

Ocupación Humana

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

Propiedad Intelectual
No. 002651 DE JULIO DE 1998
ISSN: 0122-0942
Tarifa Postal Reducida No. 1192
Vence diciembre 2002
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:
ARFO Editores e Impresores Ltda.
Carrera 15 No. 53-86
Tels.: 2355968 - 2175794
Bogotá, D. C.

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

1999

PRESIDENTE
Aída Navas de Serrato

FISCAL
Ana María Gómez Galindo

TESORERA
Ligia Mayusa Hernández

PRIMERA VOCAL
Claudia Liliana Urrego

TERCERA VOCAL
Rosaura Salazar Silva (fuera de sede)

SUPLENTE SEGUNDA VOCAL
Lina Nizeth Uribe Jiménez

2001

SECRETARIA
Luz Adriana Quijano

SECRETARIA SUPLENTE
Jimena Hincapie

SEGUNDA VOCAL
Gloria Stella Sánchez A.

SUPLENTE PRIMERA VOCAL
Lyda Pérez Acevedo

SUPLENTE TERCERA VOCAL
Adriana Ariza Ariza

Sylvia Cristina Duarte T. Secretaria Ejecutiva

COMITÉ EDITORIAL

Martha Torres de Tovar

Martha Santacruz González

Claudia María Payán Villamizar

Representante Junta Directiva: Gloria Stella Sánchez Alonso

CONTENIDO

	Pág.
Editorial.	9
1. Terapia Ocupacional y el menor de edad infractor T.O. Ana María Gómez G. T.O. Anamaría Hernández R.	13
2. Más allá de una visión clínica de la discapacidad T.O. Alicia Trujillo Rojas Fonoaudióloga Clemencia Cuervo Echeverri Fisioterapeuta Martha Escobar de Villate	28
3. Rehabilitation services for visually impaired children: early intervention or a long delay? Maria Inês Rubo de Souza Nobre Edméa Rita Temporini Newton Kara-José Rita de Cássia Letto Montilha	40
4. Factores que inciden en la acción de escribir a mano T.O. Sylvia Cristina Duarte Torres	55
5. El menor trabajador: un problema globalizado T.O. Olga Luz Peñas Felizzola	65
6. Impacto del egresado de Terapia Ocupacional de la Universidad Metropolitana. Barranquilla 2000 T.O. Fanny Buitrago R. T.O. Maitte Flórez L.	83

EDITORIAL

La Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Terapia en su reunión de Asamblea el año anterior y en el mes de noviembre me dio la sorpresa de haberme nombrado Terapeuta Social del año. Digo sorpresa porque para mí pertenecer a la Asociación ha sido parte ética y moral de la formación que recibí y del compromiso de poder aportar a los miembros de la misma en beneficio de un país que cada día se mueve más dentro de los senderos de la incertidumbre.

Nuestro llamado a participar sobrepasa la dimensión de lo convencional. No significa pertenecer a la Asociación tan solo asistiendo a las reuniones de Asamblea o pagar nuestra cuota anual. Trasciende a la plena participación desde donde estemos, con nuestros escritos en donde compartamos lo que en los años de experiencia hemos vivido y podemos mostrar a los otros, es la representación que hacemos de nuestro grupo y ante cualquier otro; es prestar nuestros servicios con la mejor ética y calidad exigidas, es lograr que nos identifiquen no sólo por nuestro nombre sino por lo que desde nuestras capacidades hemos aportado y podemos ser útiles a los demás. Es decir, explicar con altura que somos terapeutas ocupacionales.

¿Cómo desconocer lo que nos está pasando? Las personas con discapacidad siguen aumentando en nuestro país, las personas continúan sin tener acceso a la educación, las poblaciones especiales que por su condición de vulnerabilidad requieren de una discriminación positiva para su integración social y laboral. En este grupo de poblaciones se encuentran entre otros, las personas desplazados por la violencia, reinsertados, las mujeres cabeza de familia de estratos bajos (cumplen el rol de madre, cabeza de familia y personas), niños víctimas de la violencia (familiar y del conflicto armado), los menores infractores y contraventor, las personas de tercera edad, los internos, los grupos étnicos, los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales siguen solicitando de unos programas muy serios de prevención y educación atención y reubicación en el país.

Ojalá cada día pensemos en esto: que trabajar por Colombia es obligatorio ante los panoramas de desconsuelo que tenemos, que nuestro país nos llama a la participación y una de la mejor manera de hacerlo es logrando que nuestra imagen y la representación que como personas y profesionales hacemos en el medio, sea el ejemplo de haber estado informados de lo que sucede y de prepararnos siempre para lograr plena participación en los procesos de nuestro país.

MARGARITA GONZÁLEZ DE URIBE
Terapeuta Ocupacional

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 comunicará al autor (es); para los cambios correspondientes.
5. El artículo que requiera modificaciones en concepto del Comité Editorial, sólo será revisado una segunda vez por éste.
6. Los trabajos enviados para publicación deben obedecer a las normas para autores, contenidas en esta guía.
7. Los trabajos deben incluir una síntesis en español e inglés (opcional) con una extensión no superior a 150 palabras en cada idioma.
8. Los originales de los artículos enviados para la publicación no serán devueltos al autor.
9. La responsabilidad de los conceptos emitidos en los artículos publicados, es íntegramente del autor.
10. La Revista acepta avisos publicitarios con una tarifa establecida.
11. 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; son 2 copias impresas o fotocopias, 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 (opcional) 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 las 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.
8. Anexar correo electrónico del (los) autor (es).

Terapia Ocupacional y el menor de edad infractor

Ana María Gómez G.*
Ana María Hernández R.**

Los niños y los jóvenes constituyen el futuro de la sociedad, así de las oportunidades que tengan para satisfacer sus necesidades y desarrollar sus capacidades depende la formación y adquisición de valores que permitan la organización de comunidades saludables. En la actualidad, los altos índices de marginalización, violencia y desprotección social han afectado, principalmente, las estructuras familiares, básicas en la construcción de la sociedad, vulnerando los derechos de la población infantil y juvenil, al limitar los escenarios de formación en el afecto, la alegría y la tolerancia.

El joven también se enfrenta a cambios físicos y emocionales que generan sentimiento de confusión en inconformismo, primando el deseo de imponer sus propias normas, influenciadas por los esquemas comportamentales, los arquetipos de héroes presentados en los medios de comunicación y en su propio contexto social.

Estos hechos influyen el surgimiento de subgrupos culturales, en los cuales los niños y los jóvenes buscan el reconocimiento y la satisfacción de sus necesidades, estableciendo normas de comportamiento, a menudo contrarias a las establecidas por la sociedad y la ley.

Frente a este panorama, el Estado asume la responsabilidad de hacer "Prevalecer los derechos de los niños y los jóvenes por encima de los demás"¹, mediante la planeación e implementación de programas de **Atención Integral al Joven**, en

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

** Terapeuta Ocupacional, Universidad Nacional de Colombia.

¹ CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. ARTÍCULO 44. 1991.

los cuales se tiene en cuenta el respeto por sus derechos, la necesidad de establecer relaciones entre el joven, la familia, el sistema educativo y la comunidad, para favorecer el desarrollo de sus potenciales y de esta manera brindar oportunidades de ser el protagonista de su propia vida. La infracción juvenil se presenta como respuesta a la no satisfacción de necesidades básicas y el cumplimiento de determinadas normas para la aceptación en un subgrupo cultural (parche, pandilla); el volumen de menores en conflicto con la ley ha aumentado, siguiendo una tendencia similar a la delincuencia en el adulto.

1. CARACTERÍSTICAS DEL MENOR INFRACTOR

La información presentada a continuación se sustenta en estudios realizados por la Fundación para la Educación Superior FES (1999) y la Universidad externado de Colombia (1994, 1996), en los cuales se encuentra que la población de menores infractores se caracteriza por la incursión temprana en el delito (12 años) y la posterior reincidencia en éste. Los fenómenos de delincuencia juvenil se concentran en los centros urbanos y se especializan según la tendencia dominante en las diferentes regiones. La infracción juvenil se relaciona con la amplia red de actividades ilegales organizadas por los adultos, que vinculan al joven a diversos delitos como la prostitución y las organizaciones de producción, tráfico y consumo de Sustancias Psico-Activas (SPA). Esto ha generado el incremento en la gravedad de la infracción, presentándose acciones en contra de la vida, la integridad personal y los atentados contra el patrimonio económico (robo), este último ocupa el primer lugar en cuanto a su frecuencia; debido a las condiciones de exclusión económica y laboral en las que crecen y se desenvuelven los menores, además de la adopción de valores y pautas sociales de consumo por fuera de las posibilidades de su comunidad. Además, se asocia a la infracción, el porte ilegal de armas, la posesión, tráfico y consumo de SPA y los atentados contra la libertad y el pudor sexual.

Teniendo en cuenta estos hechos, no se puede observar la infracción juvenil desde una perspectiva de acción individual, más bien debe ser entendida como un fenómeno que se construye socialmente, cuando en el menor se conjugan una serie de factores como la exclusión familiar, social, escolar y laboral. En la historia de la mayoría de los menores infractores, se observa la ausencia del medio doméstico, escolar y comunitario adecuado; estos adolescentes han crecido en medios familiares y barriales agresivos, en donde han sido espectadores o víctimas de episo-

dios violentos, los cuales los han marcado profundamente, llevándolos a entender que la violencia es una forma eficaz para resolver los conflictos.

La dinámica familiar se caracteriza por la ruptura o fragilidad de los roles familiares, afectivos y emocionales, lo cual limita la cohesión y la capacidad de satisfacer las necesidades básicas, emocionales y materiales. El conflicto se manifiesta en el abandono, maltrato, ausencia de la figura de autoridad (paterna), pautas de crianza ambiguas y modelos de comportamiento delincuenciales. En cuanto a la exclusión escolar, se genera por las condiciones de pobreza que lleva a trabajar a padres e hijos para su mantenimiento básico, además se observa una limitación en las instituciones escolares, en cuanto a los recursos, para retener al estudiante y resolver los problemas de desarrollo social y comunitario, además de presentarse situaciones violentas al interior de estos centros.

En cuanto a la dinámica laboral, es notoria la dificultad de los jóvenes para acceder a trabajos dignos y bien remunerados, lo cual los lleva a la vagancia / desocupación productiva. Estos menores no tienen oportunidades de ingresar a medios laborales sanos y lícitos, por su baja escolaridad y capacitación, esto los coloca a merced de trabajos precarios, informales y temporales, que los ubica en la frontera difusa entre la informalidad, la ilegalidad y la delincuencia. La práctica cotidiana en este tipo de trabajos termina por desdibujar en el joven las fronteras de lo lícito e ilícito.

La deserción escolar y la vinculación a grupos callejeros indican el comienzo de la actividad delictiva, en la medida en que el joven aprende que la infracción posibilita el dinero fácil y rápido y lo coloca en una disposición negativa ante los trabajos rutinarios, lícitos y de poca remuneración; de la misma manera sucede al entrar en un sistema escolar. Además existe el problema del consumo de SPA, el 90% de los jóvenes infractores han manifestado el consumo de marihuana, bazuco, coca y pepas, entre otros, que hacen necesaria la implementación de políticas de prevención y rehabilitación.

2. PROCESO DE ATENCIÓN JURÍDICA AL MENOR INFRACTOR

En los procesos de atención jurídica, el menor de 18 años es reconocido como autor o partícipe de una infracción, pero se estima que no es responsable de sus

actos, ha cometido un hecho o delito, pero no es culpable de ello, por eso se plantea la aplicación de Medidas en lugar de penas y sanciones; las medidas son procesos reeducativos planteados con el fin de proteger al menor y prevenir el delito; dichas medidas son determinadas por el juez, con el apoyo de un grupo interdisciplinario. Las medidas establecidas por la ley son*:

- a. **Amonestación:** llamado de atención al menor y a las personas de quienes dependa.
- b. **Imposición de reglas de conducta:** establecimiento de obligaciones y prohibiciones específicas.
- c. **Libertad asistida:** el menor debe cumplir las reglas de conducta determinadas y asistir a centros con programas de reeducación a la población juvenil no institucionalizada.
- d. **Ubicación institucional:** aplicada cuando no es conveniente que el menor permanezca en su medio familiar o social, por estar en gran amenaza, riesgo o violencia, y por la gravedad de la acción. Estas medidas se determinan de acuerdo con la naturaleza y las circunstancias de la infracción, teniendo en cuenta que los padres o acudientes son responsables de la situación del menor, lo cual le confiere un grado de *Inimputabilidad*, de tal manera que los procesos de reeducación / resocialización deben contemplar a la familia, la escuela y la comunidad como centros y facilitadores del cambio.

3. PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL MENOR INFRACTOR

De acuerdo con el Código del Menor, el proceso de atención y determinación de la medida, así como los programas de intervención reeducativa, consta de las siguientes fases:

- a. **Recepción:** en la cual el menor aprehendido es conducido a un centro especializado, en el cual estará a disposición del juez para el estudio y determinación de la medida pertinente.

* Confronte con: Código del Menor.

- b. **Observación:** considerada como una medida provisional, para el estudio y análisis de la situación personal, familiar y social del menor, con el fin de establecer un diagnóstico sobre la personalidad y la situación del mismo.
- c. **Tratamiento:** que puede realizarse intra o extra institucionalmente, de acuerdo con la decisión del juez y el diagnóstico obtenido. Esta fase tiene por objeto la reeducación y/o resocialización del joven.

Durante el tratamiento el joven es confrontado con su realidad social y cultural, con el objetivo de promover cambios actitudinales que limiten las posibilidades de reincidir en la falta, además de fortalecer valores socialmente aceptados que permitan el desempeño lícito y productivo en su familia y sociedad. El proceso de intervención brinda al joven la oportunidad de reconocerse y reconocer su situación real, identificar sus intereses, motivaciones, posibilidades y oportunidades de ser un sujeto activo en el desarrollo de su vida, en la interacción con los demás y con su medio.

3.1. Medios de intervención al menor infractor

El proceso de atención integral debe ser enriquecido con medios y ambientes acordes a las necesidades de la población atendida. El ambiente se desarrolla en el marco de un trabajo interprofesional continuo, en el cual se conjuga el contexto formativo, terapéutico y lúdico²; se refiere a los espacios físicos y temporales en los cuales se llevan a cabo actividades académicas, técnicas y de socialización; en la intervención al menor en conflicto con la ley se incluye:

- a. **Ambiente formativo:** consta de los procesos que fomentan la auto disciplina, la responsabilidad, el compromiso, la aceptación de reglas y normas de convivencia social y la introyección de límites.
- b. **Ambiente terapéutico:** favorece el cumplimiento de los objetivos relacionados con la aceptación de la situación personal, familiar y social, para una posterior vida en comunidad, a través de las fases motivacional, relacional y psico-terapéutico.

² DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES (DNE). Proyecto pedagógico para la Atención Integral al menor infractor y contraventor de la Ley Penal Colombiana. Santa Fe de Bogotá, 1994.

- c. **Ambiente lúdico:** contempla espacios para el desarrollo personal mediante actividades deportivas, recreativas y de proyección artística, entre otras, para la exploración de aptitudes, habilidades, potencialidades y limitaciones. En estas actividades se incluyen los juegos de roles que llevan a la reflexión sobre la realidad personal y social, permiten el aprendizaje de normas, reglas y códigos de convivencia.
- d. **Ambiente evaluativo:** el cual es constante en el proceso de atención, permitiendo la retroalimentación de las actividades y los medios utilizados mediante la evaluación y el seguimiento continuo y crítico.

Estos conceptos deben observarse en el desarrollo de programas de atención al menor en conflicto con la ley, en la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades y la potencialización de sus capacidades.

4. EL RETO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PROCESO DE REEDUCACIÓN DEL MENOR INFRACTOR

La problemática del menor infractor es responsabilidad social, en la cual cada uno de los miembros de la sociedad esta llamado a aportar en la formación de los ciudadanos del mañana. Los Terapeutas ocupacionales, a partir de su formación, pueden apoyar el proceso de reeducación en los diferentes medios de intervención, partiendo de la caracterización ocupacional de la población, para establecer los criterios de acción terapéutica.

