeros. También se realiza el adiestramiento en determinado trabajo u ocupación como preparación al egreso de la cárcel, así como el cumplimiento de exigencias para un mercado laboral competitivo.

La atención centrada en el ambiente, hace referencia a la participación comunitaria a través de redes de apoyo, para llevar a cabo programas de reintegración social y preparación para la libertad, con el fin de prevenir la reincidencia en el delito y fomentar un nuevo proyecto de vida, basado en el trabajo honrado y el cambio actitudinal. El proceso de reinserción social tiene en cuenta el fortalecimiento del ambiente humano, constituido por los amigos, los familiares y el ambiente carcelario, con el fin de prevenir la reincidencia en el delito y fomentar la aceptación de valores y normas establecidas por la sociedad.

Además se observa la seguridad en los puestos de trabajo, la adquisición de hábitos laborales y la promoción de un estilo de vida saludable, que promueva el desempeño de un rol de manera competente, que permita la formación de valores de liderazgo y crecimiento personal.

Los programas de intervención con la población privada de su libertad deben tener en cuenta que los reclusos son seres integrales, con necesidades particulares, que por razones históricas, sociales y culturales han faltado a las normas legales, pero merecen una oportunidad de reconciliarse con su familia, su comunidad y su país.

Diagrama 2. Intervención de Terapia Ocupacional.



Elaborado por Gómez, A. 2000.

1.4 Conclusiones y recomendaciones

La intervención del terapeuta ocupacional en el Sistema Integral de Tratamiento Progresivo, busca actuar sobre los hábitos y la conducta a partir de acciones éticas, de apoyo a las personas que, al ser privadas de su libertad, sufren una desorganización en su desempeño ocupacional; se deben potenciar las capacidades de los reclusos, para que ellos puedan responder a las demandas sociales de la mejor manera posible.

La ejercitación de los potenciales del interno se realiza a través de trabajos formadores teniendo en cuenta tres aspectos fundamentales:

- A. Presentación de una alternativa laboral llamativa que permita la satisfacción de las expectativas de realización económica y familiar.

- B. Proyección de una formación laboral carcelaria hacia una actividad útil y productiva en la vida social.
- C. Formación vocacional basada en el acceso a unos niveles de conocimiento y de práctica de una opción laboral.

La ejercitación de los potenciales ha de hacerse en ambientes formativos, a través de acciones educativas, laborales, terapéuticas, recreativas y culturales tendientes a promover la adaptación / readaptación del interno, la motivación por crear hábitos para su conservación y desarrollo personal, afectivo y social, la apropiación de roles y la adquisición de valores éticos y de tolerancia.

La terapia ocupacional contribuye a alcanzar los fines de la resocialización por medio de la búsqueda del mejoramiento del desempeño ocupacional de los internos, en los procesos de formación para el trabajo y utilización productiva del tiempo, que con programas terapéuticos, pedagógicos y técnicos estén orientados a propiciar un ambiente de trabajo y bienestar laboral. Es conveniente plantear objetivos de participación como:

- A. Diagnosticar la calidad y niveles de desempeño ocupacional de los reclusos y valoración del entorno ocupacional y puestos de trabajo al interior de las instituciones carcelarias.
- B. Conocer las motivaciones, intereses, actitudes, aptitudes y necesidades socio-ocupacionales del interno y así participar en los programas de readaptación sociolaboral.
- C. Evaluar el estado actual de las unidades de producción (TALLERES) existentes en las instituciones carcelarias
- D. Asesorar a las instituciones carcelarias en la puesta en marcha de un programa de readaptación sociolaboral del interno a través de procesos de formación y capacitación para el trabajo.
- E. Evaluar experiencias sobre programas de readaptación sociolaboral, especialmente en aspectos de recuperación del tiempo en forma productiva y proponer alternativas de acción.

Se concluye que el terapeuta ocupacional está llamado a desempeñarse profesionalmente en programas de educación en el trabajo, de manera que los internos no sólo se dediquen a laborar por reducir la pena, sino que se preparen en forma calificada para su ejercicio laboral dentro y fuera de la penitenciaría y así

logren su realización como personas. Así, es competencia del terapeuta ocupacional la problemática del interno trabajador en los procesos de **ADAPTACIÓN** y **CAPACITACIÓN**, teniendo en cuenta las características personales y sociales, los puestos de trabajo demandados y establecidos y las condiciones de trabajo en relación con el trabajo carcelario y posreclusión. Dichos aspectos deben fundamentarse en la historia ocupacional y laboral de los internos, en los proyectos productivos, los programas institucionales y las políticas de empleo del país.

Es relevante el rol del terapeuta ocupacional en los procesos de intervención y rehabilitación de la población con adicción a las Sustancias Psico – Activas (SPA), en cuanto a:

- A. La **EVALUACIÓN** para el diagnóstico ocupacional y sociolaboral.
- B. La **ADAPTACIÓN** para la restauración ocupacional y sociolaboral.
- C. La **UBICACIÓN** para la reinserción ocupacional y sociolaboral.