4.1. Características de los menores infractores

Los menores infractores, al igual que los adultos penalizados, representan una población marginada y estigmatizada que requiere de acciones concretas desde el marco legal y social, para prestar una atención integral, mediante programas reeducativos fundamentadas en el análisis crítico de la historia personal, social y familiar del menor. Esta intervención debe basarse en los hallazgos a nivel de la ocupación, para facilitar los procesos que se encuentren deteriorados o en riesgo. Los menores infractores presentan características particulares en los 3 subsistemas de la ocupación humana; dichas características redundan en la capacidad de satisfacer sus necesidades básicas y potencializar sus capacidades.

Cuadro 1. Características del menor infractor.

SUBSISTEMA	CARACTERÍSTICAS
VOLICIÓN	<i>Causación personal:</i> dificultades para identificar las capacidades y habilidades personales, limitando el sentimiento de control de las acciones propias y la obtención de satisfacciones.
	<i>Valores:</i> sus convicciones personales están determinadas por el grupo de amigos, negando en muchas ocasiones los valores sociales que facilitan la convivencia. El control de las actitudes depende del mundo externo, no es percibido como una responsabilidad personal.
	<i>Intereses:</i> búsqueda continua de actividades placenteras, del agrado del grupo de amigos, subvalorando el trabajo productivo con metas a largo plazo.
HABITUACIÓN Se presentan patrones de comportamiento orientados de acuerdo con las normas del grupo de amigos (pandilla).	<i>Hábitos:</i> dificultades para establecer y seguir rutinas en la ejecución de ocupaciones secuenciales, presentándose la inadecuada utilización del tiempo, el desequilibrio en la realización de actividades de la Vida Diaria, la inadecuada presentación personal y de sus trabajos, tanto escolares como laborales.
HABITUACIÓN	<i>Roles:</i> el sentido de identificación social esta determinado por las normas del subgrupo, observándose dificultades en la convivencia con otros y con el medio, el bajo sentido de pertenencia y la aceptación de normas preestablecidas, desinterés por asumir roles sociales, buscando seguir arquetipos de comportamiento, no siempre adecuados.
EJECUCIÓN: Conjunto de habilidades necesarias para la realización de una tarea u ocupación.	<i>Habilidades motoras:</i> se observan patrones posturales inadecuados que interfieren en la realización de tareas, siendo necesario realizar ajustes posturales constantes. Las habilidades motoras finas se encuentran alteradas, presentándose torpeza en la realización de acabados y la ejecución tareas de destreza. La marcha se caracteriza por la presencia de modismos. Los menores infractores presentan descargas motoras constantes, manifiestas en inquietud, inadecuado manejo espacial y movimientos bruscos.

(Continúa)

(Continuación Cuadro 1)

SUBSISTEMA	CARACTERÍSTICAS
	<i>Habilidades del desempeño:</i> se presentan dificultades en la atención y la permanencia en las tareas complejas, limitando la finalización de tareas secuenciales. De la misma manera la planeación de actividades y los procesos de toma de decisiones y resolución de conflictos se muestran limitados, requiriendo de asistencia constante.
	<i>Habilidades de comunicación e interacción:</i> los jóvenes en conflicto con la ley adoptan expresiones características, denominadas jergas, que buscan consolidar el grupo social y excluir a las personas que no consideran aptas. El menor infractor tiene dificultades para establecer compromisos e intercambiar información.

Elaborado por Gómez A. Hernández A. 2001.

A pesar de las dificultades que presenta el menor infractor, se encuentra un joven con capacidades que no han podido desarrollarse en forma adecuada para sí mismo y la sociedad, por la carencia de espacios para la expresión de sus sentimientos positivos, el afecto, los valores y la solidaridad.

De acuerdo con estas características, el reto del terapeuta ocupacional está encaminado al fortalecimiento de valores y normas sociales adecuadas, que permitan la satisfacción de las necesidades básicas y la potencialización de las capacidades, con el fin de lograr la construcción de comunidades saludables y productivas que prevengan la aparición y reincidencia de conductas delictivas; haciendo uso de los mecanismos establecidos por la ley.

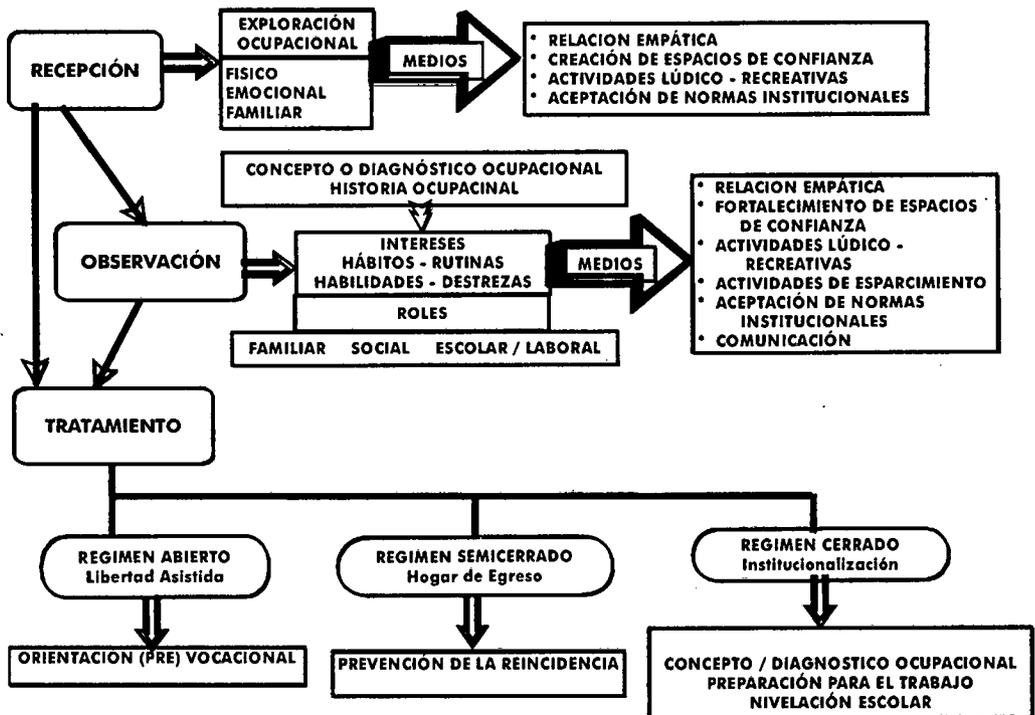
INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

De esta manera, la atención al menor infractor debe ser un trabajo interdisciplinario, a nivel intra e interinstitucional y comunitario para garantizar la efectividad del proceso de atención integral, el cual está inmerso en un ambiente formativo, terapéutico y lúdico que promueva la autodisciplina, la percepción de habilidades, la capacitación en un oficio o labor digna que permita el conocimiento de las capacidades personales y la posterior ubicación social, escolar y laboral satisfactoria.

El terapeuta ocupacional está llamado a enriquecer el proceso de reeducación a través de asesorías y evaluación e implementación de programas, teniendo en cuenta la problemática ocupacional del menor y las circunstancias en las cuales se desenvuelve; a partir de la orientación prevocacional y vocacional, la nivelación escolar y laboral, la adquisición y recuperación de hábitos acordes a las necesidades e intereses de la población atendida.

De acuerdo con los parámetros establecidos por la Ley, la atención al menor infractor se realiza en tres fases (Ver Diagrama 1):

Diagrama 1. Proceso de atención al menor infractor.



Elaborado por Gómez, Ana María; Hernández, Anamaría, 2001.

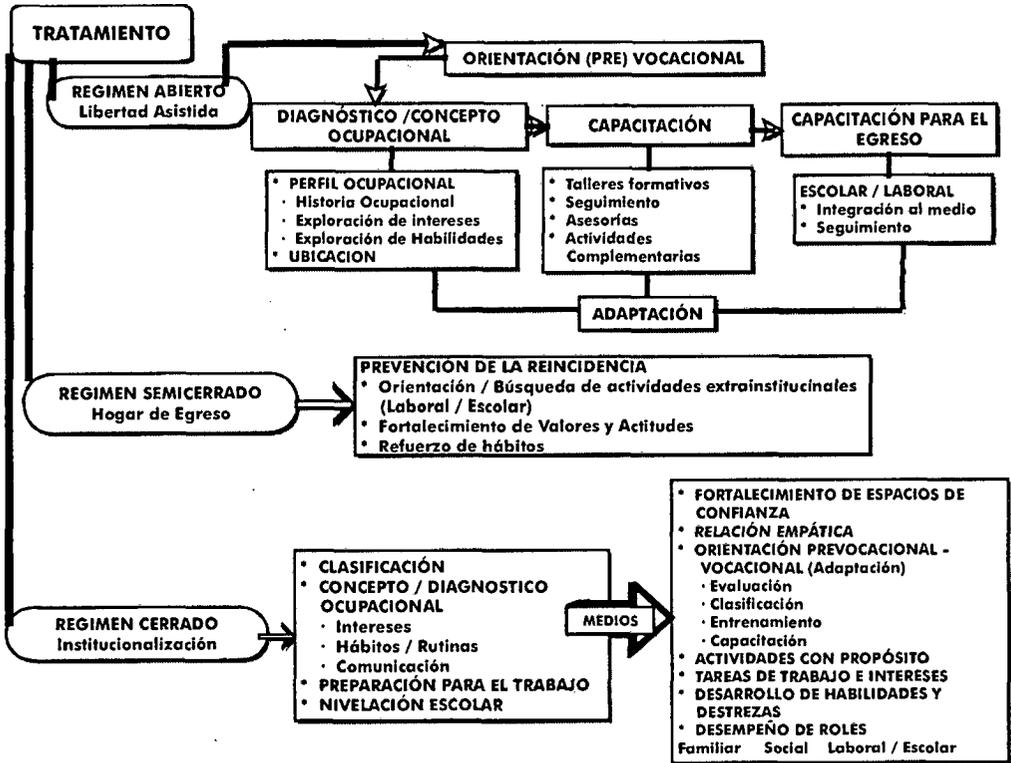
- a. **La recepción (5 días):** en este periodo, por el tiempo disponible, el terapeuta ocupacional realiza un primer acercamiento al joven, y se inicia la explora-

ción ocupacional, mediante la observación del comportamiento del menor en la institución, la realización de actividades lúdicas, la creación de espacios de confianza, y la observación del comportamiento del menor en la institución.

- b. **La observación (60 días):** es el segundo momento en la intervención al menor infractor, durante esta etapa se debe iniciar la historia ocupacional y el establecimiento de un concepto ocupacional, enfatizando en los intereses del joven, para plantear actividades que faciliten la satisfacción de necesidades y se brinden oportunidades para la potencialización de capacidades. Los medios empleados en esta etapa incluyen la entrevista, las aplicación de evaluaciones, la observación del comportamientos, la realización de actividades lúdicas-recreativas, actividades con propósito, el énfasis en la adaptación al ambiente, el seguimiento y aceptación de normas y rutinas institucionales. Es importante que se fortalezcan los espacios de confianza mediante una adecuada relación empática, en la cual se permita la observación del nivel de interiorización de los roles sociales, familiares y escolares / laborales, así como de los intereses y las expectativas del menor una vez retorne a su ambiente cotidiano.
- c. **Por último el tratamiento (6 meses - 3 años):** En esta fase se realiza una intervención más profunda, en la cual se enfatiza en los procesos de orientación prevocacional-vocacional y en las actividades de reeducación que facilitan la reincorporación del menor a su ambiente social y se previene la reincidencia en la infracción; por lo tanto es necesario incluir a la familia, la escuela y la comunidad en los procesos de atención. Dichos procesos se presentan de acuerdo con el tipo de medida determinada. (Ver Diagrama 2).

Régimen abierto (Libertad Asistida): se refiere a programas realizados en instituciones en las cuales el joven se encuentra en su ambiente cotidiano y asiste a una institución con programas de reeducación. En estas instituciones se realizan programas de orientación prevocacional y vocacional, enfatizando en el fortalecimiento de los valores sociales que facilitan la vida comunitaria de manera lícita y productiva; se realizan talleres para el adecuado manejo del tiempo libre y de las relaciones interpersonales, con el fin de canalizar las capacidades de los jóvenes hacia el desarrollo de conductas saludables. El programa de orientación vocacional debe realizarse en tres fases, en las cuales el menor en conflicto con la ley reconoce sus intereses y sus capacidades, para realizar una selección ocupacional satisfactoria.

Diagrama 2. Proceso de atención del menor en tratamiento.



Elaborado por: Gómez, Ana María; Hernández, Anamaría. 2000.

En la primera fase, el terapeuta debe identificar los intereses, en una segunda fase se reconocerán las capacidades y en la tercera se realiza la elección ocupacional y se llevan a cabo los procesos de capacitación y adiestramiento. La mayor dificultad de estos programas reside en la baja constancia de los usuarios y la falta de compromiso de las familias y comunidades; su mayor fortaleza se centra en la posibilidad de aplicar los conceptos al medio cotidiano y retroalimentar los procesos reeducativos de acuerdo con las respuestas de los jóvenes y del ambiente.

Régimen semicerrado (Instituciones de Egreso): En estas instituciones los jóvenes interactúan con el ambiente social externo, pero deben permanecer en una institución, debido a los riesgos que representa el medio cotidiano. En estas instituciones se realizan programas de prevención de la reincidencia, orientación para la

búsqueda de actividades extrainstitucionales, bien sean de tipo escolar o laboral; las actividades realizadas enfatizan en el reconocimiento y apropiación de valores y actitudes tendientes a favorecer un estilo de vida saludable, además del refuerzo de hábitos, el manejo del dinero, el manejo del tiempo y la sana diversión.

Régimen cerrado (*Institucionalización*): En este régimen se encuentran incluidos los jóvenes que por sus condiciones sociales o por la gravedad de su falta, requieren de mayor asistencia en protección y prevención de la reincidencia. En estas instituciones es necesario realizar una clasificación de los jóvenes, de acuerdo con el diagnóstico ocupacional establecido. Los programas ofrecidos incluyen la preparación para el trabajo, la nivelación escolar, la identificación de intereses, hábitos, rutinas, niveles de comunicación.

Los medios empleados incluyen la orientación prevocacional y vocacional, a partir de la evaluación, el entrenamiento y la capacitación, la realización de actividades con propósito, el refuerzo de los espacios de confianza, las actividades que fomentan el desarrollo de habilidades y destrezas. En el régimen cerrado se debe tener en cuenta la inclusión del ambiente del menor, su realidad histórica, social y cultural, de manera que se faciliten la continuidad y mantenimiento de los procesos reeducativos en la vida del joven una vez recupera su libertad, por lo tanto es útil establecer programas de seguimiento en casa.

La orientación prevocacional y vocacional, busca que el joven realice una selección ocupacional (escolar o laboral) de acuerdo con sus intereses y su experiencia. En el caso de los menores infractores de la ley penal, en proceso de reeducación, la orientación prevocacional y vocacional, está dirigida hacia la promoción de aprendizajes sanos que fomenten el desarrollo y reconocimiento de las habilidades propias, el replanteamiento de los valores e intereses y la identificación de dificultades frente a la elección de una ocupación digna y lícita.

El proceso de orientación ha de permitir la interpretación de valores personales y sociales con respecto al trabajo honesto y productivo, además de afianzar los principios de respeto por sí mismo y por los demás, las costumbres y rutinas de trabajo, autocuidado y esparcimiento. Es responsabilidad del terapeuta ocupacional, apoyar al menor en el proceso de reconocimiento y aceptación de sí mismo, así como el logro de un posicionamiento en su grupo social, a través de la ocupación, con la plena realización de sus necesidades de Ser – Tener – Hacer – Estar.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El trabajo dentro de la reeducación / resocialización del menor en conflicto con la Ley Penal es visto desde la orientación vocacional en una doble perspectiva: como medio Terapéutico / educativo y como finalidad, donde la educación desarrolla las capacidades ocupacionales y el valor terapéutico en que el trabajo modifique el interior del hombre para su bienestar personal y social.

El rol del Terapeuta ocupacional en la Orientación (pre)vocacional, se dirige a la promoción de aprendizajes que contribuyan en la prevención de trastornos y fomenten la calidad de vida en el entorno educativo y ocupacional / laboral. El terapeuta ocupacional, acompaña al joven en el desarrollo de sus habilidades, el aclarar sus intereses y dificultades frente a una elección, en general lo ayuda a conocerse.

Mediante el desempeño del terapeuta ocupacional en programas de orientación vocacional se busca que el joven perciba este proceso como un proceso de cambio a través de la ocupación, como fuente de entrenamiento de habilidades, desarrollo de cualidades humanas. El joven aprende a valorar el rol escolar / laboral como una "Obra bien hecha" que abre el camino a la responsabilidad individual y social; esto influye en la calidad técnica, el valor utilitario, los conocimientos y el cultivo de la producción intelectual y material, así el joven recrea su mundo de posibilidades para una mejor calidad de vida.

En cuanto al papel de la Academia en la atención al menor infractor, se parte de la investigación, la docencia y la extensión como procesos interrelacionados que definen el que hacer de la educación superior, cuya responsabilidad social es contribuir desde el escenario académico a la comprensión de los procesos poblacionales del país, y plantear alternativas de solución.

Como lo expresó Alejo³, en el contexto universitario el diseño, desarrollo y evaluación de programas de extensión en el campo de la delincuencia, toma especial importancia, puesto que a partir de la praxis se puede generar conocimiento; los

³ Alejo, Henry. "El papel de la Educación Superior en la Prevención y Resocialización del Infractor". En: *Memorias del Primer Congreso Internacional sobre la Prevención y Resocialización del Infractor Penal*. Universidad Católica de Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), Clínica Toxicológica. Santa Fe de Bogotá, 1993. p.220.

programas de extensión brindan a docentes y alumnos posibilidades valiosas para su formación, en los cuales se contrastan diversos marcos de referencia teóricos, éticos y metodológicos con la realidad social. Desde el campo de acción de Terapia ocupacional, se han realizado investigaciones y propuestas de intervención a la población de menores en riesgo y menores infractores, identificando la importancia del ambiente físico, social y familiar en los procesos de prevención y reeducación a esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alejo, Henry. "El papel de la Educación Superior en la Prevención y Resocialización del Infractor". En: *Memorias del Primer Congreso Internacional sobre la Prevención y Resocialización del Infractor Penal*. Universidad Católica de Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), Clínica Toxicológica, Santa Fe de Bogotá, 1993.

Casas P, Diana Patricia y González P, Gilma Inés. *Orientación vocacional para menores infractores que se encuentran en una institución de reeducación con medida de Libertad Asistida en Soacha*. Santa Fe de Bogotá, 1999. Trabajo de Grado (*Terapia Ocupacional*). Universidad Nacional de Colombia.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE DINÁMICA SOCIAL. *Tendencias en la infracción y contravención entre menores y Ponderación de la calidad de la respuesta institucional*. Universidad Externado de Colombia. Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1997.

DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES (DNE). INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF) y PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL CONTROL Y FISCALIZACIÓN DE DROGAS (UNDCP). Proyecto pedagógico para la atención integral al menor infractor y contraventor de la Ley Penal Colombiana. Santa Fe de Bogotá, 1994.

———. *Menores infractores y contraventores en el departamento de Santander*. Diseño del Proyecto de Atención Integral. Bucaramanga, julio de 1995.

FUNDACIÓN PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR. *Tres estudios inéditos sobre los Menores Infractores en Colombia*. Santa Fe de Bogotá, 1992.

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

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF). El menor infractor y contraventor, plan operativo, creación, organización y funcionamiento de las instituciones y servicios. Santa Fe de Bogotá, 1992.

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

MINISTERIO DE JUSTICIA. Código del menor.

Sánchez, Rosa; Sandoval, Mariela y Vargas, Aracely. *Diferencias a nivel de encausamiento personal y valores entre adolescentes no infractores y menores infractores*. Trabajo de Grado (Terapia Ocupacional). Universidad Nacional de Colombia, 1992.

XII
CONGRESO COLOMBIANO
DE
TERAPIA OCUPACIONAL



EFFECTIVIDAD
UNA RESPONSABILIDAD
SOCIAL

Santa Marta
Marzo 9, 10 y 11 / 2001

Organiza



ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE TERAPIA OCUPACIONAL

Hotel

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Informes:

-Telefax: 3179760 - 3179761
Carrera 5 # 67 - 28

E-mail

acto@telefonica.net.co
congreso_acto@hotmail.com

Más allá de una visión clínica de la discapacidad

Alicia Trujillo Rojas*
Clemencia Cuervo Echeverri**
Martha Escobar de Villate***

Los profesionales de la rehabilitación colombianos –fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos– se han venido formando en el modelo tradicional de rehabilitación, concebida como la prestación de servicios dirigidos a disminuir o compensar deficiencias corporales que generan discapacidades físicas, sensoriales o mentales. A este modelo de rehabilitación le subyace una concepción de discapacidad entendida como un conjunto de limitaciones funcionales en el desempeño, ocasionadas por una enfermedad o deficiencia orgánica localizada en el individuo.

Aunque desde finales de la década de 1960 se empezaron a producir en la arena internacional eventos que buscaban redefinir la discapacidad quitándole el carácter de *problema individual* o *tragedia personal*, como la han llamado algunos autores, aún prevalece con mucha fuerza esta noción, casi sin excepción, en todas las culturas y, sin duda, en la sociedad colombiana.

Se puede decir que, en esencia, dos han sido los desarrollos que han promovido la redefinición de la discapacidad: (a) el reconocimiento de factores socioambientales como generadores de discapacidad y (b) la politización de las personas con discapacidades, orientadas por los movimientos de derechos civiles de otros grupos como las mujeres, las negritudes o los homosexuales. Estos eventos han hecho avanzar planteamientos ideológicos y organizativos que rechazan la concepción individual y medicalizada de la discapacidad.

* Terapeuta Ocupacional, Profesora Asociada, Dpto. de Terapias, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

** Fonoaudióloga, Profesora Titular, Dpto. de Terapias, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

*** Fisioterapeuta, Profesora Asociada, Dpto. de Terapia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Es urgente que los profesionales colombianos de la rehabilitación incorporen a su ejercicio los desarrollos contemporáneos sobre la concepción de discapacidad, por cuanto deben sintonizar con posiciones internacionales de avanzada y responder a las expectativas de las personas con discapacidad. En definitiva, se trata de asegurar la supervivencia de los servicios de rehabilitación en un contexto político y social que cada vez tolerará menos la atención reduccionista. En otras palabras, los servicios de rehabilitación no serán sostenibles a partir del ejercicio estrictamente técnico y especializado, aislado de los grandes movimientos político sociales en el campo de la discapacidad.

El propósito de este artículo es ofrecer un panorama sobre las visiones internacionales más actualizadas que se han venido construyendo sobre la causalidad y la dinámica social de la discapacidad. Se presentan algunas perspectivas socioantropológicas y biopsicosociales de la discapacidad y sus implicaciones para la actuación de los profesionales de rehabilitación.

Perspectivas socioantropológicas de la discapacidad

La discapacidad es una categoría culturalmente construida. Se reconocen por lo menos dos modelos, fundamentales y filosóficamente contrarios, que dan cuenta de la naturaleza de la discapacidad: el modelo individual y el modelo social (Oliver, 1996). *El modelo individual de la discapacidad*

en primer lugar, localiza el *problema* de la discapacidad dentro del individuo y en segundo lugar localiza las causas de este problema como resultado de limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas que se asume provienen de la discapacidad. Estos dos puntos son centrales a lo que podría llamarse la *teoría de la tragedia personal de la discapacidad* que sugiere que la discapacidad es un evento terrible que ocurre por azar a individuos desafortunados (Oliver, 1996, p. 32).

Frente a esta postura, las mismas personas con discapacidad dieron origen, desarrollaron y articularon la llamada *teoría de opresión social o modelo social de la discapacidad* el cual no niega la existencia de las limitaciones individuales pero coloca la causa de la discapacidad en

el fracaso de la sociedad para ofrecer servicios apropiados y asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Por lo tanto la discapacidad, de acuerdo con el modelo social, son todas las cosas que imponen restricciones a las personas con discapacidad (Oliver, 1996, pp. 32-33).

Las diferencias entre estos dos modelos son sustanciales y no de forma. La concepción sobre la naturaleza de la discapacidad es diferente. En el modelo individual, la discapacidad se puede reducir en último término a la condición orgánica y a las limitaciones funcionales de los individuos con discapacidad. En el modelo social la discapacidad se localiza en las características estructurales y fuerzas de la sociedad. Se trata de una diferencia de causalidad, de la génesis de la discapacidad. En el primer caso el origen se encuentra en la persona mientras que en el segundo se encuentra en un ámbito externo a ella. En el modelo individual la discapacidad es vista como un problema personal mientras que en el modelo opuesto el problema es visto como una dinámica social.

En lo que tiene que ver con la solución del problema, el modelo individual identifica como acción necesaria el tratamiento suministrado a cada individuo, en tanto que el modelo social identifica como solución la acción social del colectivo. En lo que respecta a quién controla la situación, en el modelo individual se localiza dicho poder en los profesionales de la medicina y la rehabilitación mientras que en el otro modelo el control lo asumen los individuos con discapacidad y sus colectividades.

De acuerdo con el primer modelo se espera que los individuos con discapacidad se adapten a las exigencias de su entorno físico y social mientras que el segundo supone que los individuos y las colectividades deben afirmar su identidad para exigir el ajuste de la sociedad a su condición. Por tanto, en el modelo individual se reconoce una identidad individual mientras que en el modelo social se actúa de acuerdo con una identidad de grupo que promueve cambios sociales. En el primer modelo se estudia el prejuicio y las actitudes individuales hacia las personas con discapacidad, mientras que el segundo analiza el comportamiento social discriminatorio. En el modelo individual se habla de suministrar servicios de atención individual, en contraste con el modelo social el cual resalta los derechos de las personas con discapacidad. En el modelo social las personas con discapacidad pueden escoger los servicios que necesitan, mientras que en el modelo individual otras personas controlan lo que se le debe suministrar a las personas con discapacidad. En el modelo individual los legisladores formulan políticas para las personas con discapacidad, en tanto que en el modelo social se da prioridad al proceso de empoderamiento político de estas personas como grupo minoritario.

Se reconocen otras perspectivas socioantropológicas que estudian la discapacidad y que guardan relación con los dos modelos anteriores. Una de ellas plantea dos

posturas: a) la perspectiva de la *desviación*, en la cual las personas con discapacidades son vistas como miembros que se *desvían* de la norma social y b) la perspectiva del *conflicto*, en la que las personas con discapacidad son concebidas como miembros de un grupo minoritario (Albrecht, 1993).

Otra posición sugiere que las sociedades en las cuales prima el pensamiento mágico o religioso tienden a percibir la discapacidad como un castigo divino o como producto de la brujería (Evans-Pritchard citado por Oliver 1990). También se ha identificado el concepto de la *liminalidad* el cual se refiere a la posición social ambigua que afrontan las personas con discapacidad. Murphy citado por Oliver 1990 lo expresó de la siguiente manera:

/las personas discapacitadas/ no están ni enfermas ni sanas, ni muertas ni completamente vivas, ni fuera de la sociedad ni completamente dentro de ella. Ellos son seres humanos pero sus cuerpos están torcidos o no funcionan, poniéndose en duda su completa humanidad. (P. 20).

También se ha mencionado la tesis del *excedente poblacional*, la cual sostiene que en las sociedades en las cuales se lucha por la supervivencia, los miembros débiles o dependientes deben ser eliminados.

Annison (1996), describió valores y comportamientos frecuentes de la familia, los amigos y la sociedad en general hacia las personas con discapacidad, los cuales agrupó en las categorías que se presentan en el Cuadro No.1.

Cuadro 1. *Valores y comportamientos asociados a la discapacidad.*

- Se define la identidad personal con base en la discapacidad.
- Se asigna un estatus social bajo y estereotipado.
 - * el adulto con una discapacidad es eternamente niño
 - * la persona con discapacidad es una amenaza social
 - * la persona con discapacidad es menos que humana
 - * la persona con una discapacidad es una carga objeto de caridad
 - * la persona con una discapacidad es una persona enferma
 - * la persona con discapacidad es objeto de piedad.
- La persona con discapacidad es objeto de rechazo por parte de la familia y de la sociedad.
- Las personas con discapacidad son devaluadas al asociarlas con símbolos negativos como por ejemplo ropa inapropiada, apariencia física descuidada y segregación por grupos.

(Continúa)

(Continuación Cuadro 1)

- Las personas con discapacidad son separadas de su comunidad.
- Las personas con discapacidad pierden el control de sus propias vidas.
- Las personas con discapacidad son manipuladas como objetos.
- Las personas con discapacidad pierden sus relaciones sociales naturales.
- Las personas con discapacidades pierden su individualidad al ser vistas como grupo y no como individuos.

Otra de las formas de describir las visiones socioantropológicas sobre la discapacidad es a través de mitos. Cuervo, Trujillo y de Villate (1996) identificaron un conjunto de valores y creencias que caracterizan el imaginario de la cultura colombiana en lo relativo a la discapacidad:

- (1) Las personas con discapacidades son una carga porque tienen una enfermedad incurable y son irrecuperables para la sociedad. Por lo tanto, *se asume erróneamente que la inversión en su rehabilitación, o no es rentable o es ilimitada en el tiempo.*
- (2) Los obstáculos que enfrentan las personas con discapacidades para disfrutar los privilegios de la vida ciudadana tienen origen en la discapacidad de la persona, *sin comprender que esos obstáculos son, fundamentalmente, restricciones sociales, económicas y políticas impuestas por la sociedad.*
- (3) En términos de prioridades nacionales, la atención a la calidad de vida de los colombianos con discapacidades, es secundaria a la solución de los problemas de los colombianos no discapacitados, *sin comprender que disminuir la discapacidad implica ganancias económicas, políticas y sociales, al recuperar días saludables para los colombianos.*
- (4) Las personas con discapacidades son una carga social que debe ser asumida por la sociedad o el Estado. *En consecuencia, la inversión en programas de rehabilitación adquiere el carácter de beneficencia porque al no reconocer el potencial del capital humano de estas personas, se considera que esta inversión no representará ninguna retribución.*
- (5) Las profesiones de rehabilitación, que atienden a las personas con discapacidad, son secundarias para el Estado, por cuanto su función prioritaria no es salvar vidas, *sin reconocer que el valor fundamental de estas profesiones radica en mejorar la calidad de vida porque maximizan el desempeño funcional, ayudan a establecer un estilo de vida independiente y contribuyen a un estado de bienestar aceptable para un segmento importante de la población.*
- (6) Una persona que presenta una discapacidad, en razón a su discapacidad, está exenta del deber de contribuir al desarrollo social, *sin comprender que ella debe*

participar activamente en su reintegración social y contribuir económicamente, en la medida de sus posibilidades. Y

- (7) La responsabilidad de que las personas discapacitadas tengan acceso a los beneficios de la sociedad (trabajo, recreación y bienestar social) recae exclusivamente sobre el individuo y su familia, *sin comprender que la sociedad es responsable de eliminar los problemas de accesibilidad que impiden que las personas discapacitadas disfruten de dichos beneficios.*

Hasta aquí, lo que se ha mostrado es que la concepción sobre la discapacidad es una construcción cultural que ha adoptado diversas perspectivas. Se desprende que en tanto construcción cultural, es susceptible de transformarse a través de acciones explícitas.

Perspectiva biopsicosocial de la discapacidad

Además de las perspectivas anteriores se conoce un sistema conceptual recientemente propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999), el cual es la base para la *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*. Esta es, no una clasificación de personas sino de las características de salud de los individuos. Este modelo se fundamenta en dos conceptos genéricos asociados a condiciones de salud: *funcionamiento* y *discapacidad*. Una condición de salud

es una alteración o atributo del estado de salud de un individuo, el cual puede producir angustia, interferir con sus actividades diarias o ponerlo en contacto con los servicios de salud; ésta puede ser una enfermedad (aguda o crónica), un trastorno, trauma o lesión o reflejar otros estados relacionados con la salud, tales como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, las anomalías congénitas o la predisposición genética (OMS 1999).