El terapeuta ocupacional desempeña un papel fundamental en los procesos de resocialización, desde la perspectiva de **ADAPTACIÓN** y **UBICACIÓN** del interno en los programas de capacitación y formación para el trabajo en reclusión, el fortalecimiento de los hábitos laborales y el mejoramiento de las condiciones ambientales del trabajo.

La ocupación es el medio fundamental de interacción de los seres humanos, que de acuerdo con sus capacidades y oportunidades de socialización y relación con el entorno, podrán dimensionar su autoconocimiento y valoración personal. En el caso de los reclusos, los llevará a tejer un nuevo concepto de sí mismos al adquirir otras habilidades sociales que favorecerán la adquisición de una autoimagen, y así arrojar un modo de vivir en armonía con lo que son, sienten, piensan y hacen.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Acosta, Daniel. Sistema Integral de Tratamiento Progresivo Penitenciario. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). Santa Fe de Bogotá, 1996.

Aguilar, Sandra y Fonseca, Esperanza. Diferencia del comportamiento agresivo en reclusos que desempeñan una ocupación y reclusos que no se ocupan. Santa Fe

de Bogotá, 1991. Trabajo de Grado (Terapeutas Ocupacionales). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Terapias. Terapia Ocupacional.

COMUNIDAD DE TERCARIOS CAPUCHINOS. Crónicas de Provincia, Comunidad Terapéutica. Medellín, Colombia, 1999.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Su defensa. En: Periódico de la Defensoría del Pueblo para la Divulgación de los Derechos Humanos. Número 10, mayo de 1994.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Su defensor. En: Periódico de la Defensoría del Pueblo para la Divulgación de los Derechos Humanos. Número 24, julio de 1995.

DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES (DNE), PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL CONTROL Y FISCALIZACIÓN DE DROGAS (UNDCP). Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación de Farmacodependientes en Colombia. Santa Fe de Bogotá, 1996.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF), INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO (INPEC) y UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA (C.E.D.A.). Memorias del Primer Congreso Internacional sobre "Prevención y Resocialización del Infractor Penal". Santa Fe de Bogotá. Noviembre de 1993.

INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO (INPEC). PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL CONTROL Y FISCALIZACIÓN DE DROGAS (UNDCP). Proyecto de Prevención Integral de Drogadicción en el Sistema Penitenciario Colombiano. (AD/COL/92/666), Tomos I, II, III y IV. Santa Fe de Bogotá, 1996.

Gómez, Ana María y Munevar, Dora. Estudio de la Situación actual de los Internos de la colonia "Penal de Oriente" - Acacías (Meta). Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogotá, 1994.

Gómez, Ana María. Educación y trabajo en las cárceles. En: Revista Ocupación Humana. Volumen 6, No. 3, p. 48. Santa Fe de Bogotá de 1996.

Kielhofner, Gary. El Modelo de la Ocupación Humana. Memorias del VIII Congreso Nacional de Terapia Ocupacional. Santa Fe de Bogotá, Colombia. 1992.

Ahora
en Barranquilla el más completo Centro
para el Diagnóstico, Rehabilitación y Desarrollo
de problemas Neurológicos



Instituto Colombiano de Neuropedagogía
I.C.N.
ASOCIADO A NEUROBEHAVIORAL INSTITUTE OF MIAMI

- **Neurología**
- **Neuropediatría**
- **Neuropsicología**
- **Psicología Clínica**
- **Terapia Ocupacional**
- **Fisioterapia**
- **Fonoaudiología**
- **Educación Especial**
- **Clínica del Sueño**
- **Clínica del no dolor**

Kra 50 No. 79 - 98 Tels: 3600101
Barranquilla - Colombia

SUSCRIPCIÓN REFERIDA

Referido por:

Terapeutas Ocupacionales:
Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional
Carrera 5a. No. 67-28 - Tel.: 3179761 - e-mail: acto@telefonica.net.co - Santa Fe de Bogotá.

Deseo suscribirme a: Asociación Colombiana de T.O.

- Estudiantes:** Socios adherentes
 Inscripción \$ 60.000
 Cuota Anual \$ 50.000
- Profesionales:** Socios activos
 Inscripción \$ 85.000
 Cuota Anual \$ 75.000

Afiliación anual a la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales W.F.O.I.

- Cuota \$ 30.000**
- Revista Ocupación Humana de T.O. \$ 30.000**
 2 Ediciones + Boletines. Esto incluye porte de correo
 Inscripciones fuera del país US\$ 50

Para lo cual solicito la siguiente información:

Nombre: _____ Profesión: _____
 Institución o Empresa: _____ Cargo: _____
 Direc. Residencia: _____ Tel.: _____ Ciudad: _____
 Direc. Envío: _____ Tel.: _____ Ciudad: _____

Forma de pago: Efectivo Cheque Cuenta
 Bancafé No. 01701292-3
 Davivienda No. 00860033789-6

Nota: La ACTO una vez recibido este cupón le enviará formulario de datos personales.

TARIFAS ESTABLECIDAS DE ANUNCIOS

Página	\$ 93.500
Media página	\$ 55.000
Cuarto de página	\$ 33.000
Contraportada	\$ 137.500

Más de 500 lectores respaldan su inversión.