Tanto el funcionamiento como la discapacidad se manifiestan en cuatro dimensiones: funciones y estructuras corporales, actividades, participación y factores contextuales. El *funcionamiento* se reconoce en cuatro aspectos positivos: integridad de las estructuras y funciones corporales, desempeño adecuado de actividades de la vida, posibilidad de participación en las situaciones vitales y existencia de un entorno facilitador. La *discapacidad* se reconoce en cuatro aspectos negativos: deficiencias en las funciones o estructuras corporales, y/o limitación en las actividades que realiza la persona, y/o restricción a la participación en situaciones vitales y/o presencia de un entorno con barreras y obstáculos.

En otras palabras, una persona puede funcionar adecuadamente o encontrarse discapacitada. Si funciona adecuadamente se presume que posee integridad en las funciones y las estructuras de su cuerpo, que puede realizar todas las actividades de la vida cotidiana, que puede participar en situaciones sociales y que su entorno y sus características personales intrínsecas (sexo, edad, carácter, historia personal) le permiten funcionar adecuadamente. Por el contrario, si la persona presenta discapacidad quiere decir que podría experimentar daños en sus funciones y estructuras corporales, que podría enfrentar limitaciones en la realización de actividades cotidianas, que podría ver restringida su participación en situaciones sociales y que su entorno y sus características intrínsecas podrían interponerle obstáculos o barreras.

Frente a la concepción social de la discapacidad, descrita en la sección anterior, el modelo de la OMS plantea una posición que parte de la dimensión biológica pero igualmente tiene en cuenta la dinámica social. Este modelo (a) plantea una concepción basada en el funcionamiento humano y la discapacidad, y no sólo en la discapacidad originada en una deficiencia orgánica; (b) identifica los factores contextuales responsables de facilitar o interponer barreras a las personas con discapacidad; y (c) integra factores biológicos y sociales. En este modelo, la discapacidad no se considera exclusivamente como una condición de la persona ni como una fuerza social externa a ella, sino que abarca los niveles del cuerpo, la persona y la sociedad. No obstante, el modelo de la OMS coincide con el *modelo individual de la discapacidad* en que coloca el origen de la discapacidad en las condiciones de salud del individuo, en su componente orgánico. Y no coincide con el *modelo de la opresión social* al no responsabilizar exclusivamente al entorno como generador de discapacidad.

En Colombia parece prevalecer una comprensión individual y medicalizada de la discapacidad, esto es, se tiende a responsabilizar exclusivamente al individuo de su propia condición discapacitante. La sociedad no asume sus obligaciones en asegurar la eliminación de restricciones para la participación educativa, laboral, cultural, deportiva, religiosa y política a que tienen derecho todos los ciudadanos. Sin embargo, desde la década de los años noventa se vienen observando algunos indicadores de cambio: la *Ley para la Integración Social de las Personas con Limitaciones* y el *Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad*. Si bien estos instrumentos en sí mismos no aseguran la evolución de la sociedad como conjunto, sí constituyen fuerzas que determinarán y favorecerán transformaciones

sociales. Por otra parte, se observa una maduración progresiva de las organizaciones de personas con discapacidad y sus familias que adoptan posiciones políticas y presionan a la sociedad para que asuma sus deberes y desarrolle un conocimiento objetivo de las personas con discapacidad.

En resumen, se reconocen diferentes maneras de entender la discapacidad. Una que claramente coloca el origen de la discapacidad en el componente corporal de la persona. Otra que localiza el origen de la discapacidad en el entorno socioantropológico. Y finalmente otra que reconoce los factores biológicos y los factores contextuales como desencadenantes de la discapacidad. La síntesis de estas orientaciones plantea que la sociedad debe entender que no obstante la presencia de factores corporales que pueden limitar el desempeño de las personas, lo que en último término restringe la participación social plena de las personas con discapacidad son los obstáculos físicos, tecnológicos, actitudinales, comportamentales y legales que interpone la misma sociedad.

Implicaciones para las profesiones de rehabilitación

Partiendo de lo expuesto sobre las formas como las culturas han representado la discapacidad, a continuación se exponen una serie de planteamientos que deberían incorporar los profesionales de rehabilitación a su comprensión de la discapacidad:

La discapacidad es una realidad personal y familiar, pero de la misma manera compromete a la sociedad en cuanto que ella misma puede causarla como en la accidentalidad y la violencia o agravarla a través de barreras arquitectónicas o actitudes sociales discriminatorias. Ante todo, la sociedad tiene la responsabilidad de asegurar que se cumplan los derechos de las personas con discapacidad a disfrutar equiparación de oportunidades.

- La discapacidad no es una enfermedad, en cuanto se trata de una situación compleja que no sólo se relaciona con una condición de salud sino que tiene implicaciones en todas las áreas de la vida de una persona: desempeño físico, cognoscitivo y emocional, relaciones interpersonales, educación, productividad, recreación y cultura. Al considerar la discapacidad como una enfermedad, se subestima o no se presta atención a dimensiones vitales que van más allá del nivel biológico. Esto no quiere decir que la discapacidad y la enferme-

dad puedan coexistir como ocurre en las enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes y otras.

- La discapacidad es una constante en la vida humana. Por tanto, es una realidad que atañe a todas las personas en cuanto que de una manera u otra están expuestas a experimentar distintas formas de discapacidad, directa o indirectamente, en algún momento de su existencia. Es el caso del proceso de envejecimiento, las limitaciones visuales, el estado de embarazo o la obesidad, entre otros. Además, la discapacidad en un miembro de la familia tiene impacto en todos los integrantes del grupo familiar. Por otra parte, las restricciones impuestas a un grupo de personas con discapacidad contribuyen a disminuir la productividad nacional y, por tanto, a deprimir el índice de desarrollo humano del país, lo cual afecta a todos los ciudadanos.
- La discapacidad es una característica que diferencia a unas personas de otras, de la misma manera en que se pueden diferenciar las mujeres, los indígenas, las negritudes o los homosexuales. Esta multiplicidad de características individuales conforma la diversidad de la sociedad. Aceptar la diversidad excluye la imposición de una norma única y rígida para calificar a los individuos y asignarles un lugar en la sociedad. En otras palabras, el reconocimiento de la diversidad contrarresta la “universalización de la cultura y la experiencia de un grupo dominante y su establecimiento como la norma” (Priestly, 1999). Dado este hecho, que además está protocolizado en la Constitución Política de Colombia, es obligación de todos los miembros de una sociedad respetar la diferencia.
- Las personas con discapacidad tienen los mismos atributos y debilidades que pueden tener las personas no discapacitadas. En muchos casos, los rasgos positivos de los individuos con discapacidad pueden exceder los de otras personas y contribuir de manera significativa a la sociedad.
- Las personas con discapacidad, lo mismo que las no discapacitadas, tienen múltiples rasgos, uno de los cuales es la discapacidad. Por tanto, no puede pretenderse, como de hecho ocurre, que pierdan su identidad como personas para convertirse exclusivamente en un rasgo discapacitante, por ejemplo, el *hemipléjico*, el *parapléjico*, el *esquizofrénico* o el *artrítico*.

- Las personas con discapacidades tienen los mismos derechos y deberes que los demás ciudadanos. En la actualidad, la posición política más avanzada plantea que los derechos humanos es la perspectiva desde la cual deben abordarse todos los asuntos atinentes a las personas con discapacidad. Por tanto, las acciones dirigidas a atender las necesidades de estas personas no pueden basarse ni en la segregación ni en las actitudes de condescendencia, piedad y lástima, las cuales son contrarias a la esencia misma de los derechos humanos y a la Constitución Política de Colombia.

Conclusiones y recomendaciones

Este artículo ha analizado diversas posturas relacionadas con la concepción de discapacidad. Se ha mostrado que:

- En la sociedad colombiana prevalecen nociones erróneas respecto a las personas con discapacidades. Predomina la concepción biologista e individualista y no se reconoce la responsabilidad social en la creación de discapacidad; se asume que la responsabilidad sólo recae sobre la persona con discapacidad y su familia. En otras palabras, no se entiende que la discapacidad es una resultante de la interacción entre factores personales y sociales.

Es necesario adoptar estrategias tendientes a promover en la sociedad cambios de sus imaginarios y actitudes negativas. De esta manera, se disminuirían las acciones discriminatorias y se promovería una actitud colectiva más acorde con la filosofía de los derechos humanos.

- La reducción de posturas discriminatorias y de negación de los derechos de las personas con discapacidades conduciría necesariamente a una mayor equiparación de oportunidades en la prestación de servicios de salud, educación, trabajo, recreación y cultura.

En consideración a que la atención a las personas con discapacidad constituye una razón fundamental del ejercicio de los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos, es indispensable que ellos reflexionen sobre el significado mismo de la discapacidad, asuman una posición e introduzcan las modificaciones necesarias en sus comportamientos.

LISTA DE REFERENCIAS:

- Oliver, M. (1996). *Understanding disability*. Houndsmills: Macmillan Press Ltd.
- Albreth, G. L. *The Disability Bussines*. New bury Park: Sage Library of Social Research.
- Annison (1996). The Experience of Disability en J. Annison, J. Jenkinson, W. Sparrow, y E. Bbethne (Ed.). *Disability* (pp. 297-337). Auatralia: Nelson.
- CIDDM-2 Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad Borrador Beta-2, Versión Completa. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1999.
- Cuervo E, C.; Trujillo R., A.; de Villate E., M. 819969. "Comprensión pública de la discapacidad y la rehabilitación". *Revista de la Facultad de Medicina*, Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogotá.
- Evans-Pritchard (1937) citado por Oliver (1990). M. *The Politics of Disablement*. Houndsmills, Basingdtoke. The MacMillan Press.
- Murphy, R. (1987) citado por Oliver (1990). M. *The Politics of Disablement*. Houndsmills, Basingdtoke. The MacMillan Press.
- Priestley, M. (1999). *Disability Politics and Community Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Estimado lector:

La Junta Directiva de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE TERAPIA OCUPACIONAL y el COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA OCUPACIÓN HUMANA, teniendo en cuenta:

- El proceso actual de globalización de la información.
- El manejo por parte de la WFOT, en sus congresos y diferentes órganos informativos de otros idiomas: francés, inglés, alemán y español.
- El consenso de la Confederación Latinoamericana de Terapia Ocupacional, reunida en su IV Congreso en Santiago de Chile en julio de 2000, al determinar que la Revista Ocupación Humana es la única publicación científica de su género a nivel latinoamericano.
- La consulta y lectura de información científica en idioma inglés que habitualmente se realiza en nuestro medio.
- El interés manifiesto de colegas de otros países, en el presente caso del Brasil, para incluir artículos originales en la Revista Ocupación Humana.

Han acordado publicar en esta edición el siguiente artículo:

Rehabilitation services for visually impaired children: early intervention or a long delay?¹

Keywords:

Low-vision; Mothers' perception; Ophthalmologic consultation

Maria Inês Rubo de Sousa Nobre*

Edméa Rita Temporini**

Newton Kara-José***

Rita de Cássia Ietto Montilha*

ABSTRACT

The following aspects related to the care of visually impaired children were surveyed in a Low-Vision Stimulation Service in order to contribute to the improvement of the services it offers: age of the child at the first ophthalmologic consultation; person

¹ Based Master's monograph [Intervention of stimulation in Service of Low Vision: characteristics of users, opinions and mothers' conduct] – presented to the State University of Campinas/School of Medical Sciences for obtaining the Master's degree in neurological sciences, concentration area in ophthalmology. Campinas, State of São Paulo, Brazil, 1997.

* Master in Neurological Sciences-Ophthalmology Area, Occupational Therapist, Special Education and Rehabilitation Teacher, CEPRE/State University of Campinas/School of Medical Sciences-Campinas, State of São Paulo, Brazil.

** Associate Professor, Lecturer in Methodology of Research-Health Area, University of São Paulo/School of Public Health - São Paulo, State of São Paulo, Brazil; and, Research Adviser for the Discipline of Ophthalmology, State University of Campinas/School of Medical Sciences - Campinas, State of São Paulo, Brazil and University of São Paulo/School of Medicine - São Paulo, State of São Paulo, Brazil.

*** Full Professor, Discipline of Ophthalmology, State University of Campinas/School of Medical Sciences - Campinas, State of São Paulo, Brazil and University of São Paulo/School of Medicine - São Paulo, State of São Paulo, Brazil.

City: Campinas State: São Paulo Contry: Brasil

Rua: Moysés Lucarelli, 553 ZIP: 13083-500

Phone:55-19-2875890 Fax:55-19-7888814 e-mail: inesrubo@unicamp.br

responsible for identifying the problem; knowledge of mothers concerning the vision problem of their child; and, age of the child at the beginning of stimulation. Twenty-five mothers of visually impaired children with ages varying from birth to 4 years were interviewed. In a general way, the problem had been identified before the children were 6 months old; however, only 50.0% of them had been attended to up to this age. In the great majority of the cases it was the mother who first perceived the vision problem of her child (48.0%), followed by other members of the family (28.0%) and, physicians (24.0%). Although the mothers disclosed some knowledge on the technical terminology concerning vision problems, they used it incorrectly. The Authors suggest that ophthalmologists should play a more active part in the early referral of visually impaired children to vision stimulation services.

INTRODUCTION

Low-vision is regarded as “the severe loss of vision that can not be reverted neither by clinic nor surgical procedures, nor with the use of conventional eyeglasses”. It can also be described as any degree of vision weakening that causes functional disability and diminishes vision performance. However, the functional ability of the eye is not only associated with visual factors but also with the person’s reaction to the vision loss and with environmental factors interfering with the individual’s performance, as well. (CARVALHO and coll., 1992).

Visually impaired children when not attended to early in life tend to present serious motor, cognitive and, other handicaps that are likely to produce stigmatisation. Early diagnosis of the problem and prompt attendance of any alteration in the child’s development contribute to provide a better prognosis in the majority of the cases, diminishing the impact of the seriousness of the disability and consequently altering its consequences. (LEWIS, 1992; GAGLIARDO & GONÇALVES, 1996).

Right from birth, vision plays a predominant role in human life, since it is a triggering stimulus favouring communication and performance of actions. The infant’s relationship with the external world is primarily accomplished through vision, particularly through imitation, so that any abnormality in his vision skills is likely to produce difficulties in his future learning, in his social relationships and diminishment in the efficiency of his physical and intellectual activities (BRUNO, 1993; ALVES & KARA-JOSE, 1996).

Deprived of their visual sense, congenitally blind babies or those with severe vision impairment, when compared with sighted-babies, are likely to present a 4-month delay in their global development at the age of 1. Consequently, the importance of having the rehabilitation procedure being started early in life is amply recognised in these cases. Besides the visual aspect, this intervention should also aim at a global stimulation based on the child's psychomotor and perceptual-cognitive development. The first years of life, the most critical developmental period, are even more crucial for those who present one or more impairments. Innumerable children—who otherwise would have benefited from a rehabilitation program— reach pre-school age with already installed disabilities. In these cases, recovery will be difficult and rarely accomplished (HARREL & AKESON, 1987; HYVARINEN, 1988; BRUNO, 1993).

In 1991, the University of Campinas (UNICAMP) Clinic Hospital gave start to an early stimulation service at its Low-Vision Service ward. The Department of Ophthalmology and the Centre for Studies and Research in Rehabilitation (CREPE), both belonging to the UNICAMP, got together in an effort to provide a conjoined attendance performed by occupational therapists and ophthalmologists, giving priority to early intervention. This Service came to be a specialised pole of attendance to which all cases of vision impairment from all parts of the country are referred. This early intervention is accomplished through various phases.

At the first one, after anamnesis, parents are given orientation on the procedures to be adopted with their child. They are required to provide information on their socio-economic circumstances in order that orientation for early stimulation of the visually impaired child could be compatible with the reality they are inserted in. In the whole process of intervention, the parents' participation is that of a continuous evaluation.

The second phase of attendance comprehends a global evaluation of the child's development as well as an assessment of his vision skills, both in charge of the occupational therapist. At this attendance it is recommended that the evaluation tools be constituted of simple objects (sorting and form fitter toys, different sizes of colourful balls, carpets in different textures, dolls, etc.) of easy acquisition or making and able to be employed in stimulation activities with the child. Next, the ophthalmologist enlightens the parents on their child's condition, giving them specific orientation on how to provide their child with vision stimulation.

In general, the parents are required to bring their child for a general follow-up at every three months and, for ophthalmologic consultation, at every six months. When the child needs that a global stimulation be carried out by specialised institutions for the visually impaired, referral is made, preferably, to institutions already existent in the city where the child lives in. When needed, specific orientation on visual stimulation is provided to health professionals of these institutions, by mail or telephone call, in charge of the occupational therapist of the service.

Taking into account the occupational therapist's role in the care of visually impaired children, the present paper aimed at surveying: the child's age at the first ophthalmologic consultation; the person responsible for identifying the problem; the mothers' knowledge on the vision impairment of her child; and, the child's age at the beginning of the vision stimulation. It is hoped that this information will help subside propositions of intervention in the above mentioned university service, aiming at its improvement.

MATERIAL AND METHODS

This study was carried out following a descriptive survey pattern. The target population comprehended mothers of visually impaired children with ages varying from birth to 4 years, coming from different regions of Brazil, being attended to at the Low Vision Service of the State University of Campinas Clinic Hospital.

A non-probabilistic convenience sample, size-25, was composed following the criteria of data collection availability and easy access of the users who were being attended to by the service, in the period from February to May, 1997. The sample included only mothers of visually impaired children whose impairments had already been diagnosed.

Previously to the present survey, at the planning phase, an exploratory study was carried out interviewing 15 mothers of visually impaired children—who were being attended to in the service—aiming at producing a questionnaire that would be adequate to the reality to be studied. These interviews were recorded, by previous consent, and transcribed afterwards. They provided important information on the mother's language and repertory, making it possible for the Authors to have a good grasp of the sociocultural context of these families.

During this exploratory stage, the need for altering the technical terminology of the questions to the daily vocabulary of the families became obvious. The mothers displayed great difficulty in understanding terms such as diagnosis, ophthalmologist doctor, congenital disease and, others. After the needed alterations in the composition of the questions had been proceeded, a structured questionnaire was produced, based on the information gathered.

This questionnaire was submitted to a pre-test, being applied to 10 mothers of visually impaired children who were being attended to in the service. It is worth explaining that these mothers were not part of the present study sample.

Analysing the results of the pre-test, the conclusion was that no changes in the questions would be necessary. The questionnaire comprehended 25 questions. The present paper is based on the following ones:

- Sex of the child attended to in the infant division of the Low-Vision Service.
- Age of the child attended to in the infant division of the Low-Vision Service.
- Age of the child when the vision problem was perceived.
- Who first perceived the vision problem of the child.
- Age of the child when taken to the ophthalmologist for the first time.
- Age of the child when attended to in the Low-Vision Stimulation Service for the first time.
- Knowledge of the mother regarding the technical terminology concerning the child's vision problem.

The questionnaire data were processed using the EPI-INFO program, version 6.0 (DEAN and coll., 1994).

RESULTS AND DISCUSSION

Just from the first weeks of life, the infant has in the vision his main source of information about his surrounding world. Provided this source is either deficient or absent, the child must build his world with information obtained from the remaining senses - hearing, touch, kinesthesia, smell and, taste (HYVARINEN, 1988).

A child is not born ready and finished. On the contrary, his development is accomplished through a slow, continuous and orderly process. When a child is born, he has the ability to become a receptive, participant and interacting human being in relation to the environment that surrounds him. It seems that the potentiality of a child to grow and develop depends on the presence of dedicated adults and a stimulating environment (SHEPHER, 1996).

The present study surveyed some personal characteristics of the children who compound the sample. According to Table 1, in the variable sex, a somewhat equivalence between the sexes can be observed. As to the variable age, it can be seen that 44.0% of the sample presented ages up to 2 years. Taking into account the nature of the service offered (low-vision stimulation), it is hoped that children with this kind of impairment receive specialised care early on their lives. And, indeed, approximately half of the children of this study were referred to this service up to the age of 2.

Taking into account data on Table 2, it can be noticed that the ophthalmologist –who theoretically should be playing an important role in the diagnosis and referral of visually impaired children to a low-vision stimulation service– had little or none influence in the early detection of the vision problem that, in general, was made by relatives (28.0%) and, mainly, by the mother (48.0%). The frequency zero (0) indicated for the ophthalmologist doctor, in Table 2, might be attributed to the fact that mothers do not usually take their babies to an ophthalmologist when there is suspicion of a vision impairment; they take them, ordinarily, to a pediatrician.

If both detection and diagnosis of a vision problem are to be accomplished early in life, it is necessary that family and health personnel have access to a specific kind of knowledge. Therefore, the family of a visually impaired child should be provided with technical-pedagogic and psychological support, integrated to the sociocultural environment, in order to become fully aware of the child's vision problem and its implying future consequences and, this way, be better prepared to accept and participate of the rehabilitation task.

Daily routine experience with rehabilitation attendance has been pointing out that when this does not occur what happens is a series of mutual accusations, incomprehension and even rupture of the family bonds. The impact of discovering that her baby was born with vision impairment might cause a disruption in the

initial stages of development of the special bond that usually occurs between mother and child for interfering with the mother's reaction, which might cause a greater damage than the impairment itself. Shock, frustration, commiseration and a sense of guilty have a profound influence on the mother's attitude towards her baby and on the mother-child interaction, being responsible for failures in the construction of a healthy bond and disintegration of the family dynamics and relationship. (BRUNO, 1993).

The lack of opportunity for discussing the diagnosis of their visually impaired baby is likely to give rise to a situation in which the parents feel themselves completely overwhelmed and unable to evaluate the reality of their child's impairment. Providing the grieving period crystallises, becoming something permanent within the family, the ghost of the desired; anticipated and, healthy baby will continue to interfere with the family's adaptation to the impaired child. (MILLER, 1995).

The availability of the pediatrician during the first years of a child puts him in a unique position as the best choice of a professional to help the family dealing with this kind of problem. (KLAUS & KENNEL, 1992).

The early perception of the vision problem of the child by non-ophthalmologist doctors shows the important role played by the pediatrician in the early diagnosis of the case. (see Table 2).

KARA-JOSE and coll. (1984) recommend that pediatricians should be made aware of the fundamental role that they can and must play in preventing and referring vision impairment. Being the first health professional to enter in contact with the child and his family, he is a key element in the building-up of a preventive mentality in ophthalmology. This same author, in a work carried out in 1980, had already reported that data observed in his research indicated that the pediatrician should be the professional in the best position to provide mothers with orientation and support in such a delicate moment as that of discovering and disclosing to the family the diagnosis of this severe type of vision impairment.

Through the family history, it can be observed that the responsibility for child bearing falls almost entirely on the mother's side; she is in charge of the greatest part of the child's care. (GOMES, 1992).

Taking into account Table 3, the early detection of vision impairment seems to depend, in general, on the mothers, since 84.0% of the visually impaired children were in the age group up to 6 months when it occurred.

As it was observed during the exploratory phase of this survey, the mothers displayed great difficulty in understanding technical terminology. Having no knowledge on the diagnosis nor on the prognosis, it becomes difficult for them to take an active part in the visual rehabilitation process of their child.

Data on Table 5 indicate that, from the 18 mothers of the sample, 7 did not know how to inform the type of vision impairment of their child; 11 (60.9%) indicated incorrectly the type of vision impairment of their child; and, only 7 (39.1%) knew how to indicate correctly the vision impairment of their child. These data bear great importance, since an enlightened mother is able to play a decisive role in the vision stimulation process of her child.

Low-vision children present difficulties concerning their global, psico-social and emotional development, which brings a series of implications for the teaching-learning situation. According to JAN, SIKANDA & GROENVELD (1990), low-vision affects all the areas of infant development that are associate with abilities mediated by vision.

Depending on the degree of impairment, the visual deficiency of a child might be verified either soon after birth, at pre-school age, or while attending elementary school. The untimely discovery of the vision impairment puts the child at risk of not being understood or not being sufficiently stimulated.

CARVALHO (1993), in a research carried out in the period from 1982 to 1991, at the same place the present survey was developed, reports that from the 836 cases attended to at the Low-Vision Service 46.0% aged less than 1 year when came to the LVS for the first time, suggesting and earlier detection of vision impairment when compared with data of the presented study.

Blindness in infancy is particularly important, being it by the indices with which it presents itself in developing countries, being it by representing one more aggravating socio-economic burden. (TEMPORINI, 1984). There is a common agreement among

specialists as to the importance vision assumes, since birth, in the learning process as well as to the need for discovery as well as treatment of ocular disorders being made early in life as a way of minimising or even solving such problems. (KARA-JOSÉ & TEMPORINI, 1980).

Socio-economical status is likely to become one more aggravating factor in this already serious problem. Therefore, if on one hand these children are not totally blind to be entitled to the assistance provided by social and rehabilitation services, on the other hand they are not well-sighted enough to lead a normal life.

In this sense, national programs for the blind should create new services for attending the visually impaired population. In developing countries, the already meager resources assigned to the health area should attend multiple and different priorities, not always privileging programs of a preventive character.

On Table 3, in the item related to the child's age at the first ophthalmologic consultation, it can be observed that 20 children were in the age group from 1 day to 6 months. Therefore, one is entitled to say that from the 21 children whose visual impairment had been detected up to the age of 6 months, only one have not had his first consultation at this age.

Programs focusing healthy practices in ophthalmology and blindness prevention at schools have been identifying children with vision impairments (TEMPORINI, 1980). These kinds of campaigns are helpful in making the population, professionals of public and private school networks and medical doctors, in general, aware of the importance of the early referral of visually impaired children to low-vision stimulation services. However, a very serious vision impairment is, in general, already installed before the first year of life. Therefore, if it is detected only at school age, it would be too late for any preventive procedure worth being taken, since the impairment would have already caused damages in the child development.

According to VEITZMAN (1992), early diagnosis and adequate medical treatment assume capital importance in the care of visually impaired children. The delay in referring children either with amblyopia or strabismus to specialised treatment puts their visual prognosis in jeopardy. Therefore, eye examination should play an important role in the general control of the schoolchildren's health. (MACCHIAVERNI FILHO and coll., 1979).

Total or partial lack of vision is likely to interfere with motor skills, fundamental for the process of a child's independence. The first months of life are crucial for the development of vision. LEAL and coll. (1995) emphasise that visual experiences are more copious and detailed than the ones provided by the other senses.

On Table 3, it can be seen that 21 cases of vision impairment (84.0%) were discovered up to the age of 6 months. On Table 4, in this same age group, only 8 cases (50.0%) came for specific attendance at the Low-Vision Stimulation Service. These results might possibly be put on account of a lack of referral on the part of either ophthalmologists or pediatricians.

GREENBLATT (1988), in a study on the interaction between ophthalmologists and visually impaired persons, disclosed that besides the reduced number of referrals to vision rehabilitation services, on the part of ophthalmologists, many of them had no knowledge on the existence of this kind of service in their own community. Once regularly informed about the types of attendance provided by these institutions, there was an increase in the number of referrals. He also emphasised that in the measure in which procedures to get the ophthalmologists more conscious of the importance of an early referral of these cases were taken, more children would benefit from this kind of service.

Therefore, the ophthalmologist's role is decisive for the child's future. The family might not search for a vision rehabilitation service if it were not suggested by the ophthalmologist in a clear and emphatic way. Data on Tables 3 and 4 show that although both detection of the vision impairment and first ophthalmologic consultation had occurred early, only 50.0% of the children whose mothers provided information had their initial attendance at the Low-Vision Stimulation Service within their first 6 months of life. These results are surprising, if one takes into account that this is a well-known service and one professionally respected within the medical community.

Analysing Table 5, it can be seen that the mothers attribute different names to the vision problem of their child. From the 25 mothers of the sample, 18 (72.0%) stated remembering the name attributed to the vision impairment of their child. However, from these 18 mothers, only 7 (39.1%) did give the correct name. Although not cognisant of the correct meaning of technical terminology such as diagnosis, congenital disease, or pathology, the mothers display interest in relation to the vision

impairment of their child, taking in view that, in the majority of the cases, the mother is the person who first identifies the problem (Table 2).

It was observed that the mothers of the visually impaired children who compound the study sample are lay in the matter and probably present difficulties in understanding technical terminology. Frequently, lay-persons consider professional terminology –even when they understand it– as something stigmatising and threatening. (TELFORD & SAWREY, 1976).

The difficulty of mothers in understanding the correct name attributed to the vision impairment of their child emphasises the importance of the ophthalmologist's role in providing the families a clear orientation concerning his diagnosis of their child's vision impairment.

CONCLUSIONS

Taking in view the results observed in the sample studied, the following conclusions can be drawn:

- The sample was composed of 25 mothers of visually impaired children with an average age of 24 months, indicating a somewhat equivalence between the sexes.
- In general, the child's vision impairment was first perceived by the mother, occurring within the first 6 months of life.
- The first ophthalmologic consultation also happened within the first 6 months of life; however, the stimulation attendance at the Low-Vision Stimulation Service was started, in the majority of the cases, during the first year of life.
- Some familiarity of the mothers with the technical terminology could be observed, although incorrectly employed.

The evinced facts suggest the need for a more active participation of ophthalmologists along with the visually impaired children's family, contributing for the early referral and attendance of these cases.

Table 1.
Personal characteristics of the visually impaired children attended
to at the Low-Vision Stimulation Service.

n = 25

Characteristics	<i>f</i>	%
Sex male	14	56.0
Sex female	11	44.0
Age (months)		
1 day - 12	4	16,0
13 - 24	7	28,0
25 - 36	5	20,0
37 - 48	6	24,0
≥ 49	3	12.0

Table 2.
Person who first perceived the vision problem of the child attended
to at the Low-Vision Stimulation Service.

n = 25

Person	<i>f</i>	%
Mother	12	48.0
Other family members	7	28.0
Ophthalmologist doctor	-	-
Other Medical Specialists	6	24.0

Table 3.
Perception of mothers of visually impaired children attended to at the Low-Vision
Stimulation Service concerning their child's age when his vision impairment was detected
and at the first ophthalmologic consultation.

n = 25

Age (months)	<i>f</i>	%
Detection		
1 day - 6	21	84.0
7 - 12	3	12.0
≥ 13	1	4.0
First Consultation		
1 day - 6	20	80.0
7 - 12	3	12.0
≥ 13	2	8.0

Table 4.
Age of visually impaired children at their first attendance at the
Low Vision Stimulation Service.

n = 16*

Age (months)	f	%
Up to 6 months	8	50,0
7 - 12	6	37,5
> 13	2	12,5

* From 25 mothers, 9 did not know how to inform.

Table 5.
Correct and incorrect use, on the part of mothers, of technical terminology
indicating the vision impairment of their child.

n=18*

Denomination Attributed	Correct		Wrong	
	f	%	f	%
Strabismus	1	5,5	3	16,5
Congenital Cataract	2	11,2	1	5,5
Albinism	2	11,2	-	-
Detachment of retina	-	-	2	11,2
Malformation of the eye	2	11,2	-	-
Congenital Toxoplasmosis	-	-	2	11,2
Atrophy of the eye	-	-	1	5,5
Nystagmus	-	-	1	5,5
Eye lesions	-	-	1	5,5

* From the 25 mothers, 7 did not know how to inform.

REFERENCES

- Alves, M.R.& Kara- José, N. (1996). *O olho e a visão. O que fazer pela saúde ocular das nossas crianças*. Rio de Janeiro, Vozes.
- Bruno, M.M.G. (1993). *O desenvolvimento integral do portador de deficiência visual: da intervenção precoce à integração escolar*. São Paulo, NEWSWORK.

- Carvalho, K.M.M. (1993). Visão Subnormal: apresentação de um modelo de atendimento e caracterização das condições de diagnóstico e tratamento em um serviço universitário do Brasil. Campinas . [Tese Doutorado Estadual de Campinas].
- Carvalho, K.M.M.; Gasparetto, M.E.R.F.; Venturini, N.H.B.; Kara-José, N. (1992). Visão Subnormal: orientação ao professor do ensino regular. Campinas, Editora da UNICAMP.
- Gagliardo, H.G.R.G. & Gonçalves, V.M.G. (1996). Conduta Visual - primórdios da comunicação. Arq. Neuropsiquiatr., 54 (Supl II).
- Greenblatt, S.L. (1988). Physicians and chronic impairment: a study of ophthalmologists interactions with visually impaired and blind patients. Soc. Sci. Med., 26(4), 393-99.
- Hyvarinen, L. (1988). La vision normal y anormal en los niños. Madri, ONCE.
- Jan, J.E., Sikanda, A., Groenveld, M. (1980). -Habilitation and rehabilitation of visually impaired and blind children. Ver. Peditrician, 17, 202-207.
- Kara-José, N. & Temporini, E.R. (1980). Avaliação dos critérios de triagem visual de escolares de primeira série do primeiro grau. REV. Saúde Públ., 14, 205-14.
- Kara-José, N.; Carvalho, K.M.M.; Caldato, R.; Pereira, V.L.; Oliveira, A.M.N.D.; Fonseca Neto, J.C. (1984). Atendimento de amblíopes e prevalência na população pré-escolar, Campinas, São Paulo, Brasil. Bol. Of. Sanit. Panamer., 97 (1), 31-37.
- Kara-José, N.; Carvalho, K.M.M.; Pereira, V.L.; Venturini, N.H.B.; Gasparetto, M.E.F.R.; Gushiken, M.T. (1988). Estudo retrospectivo dos primeiros 140 casos atendidos na clínica de visão subnormal do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Arq. Bras. Oftal., 5(12), 65-69.
- Leal, D.B.; Tavares, S.S.; Ventura, L.O.; Florêncio, T. (1995). Atendimento a portadores de visão subnormal: estudo retrospectivo de 317 casos. Arq. Bras. Oftal., 58(6), 439-42.
- Macchiaverni Filho, N.; Kara-José, N.; Rueda, G.; Pereira, V.L.; Costa, M.N.; Rangel, F.F.; Fávero, M. (1979). Levantamento oftalmológico de primeira a quarta séries do primeiro grau na cidade de Paulínia. Arq. Bras. Oftal. 42(6) , 289-94.
- Miller, N.B. (1995). Nobody's perfect: Living and growing with children who have special needs. Paul H. Brookes Publishing Co.

- Piovesan, A. & Temporini, E.R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev. Saúde Públ.*, 29, 318-25.
- Shepherd, B. (1996). *Physiotherapy in paediatrics* (3° ed.). Columbia.
- Temporini, E.R. (1980). O plano de oftalmologia sanitária escolar do estado de S.P.: Aspectos Técnico - Administrativos. S.P. [Tese Mestrado - Universidade Estadual de São Paulo].
- Temporini, E.R. (1984). Ação preventiva em problemas visuais de escolares. *Rev. Saúde Públ.*, 18, 259-62.
- Veitzman, S. (1992). O papel do oftalmologista numa equipe multidisciplinar para a habilitação de crianças deficientes visuais. *Arq Bras Oftal.*, 55(5), 215-217.

SHJATSU
Digitopuntura



ROTORIO AKA AKHOSIA

JUDO - MAKKO HO -
ORJGAMJ
TAJ CHJ - SHANTALA
CLARA CORTES BELTRAN
T. Ocupacional

Cll 111 # 14 - 60 Santa Paula
214 4585 - 214 4185

Factores que inciden en la acción de escribir a mano

*Sylvia Cristina Duarte Torres, T.O.**
e-mail: ocupacional@tutopia.com
R. MINS. 6870

RESUMEN

El presente artículo constituye un documento que invita al Terapeuta Ocupacional al análisis de las conductas sensoriomotoras que hacen referencia a la actividad realizada con miembros superiores, propia del ser humano, y que hace parte de su vida cotidiana, escribir a mano; se hace una revisión bibliográfica del desarrollo de la praxis manual, tipos de agarres, disfunciones y factores que se recomiendan tener en cuenta para medir la efectividad de la calidad de la prehensión de la mano, los diferentes movimientos que intervienen para lograr la coordinación, la destreza y la manipulación del objeto.

Palabras claves: Ocupación. Función de la mano, escribir con lápiz.

Los diferentes factores que están involucrados en la habilidad de los movimientos de la mano, le permiten al ser humano, interactuar con los diferentes objetos, logrando una destreza de tan alto nivel que con el transcurso del tiempo la persona no percibe la exactitud de la misma y el control del sistema nervioso central.

La función de la extremidad superior, esta dada por la sensación, movilidad y estabilidad del segmento en su totalidad, pero ante todo por la voluntad del individuo, su motivación y deseo de desarrollar habilidades con precisión, velocidad y fuerza muscular se suman al refinamiento y maduración de las zonas cerebrales y las vías cortico-espinales.

* Terapeuta Ocupacional, egresada de la Escuela Colombiana de Rehabilitación afiliada al Colegio Mayor del Rosario, Docente Escuela Colombiana de Rehabilitación.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Desarrollo embriológico

Existe un ciclo de tiempo donde se manifiesta el comienzo del desarrollo de la conducta práxico manual, hecho que permite establecer etapas dentro de la vida embriológica.

Es importante tener en cuenta todas las estructuras anatómicas y el mecanismo kinesiológico de la mano, dado que por esto desde el desarrollo embriológico se debe comprender la magnitud de la función de la mano y el brazo.

En primera instancia en la formación estructural se establece que a las 4 semanas de gestación aparece como cartílago la escápula, el húmero, el radio y el cubito; a la 6 semana aparece el tercer dígito, los metacarpianos.

La 7 semana comienza a ser muy importante en el ámbito de movimiento debido a que el brazo y antebrazo realizan la rotación interna y externa, a la 8 semana de gestación se observa la separación lateral del pulgar u oposición móvil del mismo, lográndose la adquisición del primer organizador de la praxis manual.

En la 12 semana se logra la flexión de las manos, como segundo organizador, y el tercero es a la 16 semana donde el niño logra abrir y cerrar las manos.

Con una rapidez asombrosa las estructuras toman forma permitiendo la integración de la mano al sistema neuro-motor adquiriendo movimientos suaves, refinados y de perfeccionamiento.

PRAXIS MANUAL

La definición de praxis manual esta enfocada a la habilidad de realizar un movimiento pequeño, preciso y delicado, demostrando el grado de perfeccionamiento alcanzado en el dominio de la actividad voluntaria.

Durante las primeras etapas de la vida, la actividad es global, difusa, no existe la maduración neuromuscular para lograr un acto voluntario independiente; la evolu-

ción de la praxis manual permite identificar 4 patrones a ser considerados: alcanzar, agarrar, sostener y manipular.

Alcanzar:

Incluye movimientos de brazo, antebrazo y mano, es una acción que pone la mano en contacto con el ambiente, para que las respuestas de los agarres se puedan desarrollar y adaptar a funciones específicas..

El alcance requiere de la separación del miembro superior del resto del cuerpo, así como del control proximal de la escápula para acomodarse a las dimensiones espaciales y temporales del movimiento. En supino el alcance empieza con el golpeteo de objetos, primero al lado y luego en la mitad, contribuyendo al desarrollo de la flexo-extensión del miembro superior en contra de la gravedad y la conducta de llevar las manos a línea media.

En prono el alcance adquiere una importancia en la conducta de mantener y sostener peso de un lado mientras el otro esta libre para alcanzar juguetes en plano frontal favoreciendo la extensión en contra de la gravedad. A medida que el niño adapta el alcance para moverse y recurrir al juguete los patrones de alcance se diferencian en el arrastre y en el gateo; En conclusión, al estar diferenciados los alcances desde la posición supina, prona o secuencia de rolado, los patrones de equilibrio y de estabilidad en línea media hace que el individuo realice un alcance con propósito en todos los planos de movimiento.

Soltar:

El soltar se define como la habilidad de liberar un objeto que se sostiene en la palma de la mano, se da por la combinación del patrón extensor.

Después de los 4 meses el niño realiza un soltar involuntario como resultado del movimiento general de su miembro superior o estímulo táctil; a los 6 ó 7 meses el niño inicia transferir objetos de una mano a la otra, siendo inicialmente halado de la mano que lo sostiene, observándose un soltar y un halar que se desarrollan simultáneamente.

A los 8 meses representa el comienzo del soltar voluntario que sumado a la relación causa-efecto y permanencia del objeto, se especializa la extensión voluntaria de los dedos.

Agarre y manipulación:

La función prensil de la mano depende de la integridad cinética, de la estabilidad proximal de antebrazo y del balance de los músculos sinérgicos y los antagonistas entre los extrínsecos y los intrínsecos.

Los diferentes patrones de la mano han sido descritos por Napier (1956) y por Flatt (1972) los cuales han considerado:

- Los agarres de fuerza: combinan la fuerza del pulgar en flexión, aducción y la fuerza de los otros cuatro dígitos hacia el lado cubital, con extensión de muñeca y estabilización del objeto en la palma.
- Los agarres de precisión: la muñeca deja de ser tan importante el pulgar trabaja en oposición y los demás dígitos en semiflexión.

La mayoría de actividades instrumentales de la vida diaria, requieren de combinaciones de agarres fuertes y de precisión, tales como abrir un frasco, martillar una puntilla entre otros, mientras que la actividad de escribir a mano específicamente accionar un lápiz es una actividad de precisión pero que necesita de la estabilidad específica de los patrones de fuerza.

Los factores sensorio-integrativos están referidos al sistema táctil que le permite desarrollar la habilidad de la esterognosia, la información háptica le permite explorar desde el primer año de vida la forma y las características de los juguetes y aprender del medio ambiente, de su cuerpo y del efecto que tienen sus movimientos. La integración entre la percepción visual y háptica esta dada a partir del 6 mes pues el reconocer la forma del objeto visualmente facilita el contacto táctil de éste. Piaget y Inhelder (1984) de acuerdo a las investigaciones realizadas con niños entre 2 y 7 años, determinaron que esta habilidad háptica es progresiva y se incrementa con la edad; por ejemplo entre los 30 meses y los 42 meses el niño es capaz de reconocer correctamente objetos comunes pero no identifica formas, entre los 42 meses y los 60 meses el niño identifica correctamente formas topológicas y figuras geométricas.

La discriminación háptica de textura, tamaño y peso se manifiesta a partir de los 4 años de edad y su mayor desarrollo va hasta los 9 años.

El sistema propioceptivo da información sobre el sentido de la posición de la mano y del objeto con respecto a la mano, participando en la preparación de la mano para el agarre y en la manipulación del objeto, permitiendo regular la fuerza de prehensión durante el agarre, ajustando las estructuras a la situación correcta de los programas motores, siendo controlado por el cerebelo, interviniendo en la planeación del movimiento y permitiendo asegurar la calidad, exactitud y precisión del mismo.

La habilidad de la cinestesia y sistema visual contribuyen con todas las funciones de índole perceptual logrando de esta manera un proceso que interrelaciona la esterognosia con la demás información sensorial lleva al manejo de la herramienta o el objeto que se tiene en la mano, modulando la fuerza necesaria para manejarlo y la presión que se debe ejercer sobre él según las características del mismo, la cinestesia permite la planeación motora del acto, la organización y asociación del mismo y por ende la acción en sí (el propósito); la percepción visual contribuye con la organización espacial del instrumento.

Realizando un examen cuidadoso de los diferentes autores que han investigado sobre la praxis manual se encuentran que en el ámbito del neurodesarrollo es importante establecer que:

1. La información somatosensorial se codifica a lo largo de la corteza posterior, desde la zona primaria sensorial hasta la parte posterior del lóbulo parietal (Jones y Powell, 1970), permitiendo integrar combinaciones, visuales, táctiles y kinestésicas que le posibilitan desarrollar movimientos muy finos, armónicos y coordinados de la mano.
2. Las vías vestíbulo-espinales y retículo-espinales controlan los movimientos proximales de los segmentos, estas estructuras subcorticales al ser mielinizadas establecen la estabilidad escapular para desarrollar movimientos como el lanzar y el alcanzar; de esta manera permite el desarrollo de los movimientos distales de la mano.
3. El otro aspecto a tener en cuenta es la escala de SCNECK Y HENDERSON (1991 y 1990) que establecen los patrones de prehensión o agarre de tipo primarios o primitivos, transicionales y maduros.

Cuadro 1.

TIPO DE AGARRE	NIVEL	DESCRIPCIÓN
1. Agarre palmar radial	Primitivo	Antebrazo pronado, movimiento de todo el brazo, el pulgar hacia abajo.
2. Agarre palmar supinado	Primitivo	Muñeca flexionada, movimiento del todo el brazo, pulgar hacia arriba.
3. Agarre pronado digital	Primitivo	El dedo índice esta extendido, el antebrazo no es estable.
4. Agarre de cepillo	Primitivo	Es realizado con los dedos, mano pronada, con movimientos de muñeca, el objeto se posiciona en la palma, el antebrazo en el aire y movimientos de brazo.
5. Agarre con dedos extendidos	Primitivo	La muñeca esta estable, y pronada, con ligera desviación cubital y mueve el antebrazo como un todo.
6. Agarre con pulgar	Transicional	El objeto se ajusta contra el pulgar y la falange media del dedo índice, el pulgar cruza el lápiz y los demás dedos parecen escondidos, mueve muñeca y dedos, el antebrazo se posiciona en la mesa.
7. Agarre trípode estática	Transicional	Estabiliza el objeto en el lado radial con apoyo del II y III dedo, el pulgar estabiliza la completa oposición, muñeca ligeramente extendida, se mueve la mano como una unidad. El antebrazo descansa en la mesa.
8. Agarre de 4 puntos	Transicional	Los 4 primeros dedos en oposición, movimiento de muñeca y dedos, antebrazo estable en mesa.
9. Agarre trípode lateral	Maduro	Estabiliza el objeto entre el III dedo y el pulpejo del pulgar, el pulpejo del índice es parte del equipo y 4 y 5 dedo estabilizan la articulación metacarpofalángica
10. Agarre trípode dinámico	Maduro	El objeto se estabiliza oponiéndolo el pulgar entre el pulpejo del II dedo y apoyo en el III.

Esta escala le permite al Terapeuta establecer el nivel de Prehensión que posee la persona, la forma de interactuar con el objeto y establecer si el agarre esta siendo funcional, si contribuye a cumplir con los factores de precisión, velocidad, modulación de la fuerza, equilibrio entre músculos extrínsecos e intrínsecos y legibilidad de los signos realizados.

Dentro de los mecanismos neuromusculares se ha encontrado en la literatura que la función de la mano esta dada por un buen control postural, simetría y alineación

del cuerpo con respecto a la cabeza, por lo tanto la presencia de un reflejo tónico nuchal asimétrico incide directamente en la ejecución de las actividades bilaterales. Un adecuado tono muscular permite que la persona pueda realizar ajustes posturales oportunos para la acomodación de los materiales y herramientas de la actividad; el desarrollo de los músculos extrínsecos le permiten al hombre desarrollar la fuerza necesaria y el desarrollo de los músculos intrínsecos facilita la adquisición de la precisión de los agarres más finos o los utilizados para las actividades livianas.

LA ACCIÓN DE ESCRIBIR A MANO

La escritura es una habilidad muy importante en los niños de edad escolar, es la actividad central, producir una escritura legible, fluida para poder expresar, comunicar y registrar sus ideas y sus logros académicos.

El agarre del lápiz es uno de los aspectos de la escritura que debe ser muy cuidadosamente estudiado por los Terapeutas ocupacionales que trabajan con niños, a este factor se le une el ergonómico que hace referencia a la interacción y ajuste entre las habilidades del niño (madurez neurológica, motora y sensorial) y las características de la herramienta como es la forma del lápiz.

La intervención involucra el empleo de herramientas adaptadas, adaptadores para el lápiz, uso de flumaster en vez de lápiz, papel con renglones más anchos, etc.

Muchos niños entre los 4 y los 6 años de edad desarrollan un agarre típico de la herramienta que es la pinza trípode dinámica, en la medida que van creciendo parecen refinar este agarre; sin embargo en la mayoría de niños que presentan dificultades en la escritura se observa variaciones en el tipo agarre del lápiz, sin que esto se encuentre muy claro.

La manipulación eficiente del lápiz depende de la necesidad de saber diferenciar los movimientos individuales de los dedos, desempeñar la acción con velocidad y tener una fuerza de agarre suficiente para evitar que se caiga el objeto, pero que le permita ser movido con facilidad. Estos movimientos son propios de la mano, son movimientos especializados los cuales implican:

- aislar
- disociar
- graduar
- calibrar(tener ritmo y fluidez)

Con las características anteriormente mencionadas se permite agarrar el lápiz y después para poder manipular el objeto es necesario según Exner (1989) que el lápiz pueda ser ajustado en las estructuras implicadas, pasarlo de la palma a los dedos y de los dedos a la palma y moverlo entre los mismos dedos:

- desplazar
- trasladar
- rotar

Definitivamente en esta actividad de escribir con la mano, cuyo producto final es la escritura se debe siempre establecer 3 indicadores de competencia y efectividad:

- a. La legibilidad de la letra
- b. La velocidad de la acción
- c. La resistencia de la estructura anatómica

Sin embargo no se pueden olvidar los otros factores que también inciden en el producto final:

- La forma, el tamaño y la alineación de la letra.
- El espacio entre letras y las palabras.

Esto también implica además que el niño debe tener su componente socio-emocional en total equilibrio para que se motive en la actividad de aprender a escribir, que le produzca interés, satisfacción personal, reconocimiento social y por ende un buen nivel de autoestima y auto-concepto.

CONCLUSIONES

A pesar de los avances tecnológicos, de la magia de los procesadores de palabra y la proliferación de los sistemas de comunicación, la escritura a mano sigue siendo un componente necesario de la vida cotidiana.

La incapacidad y el resultado final de una escritura ilegible afecta directamente el desempeño académico del estudiante, su autoestima y la aceptación por parte de sus compañeros, maestros y padres.

La pobre coordinación o las inadecuadas habilidades motoras finas no pueden servir como único predictor en la acción de escribir a mano en forma competente, sino que además se deben tener en cuenta los aspectos de procesamiento visual, las habilidades de maduración e integración cognitiva, la memoria visual e integración visual motora.

El otro aspecto a tener en cuenta es que la velocidad de escribir a mano depende tanto de la edad de desarrollo como del entrenamiento que haya tenido en el aula escolar.

Finalmente se recomienda a los Terapeutas Ocupacionales que trabajan con disfunciones de miembro superior, que un aspecto que siempre deben tener en cuenta en sus programas de rehabilitación para medir desempeño ocupacional competente de una persona, es la acción de escribir a mano, analizando cada uno de los factores que intervienen en ésta actividad.

BIBLIOGRAFÍA

- Burton, A.; Dancisack, M. American journal occupation therapy, vol. 54 No. 1 de 2000.
- Cailliet, R. *Síndromes dolorosos de la mano*. México: Editorial el manual moderno, 1985.
- Erhardt, R. *Development hand dysfunction: Theory, assessment, treatment*. Ramsco publishing 1982.
- Flehmig. *Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones: diagnostico y tratamientos tempranos*. Editorial Panamericana. 1988.
- Gilfoyle, E.; Grady A.; Moore, J. *Children Adapt: a theory of sensoriomotor-sensory development*. 1990.

- Henderson, Anne; Pehoski, Charlene. Hand function in the child: Foundations for remediation. Edited by Mosby, 1995.
- Kapandji, A. *Cuadernos de fisiología articular*. Masson. 1985
- Molina, D.; Costallat, M. OLINA D, COSTALLAT M, La entidad psicomotriz: abordaje de su estudio y su educación. Editado por Losada. 1984.
- Tseng M.; Chow S. Perceptual-motor function of school-age children with slow handwriting speed. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 54 # 1. 2000.
- Wallen M.; Mackay, S. Test-retest, interrater, reliability and construct validity the handwriting speed test in year 3 and 6 year students. *Physical & Occupational Therapy in pediatrics*, vol. 19 # 1, 1995.

Desde que su niño nace tiene un programa en el Jardín Infantil...



Computadores, Música, Inglés.
Apoyo Pedagógico-Terapia Ocupacional
Fonoaudiología.

20 AÑOS DE EXPERIENCIA EN ESTIMULACION
Y PROMOCION DEL DESARROLLO INFANTIL.

Tel: 6714113 - Telefax: 6719986
Transv. 62 No. 174-51 San José de Bavaria.

El menor trabajador: un problema globalizado¹

Olga Luz Peñas Felizzola²

“Palabras que significan niño, muchacho y muchacha, por ejemplo, son utilizadas regularmente para significar esclavo o siervo en griego, latín, árabe, sirio y en muchas lenguas medievales”(1).

RESUMEN

El presente artículo constituye una aproximación a la problemática del trabajo infantil, tanto en el contexto nacional, como en el internacional. Para ello, se exponen brevemente las cifras de dicho fenómeno a nivel global, así como las principales políticas y estrategias implementadas hacia su erradicación, y los hallazgos de algunos estudios diagnósticos llevados a cabo en diferentes latitudes.

Palabras claves: niño-adolescente, trabajo, políticas y programas.

Key words: children-young; work; policies and programs.

1. GENERALIDADES DEL TRABAJO INFANTIL

El trabajo infantil es asumido como la actividad o trabajo -cualquiera que este sea- desarrollado por menores de 14 años para obtener el propio sustento o el de su familia, ya en la producción, distribución o comercialización de bienes y servicios,

¹ Este trabajo hace parte de un estudio más amplio titulado *El menor trabajador en Colombia* (1999), elaborado por Olga Luz Peñas Felizzola y Pilar Escamilla, nutricionista, Magíster Sc. en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

² Terapeuta Ocupacional, Magíster en Salud Pública (candidata), Universidad Nacional de Colombia.

y en general, ocupaciones que producen valor aún cuando no tengan retribución económica o en especie.

Existe también la categoría de jóvenes trabajadores que, siendo menores de edad, se ubican en un rango de edad mayor: de 14 a 18 años (2). Pero, para efectos del presente trabajo, se manejará la denominación de trabajo infantil para hacer referencia a todas aquellas actividades laborales llevadas a cabo por menores de edad (menos de 18 años). Según la O.I.T. el trabajo infantil son todas “las actividades que implican la participación de los niños en la producción y la comercialización familiar de los bienes no destinados al autoconsumo o en la prestación de servicios por los niños a personas naturales o jurídicas” (3).

En la problemática del trabajo infantil están involucrados intereses de diversa índole. Por un lado económicos, tanto de parte del empleador (a quien se le rebaja el costo de la mano de obra), como del empleado (el menor y su núcleo familiar que urgen de tales ingresos). Incluye también toda una gama de tópicos culturales, en tiempo y en espacio: entre determinados grupos culturales-campesinos, por ejemplo-, el trabajo infantil se considera requisito indispensable para alcanzar un verdadero desarrollo del individuo. Tiene también determinantes sociales, ya que día a día la sociedad exige un ingreso cada vez más temprano al mercado laboral. A lo anterior, deben sumarse otros factores que son señalados de importancia en la etiología de esta problemática, como son la pobreza, la amplia brecha entre las políticas sociales y económicas, la inequitativa distribución en el acceso a servicios sociales básicos, la baja calidad de la educación y el alto costo de la misma, la conformación numerosa de los hogares con mayor NBI, la tendencia cultural de cambiar la concepción de trabajo infantil como medio de socialización por otra que lo asume como medio económico de producción (4).

La población menor trabajadora generalmente proviene de familias numerosas, incompletas (frecuentemente sin padre), hogares en condiciones de hacinamiento, ingresos supremamente bajos, al igual que la escolaridad de los padres (3). Este grupo es considerado particularmente vulnerable –o según la OIT, menores en circunstancias especialmente difíciles–, ya que las condiciones en que compiten en el mercado laboral son de considerable desventaja: baja escolaridad, presión familiar para el autosostenimiento, salario inferior, desvinculación de la seguridad social, etc.

El trabajo infantil ha sido propuesto como un problema prioritario de erradicación a nivel global. Sin embargo, el problema grave no es el trabajo infantil en sí mismo, sino todas las condiciones de desventaja y explotación que se dan en su interior. Como ejemplo de ello, se encuentran ciertas formas intolerables tales como "la esclavitud, la servidumbre, el trabajo forzoso, la producción o el comercio de sustancias psicoactivas, la explotación y el abuso sexual" (4; 5). A lo anterior cabe agregar que este fenómeno refleja, de una u otra manera, "(...) el deterioro de las condiciones socioeconómicas del país, obligando a muchos menores a trabajar para contribuir al sostenimiento de sus hogares" (6).

2. REVISIÓN DE LA SITUACIÓN INTERNACIONAL

2.1. El trabajo infantil en el mundo

El trabajo de niños y jóvenes, aunque no es un fenómeno nuevo en los países en desarrollo, cuenta con escasa documentación, especialmente en términos de estudios cuantitativos, con anterioridad a los años cincuenta. Por el contrario, en los países desarrollados, y especialmente en Inglaterra y Estados Unidos, existe una documentación extensa sobre este fenómeno desde hace varios siglos (15). Muchos jóvenes trabajan desde temprana edad en la mayoría de los países en vías de desarrollo, la participación de adolescentes en la fuerza laboral es, en general, difícil de medir, especialmente en las áreas rurales y entre la población femenina. América Latina no es la excepción a este problema.

A nivel mundial las tasas de participación entre los de 10 y 14 años tienden a ser más altas en África y Asia, donde alcanzan el 22% y el 15%, respectivamente. En los países Latinoamericanos se estima que llegan al 10% en los países centroamericanos y al 7% en el Caribe (5; 7; 8).

Según el último informe de la O.I.T. (23), hoy día existen en el mundo 250 millones de menores trabajadores, de los cuales la mitad trabaja más allá de la jornada laboral permitida.

A continuación la Tabla 1 muestra resumidamente las cifras mundiales de la participación de menores en el mercado laboral.

Tabla 1. Estimación de la participación mundial de menores en el mercado laboral*.

REGIÓN		POBLACIÓN ECONÓMICANTE ACTIVA (MILES)	TASAS DE PARTICIPACIÓN DE MENORES (%)
Africa	Este	8.000	32.9
	Medio	1.900	21.9
	Norte	1.000	5.8
	Sur	100	4.6
	Oeste	5.800	24.2
América	Caribe	200	6.8
	Centro	1.000	10.3
	Norte	0	0.00
	Sur	3.500	12.8
Asia	Este	22.500	20
	Sudeste	5.600	11.1
	Sur	20.100	14
	Oeste	1.100	6.7
Europa	Este	4	0.1
	Norte	1	0.00
	Sur	84	0.8
	Oeste	0	0.00
Oceanía	Australia y Nueva Zelanda	0	0.00
	Melanesia	147	23.9
	Micronesia	0	0.00
	Polinesia	1.1	4.8

*Estimaciones para la población entre 10 y 14 años de edad

Fuente: O.I.T. Estimaciones de 1993 presentadas en Grootaert y Kanbur (1994).

Las cifras se basan: a) en una encuesta enviada a más de 200 países en abril de 1992; b) estimaciones y proyecciones preliminares de la O.I.T. de la población económicamente activa; y c) la distribución mundial por sexo y edad de la división de población de las Naciones Unidas.

2.2. Algunas políticas, planes y programas internacionales

En general, las macropolíticas o programas mundiales en torno a la problemática laboral han sido lideradas por la O.I.T., entidad encargada de la veeduría de dichas situaciones y de la implementación de estrategias de erradicación y control, entre

otras, del trabajo infantil. A continuación, la Tabla 2 retoma algunos de los principales hechos o disposiciones internacionales, que guardan relación con la problemática de estudio.

Tabla 2. Estrategias Internacionales para la protección de la población menor.

FECHA DE CREACIÓN	POLÍTICA O PROGRAMA IMPLEMENTADO
1919	Nace la Organización Internacional del Trabajo y fija la edad mínima para trabajar en 14 años.
1989	Declaración Internacional de los Derechos del Niño.
80's	Nace la Coalición Surasiática contra la Servidumbre Infantil -SACCS-.
1990	Cumbre Mundial por la Infancia, cuyo Plan de Acción gira en torno a que "la niñez constituye el principal recurso de cada nación".
1994	Cumbre Mundial sobre Población y Desarrollo. II Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social.
1995	Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Programa Internacional para la erradicación del trabajo infantil en América Latina -IPEC-, 1995-1999.
1996	I Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Infantil con fines comerciales. III Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social. 65ª Reunión de la Conferencia Interamericana del Trabajo.
1997	Conferencia de Amsterdam sobre formas intolerables de trabajo infantil O.I.T. crea el Sistema de Información Regional sobre Trabajo Infantil -SIRTI-.

3. EL TRABAJO INFANTIL EN AMÉRICA LATINA

3.1. Características generales

Según la O.I.T. uno de cada cinco niños es económicamente activo en Latinoamérica, lo cual constituye una cifra cercana a los 18 millones de menores. Además se estima que hay 250 millones de menores trabajadores en el mundo entero, de los cuales la mitad corresponde a trabajadores de tiempo completo y 80 millones desempeñan labores consideradas de alto riesgo (9; 14; 17).

En América Latina un sector amplio de la población de niños y jóvenes trabajadores recibe bajos salarios, están sometidos a jornadas laborales extensas para su corta edad, y realizan actividades que superan su capacidad física; como también se encuentran vinculados a una gran variedad de actividades, principalmente relacionadas con el sector informal. En términos de rama de actividad, el estudio de PREALC (1988) (18) indica que la mayoría de los jóvenes trabajadores latinoamericanos se encontraban en el sector agrícola, siguiendo en importancia el sector de servicios, la industria y el sector de comercio. La proporción de niños y jóvenes que trabajan en agricultura bajó de un 64% en 1950 a un 50% en 1970. Se sugiere que este descenso se produjo por el proceso migratorio y la preocupación por las leyes. A pesar de ello, existen pocos estudios sobre la demanda para el trabajo infanto-juvenil en general, y especialmente en los países pobres. La razón principal es la dificultad encontrada para investigar el fenómeno, pues las empresas son conscientes de su actuación ilegal y esconden a los niños trabajadores.

Los niños y los jóvenes generalmente se encuentran en cargos ocupacionales que no requieren habilidades y realizan labores reducidas a simples rutinas que hacen difícil el paso a mejores posiciones ocupacionales y mejores remuneraciones. Este patrón puede aún ser más fuerte cuando se considera la discriminación por sexo y raza. De otra parte, se puede afirmar que la preparación que recibe un menor para ingresar a un trabajo es mínima, y muchos niños y jóvenes ingresan a trabajar sin ningún entrenamiento o inducción.

Generalmente, los menores trabajadores tienden a estar desprotegidos. Varios autores (2; 5) indican que, en el sector rural, mientras el 13.8% de la población adulta cuenta con un seguro médico por parte de sus trabajos, solamente el 2.4% de los niños y jóvenes ocupados entre 10 y 18 años lo tienen.

En cuanto a las diferentes actividades realizadas por los niños y jóvenes, existen muchos trabajos riesgosos. La extracción de piedra, carbón, oro, recolección de basuras y la venta en las calles son algunos de los oficios que se pueden incluir dentro de la larga lista de trabajos no aptos para ellos.

La incorporación del menor a la fuerza laboral es el resultado de una combinación de variables donde se intersectan componentes económicos, sociales y culturales. Las relaciones de parentesco, amistad y autoridad acompañadas de una oportunidad de empleo son factores determinantes en el trabajo del menor. Así, las relaciones del trabajo infantil están enmarcadas dentro de una dinámica que obedece tanto a las relaciones y roles generados en el espacio familiar, como a una necesidad económica del mismo. El trabajo de los niños y jóvenes de estratos socioeconómicos bajos, se ha caracterizado por ser mano de obra barata y estar relacionado con la pobreza de las familias que ven en el niño un recurso adicional para la obtención de ingresos.

El trabajo de los niños generalmente no es remunerado. Se ha encontrado que un menor recibe entre el 30 y 40% menos que un adulto que trabaja las mismas horas y en la misma actividad. En el caso del sector rural colombiano, las familias con niños trabajadores de 6 a 9 años, aparentemente más pobres, han tenido menos educación que las familias con niños trabajadores más grandes, o que familias sin niños trabajando (10).

Varias investigaciones han demostrado que la participación laboral de niños y niñas, tanto de la zona urbana como rural, sigue siendo alta, demostrando la discrepancia entre la ley y la práctica. Saber con exactitud la tasa de participación laboral infantil es una tarea difícil, dado que son muchos los que laboran invisiblemente dentro de la esfera familiar o que se encuentran vinculados al sector informal o a actividades marginales, las cuales no son captadas por las estadísticas tradicionales. Por ejemplo, al igual que para las mujeres, son muchas las actividades que los niños realizan dentro del hogar que no son percibidas como trabajo. Así mismo, una gran cantidad de empleadores prefieren mantener en secreto que sus trabajadores son niños y jóvenes de edad por temor a las sanciones de la ley. Lo anterior hace que las estadísticas oficiales sobre el total de menores trabajadores estén subestimados.

3.2. Los menores trabajadores en Colombia

En el caso de Colombia, por lo menos desde principios del siglo existe documentación, en su mayoría datos de prensa, sobre el trabajo de los niños y jóvenes. Los niños aguateros, chircaleros, vendedores de prensa, emboladores, carboneros, artesanos y recolectores de café, han figurado en la historia del país desde hace mucho tiempo. Sin embargo, no se cuenta con datos que permitan conocer la evolución a largo plazo del trabajo de los niños y jóvenes colombianos, ni en términos de número de trabajadores ni de las características de sus labores. El rápido proceso de desarrollo económico del país y de migración a las ciudades parecen ser determinantes en los diferentes tipos de trabajo desempeñado por ellos. En algunos casos, unos trabajos han perdido importancia mientras que otros aparecen como fenómenos nuevos.

3.2.1. Años 70': el primer estudio nacional sobre el trabajo de menores fue realizado en 1977, en el cual se compararon los datos censales de 1951, 1964 y 1973 (2). Para 1951 el 4,2% de la población menor de 15 años formaba parte del mercado laboral y el 52,6% de la población mayor de 15 a 19 años. Para 1964 el 4,4% de los menores de 15 años trabajaban, observándose una disminución en la participación de este grupo, posiblemente atribuido a la expansión de la escolarización. En síntesis, para el periodo en estudio, la proporción de menores vinculados al mercado laboral disminuyó, al tiempo que aumentó la de vinculados a la escuela—esta última que pasó de 56,6% en 1964 al 87% en 1983)—³.

Según Salazar (1990), los datos de 1964-1978 muestran evidentemente un descenso en el trabajo infantil femenino y un aumento en el masculino, de 10 a 14 años (8,2% a 7,1, y de 1,2% a 1,6 respectivamente). De todas formas, se evidencia una mayor participación femenina (de casi cinco veces) sobre la masculina.

3.2.2. Años 80': posteriormente, desde mediados de los 70' a 1985 se sigue observando el descenso de este fenómeno: en niñas pasa del 13,8% al 5,2, y en varones de 13,8% a 9,4. Para 1981 se publica la cifra de 3 millones de niños trabajadores, aún cuando no se dan a conocer las bases ni los parámetros de tal afirmación. Información obtenida para 1984 permitió establecer que la gran mayoría de menores

³ Al respecto podemos agregar que "si en la población económicamente activa participa un número apreciable de menores, podemos inferir sobre la eficiencia que poseen los sistemas escolares" (11).

trabajadores se hallaba vinculado al sector de los servicios: comercio, servicios personales, venta ambulante, y también al sector agropecuario, construcción y manufacturero. Indudablemente la escolaridad de los menores ha mejorado en las últimas décadas, pero a pesar de ello una proporción considerable no termina su primaria, asociado en gran medida a la necesidad de trabajar para conseguir recursos para su sostenimiento. "Los niños que no están estudiando, que no han podido estudiar, están más presionados tanto por usos del tiempo como por mayor pobreza, a vincularse precozmente al trabajo" (2).

En el Censo-85 se encontró que 7 de cada 100 niños entre los 12 y 17 años son analfabetas; mientras que, específicamente para Bogotá, se estimó que 21,6% de estos menores no estudiaba por motivos "laborales" (12). Para esta misma época, la población menor de edad constituía el 15% de la población económicamente activa -P.E.A- (6% mujeres y 9% hombres). En cuanto a los niveles de participación entre los 10 y 11 años, el 1,6% trabaja, mientras que de 12 a 14 lo hace el 10%, y entre 15 y 19 la tercera parte de la población (3).

3.2.3. Años 90': en 1993, las cifras de la Encuesta de Calidad de Vida y Pobreza de Bogotá, muestran que el 1.7%, el 9.4% y el 29.6% entre 5 y 11, 12 y 15, y 16 y 18 años de edad, respectivamente, estaban trabajando en 1991 (13). Señala que en la Encuesta de Niños y Jóvenes trabajadores entre una muestra de niños de las familias de los estratos 1 y 2, la participación es más frecuente, probablemente porque preguntaron directamente a los niños acerca de su participación laboral.

Según datos de la Encuesta de Niños y Jóvenes en Alto Riesgo en Bogotá (13), el 90% de los niños encuestados hacía mandados para su familia, el 82% aseo, el 42% cocinaba y el 38% cuidaba a otros niños. El trabajo doméstico de los menores facilita la participación laboral de jóvenes, mujeres y otros miembros del hogar, mecanismo importante para elevar los ingresos y el nivel de vida de la familia. Para 1993 se estimaba que el 26% de las familias colombianas estaban a cargo de mujeres, cuyos ingresos no llegaban siquiera al salario mínimo (12). Continúan los menores vinculándose en mayor proporción al sector informal de la economía y en algunas actividades consideradas de alto riesgo, entre las cuales se encuentran (6):

- Minería de carbón y oro (con exposición a derrumbes, explosiones y contaminación).

- En canteras y ladrilleras (que los obliga a llevar cargas pesadas que deforman su columna y pueden desencadenar hernias prematuras).
- En basureros (asociados a la exposición de agentes biológicos patógenos).
- Operaciones o tareas que conllevan exposición a altas temperaturas y humedad.
- Prostitución y tráfico de drogas.

Es de gran importancia señalar que en Colombia aproximadamente el 50% de la población es pobre, distribuida entre las zonas rurales y urbanas (6); debido a esta situación es de esperarse que una considerable proporción de niños deba asumir diversas ocupaciones para su supervivencia, incluso arriesgando esta misma.

Finalmente, según el último informe de la UNICEF para Colombia (22), en la actualidad existen en el país dos millones y medio de menores trabajadores, entre los 6 y 17 años de edad, situación que deja entrever un panorama desolador ante las predicciones que vaticinan un progresivo incremento de esta situación.

3.3. Menores trabajadores en la zona rural

“La participación infantil en la actividad económica es mucho más elevada en las zonas rurales que en las urbanas” (4; revisar también 6). El trabajo rural se ha caracterizado en gran medida por el alto nivel de participación de los miembros más pequeños de la familia. Sus labores productivas son principalmente la recolección de agua, leña o frutos, cuidado de animales, almacenamiento de granos y desyerbe. Este tipo de actividades son inherentes a la condición infantil.

Un estudio llevado a cabo en 1980 sobre la población escolar trabajadora en zonas rurales encontró que el 98% de los niños realizaban tareas que se traducían en aportes económicos para el hogar. La distribución de acuerdo al tipo de trabajo realizado es la siguiente: labores domésticas 54,9%, agrícolas 18,8% y cuidado de animales de 23,4%. Las niñas muestran tendencia a ubicarse en actividades domésticas, mientras los varones en tareas agropecuarias (2). Otro reporte del estudio es que “(...) cerca de la mitad de los niños mostraban deficiencias en su asistencia y rendimiento escolares a causa de las distancias entre la escuela y el hogar, la desnutrición, la mala salud y el exceso de trabajo escolar” (2).

En síntesis, en el área rural es aún muy frecuente la mano de obra infantil, tanto en la pequeñas parcelas como en las grandes destinadas a la agroindustria. En cuanto al fenómeno de desplazamiento rural, “es muy posible que la migración de los campesinos adultos a la ciudad haya contribuido a aumentar el trabajo infantil y juvenil en el campo” (2; ver también 6). De todas formas las proyecciones tienden a señalar un descenso en la participación laboral de dicha población, más aún si se tienen en cuenta las regiones de agricultura moderna (industrial), además a este aspecto se suman la mayor cobertura legislativa al respecto y el aumento de la escolarización. Sin embargo, un elemento quizás en su contra sea el mismo componente cultural que, como ya se mencionó, propone el trabajo infantil como único medio para alcanzar un verdadero desarrollo del hombre.

En general, puede afirmarse que existe una tendencia decreciente en el trabajo infantil rural, especialmente en las regiones donde crece la agricultura moderna o industrial, hecho atribuible además a la escolarización, mecanización y aumento de las relaciones salariales. Sin embargo, las regiones más deprimidas pueden presentar incremento de este fenómeno, debido a la necesidad de la participación laboral de todos los miembros de la familia, y por el desplazamiento de la población adulta (6).

3.4. Menores trabajadores en la zona urbana

En 1992 el DANE estableció para las nueve ciudades más importantes del país la cifra de 433.839 menores entre los 12 y los 19 años, vinculados a diversos trabajos (6; 21). Ya para 1996, el DANE realiza una encuesta sobre la niñez y la adolescencia en la zona urbana, que permite analizar información más precisa y reciente sobre las condiciones de los menores de edad. Los principales hallazgos son descritos a continuación:

- ✓ Para la fecha del estudio la población menor de 18 años se distribuía en 49% mujeres y 51% hombres; y por grupos de edad en 38,7% para menores de seis años; 26,9% de 7-11 años; y 34,4% de 12-17.
- ✓ El 47,3% no tiene cobertura en salud.
- ✓ La distribución de los menores trabajadores por grupo etáreo es: 11,7% entre 7-11 años; 13,3% entre 12-13 años; y 75% de 14-17. Lo cual corresponde en un 69,8% a hombres y en 30,2% a mujeres.

- ✓ Del grupo trabajador el 36,8% estaba vinculado a un negocio o industria familiar; el 40,7% a negocio o industria fuera del hogar; y el 22,5% era trabajador independiente.
- ✓ Al negocio o industria familiar se vinculan mayoritariamente entre los 14-17 años, con un 55,9%.
- ✓ Las ramas de actividad económica más importantes son: comercio 46,8%; industria 21,3%; y servicios personales, comunales o sociales 18,1%. Estos en conjunto reúnen el 86,3% del empleo total.
- ✓ Los oficios desempeñados con mayor frecuencia (entre los 7-17 años) son: trabajadores y operarios no agrícolas el 39,7%; comerciantes y vendedores el 36,1%; trabajadores de los servicios el 12,8%; y en otras ocupaciones el 11,4%.
- ✓ En cuanto a la intensidad de la jornada laboral, el 42,6% trabaja menos de 24 horas semanales; el 14% de 24-32 horas; el 29,4% de 33-48 horas; y el 13,6% más de 49 horas semanales. Correspondiendo mayores proporciones a hombres que a mujeres, en todas las categorías.
- ✓ En lo referente a la jornada laboral, el 42,6% labora las dos jornadas (mañana y tarde); el 25,7% solo la mañana; el 19,5% solo la tarde; el 4,6% en la noche; y el 7,6% en otras jornadas.
- ✓ El nivel de ingreso mensual de los menores muestra lo siguiente: 28,5% no devenga; 51% recibe menos del mínimo; y el 18,6% de uno a dos salarios mínimos.
- ✓ Específicamente el porcentaje que no recibe salario está vinculado en un 78,2% a negocios o industrias familiares; y el 10,9% en negocios fuera del hogar.
- ✓ El principal motivo por el cual deben trabajar los menores es por la situación económica (37,8% de los casos).
- ✓ El 9,4% de los menores entre 7-17 años no asiste a la escuela, entre otras razones, por la falta de dinero (24,9%) o porque deben trabajar (17%).

3.5. Las condiciones de trabajo del menor

El trabajo en los niños y jóvenes colombianos parece estar comprometiendo la adquisición de capital educativo: en primer lugar, se observa que una alta proporción de niños sale del sistema educativo y entra al mercado laboral a edad temprana. Las tasas de participación laboral aumentan significativamente entre los 12 y 13 años, y los 14 y 17, mientras que las tasas de escolaridad disminuyen entre los mismos grupos de edad (21). En segundo lugar, las actividades de trabajo y estu-

dio parecen ser más excluyentes que complementarias, tal vez debido a las largas jornadas de trabajo a que son sometidos los niños. La combinación de trabajo-estudio parece ser una etapa transitoria en los niños antes de abandonar la escuela y dedicarse solo a trabajar. En tercer lugar, el trabajo tiene un efecto negativo sobre el nivel educativo del niño. No sólo el capital educacional acumulado es menor entre los trabajadores que entre los no trabajadores, sino que la asistencia escolar es mucho menor entre los trabajadores que entre los no trabajadores.

Por último, la franja significativa de niños y de jóvenes de las zonas urbanas, y especialmente de los estratos socioeconómicos bajos que no realiza ningún tipo de actividad, permite inferir que no solo es la necesidad de sobrevivencia la que lleva al niño/ joven a abandonar la escuela y entrar al mercado de trabajo, sino que la falta de motivación e incapacidad del sistema educativo en retener la población estudiantil juega también un papel importante en alta deserción escolar entre los 12 y 13, y 14 y 17 años (21).

Los niños laboran en largas jornadas, similares o superiores a las de los adultos: 1 de cada 4 niños de 12 a 13 años trabaja más de 40 horas a la semana. Una extensa franja de los niños trabajadores sobrepasan la jornada autorizada por la ley: 2 de cada 3 niños de 12 a 15 años y 1 de cada 2 de 16 a 17 años trabajan un número mayor de horas a las legales. Los niños obtienen niveles de ingreso muy bajos, que en ningún caso corresponden con las horas trabajadas: cerca del 50% de los niños de 12 a 13 años no recibe ingresos por su trabajo, y el 50% de los jóvenes de 14 a 17 años no alcanzan a recibir medio salario mínimo por hora.

3.6. Planes, políticas y programas: la experiencia nacional

En el contexto nacional, son numerosas las propuestas de programas y políticas públicas diseñados para la protección de los derechos de la niñez, específicamente con la problemática laboral de esta población (16; 19; 20). La Tabla 3 reúne los principales avances legislativos en esta materia.

Tabla 3. Estrategias nacionales para la protección de la población menor.

FECHA DE CREACIÓN	POLÍTICA O PROGRAMA IMPLEMENTADO
1968	La Ley 75 crea el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-.
1979	La Ley 7 crea el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, y se prohíbe el trabajo infantil por un salario.
1989	El Decreto 2737 crea el Código del Menor.
	Nace la Procuraduría Delegada para la Defensa del menor y la Familia.
1990	El Decreto 1310 crea el Comité Interinstitucional para la defensa, protección y promoción de los derechos humanos de la niñez y la juventud.
1991	El documento CONPES da origen al Plan Nacional de Acción a Favor de la Infancia, que propone eliminar el trabajo infantil en condiciones no autorizadas por la ley y una cobertura del 100% de los menores trabajadores en las acciones de esta estrategia. Sin embargo, es pertinente anotar que el PNAFI nace como respuesta a los lineamientos y recomendaciones de la Cumbre Mundial para la Supervivencia, Protección, Desarrollo y Participación de los Niños (1990).
	La Constitución Política Colombiana, en su artículo 44 expresa que los menores deben ser protegidos contra cualquier tipo de explotación laboral o económica y trabajos riesgosos.
	La Ley 12 adopta la Convención de los Derechos del Niño (nacida en 1989).
1992	El Decreto 2145 asigna al Ministerio del Trabajo la coordinación y desarrollo de acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones laborales de los menores.
1994	El Compromiso de Nariño ratifica los compromisos asumidos a raíz de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (1990).

4. CONCLUSIONES

- * Existen fundamentalmente tres posturas acerca de la problemática del trabajo infantil: una que propone su tajante eliminación; otra que enfatiza la erradicación de las labores riesgosas; y la última que propone el trabajo infantil –aunque no en todas sus formas, obviamente– como factor positivo para el desarrollo y socialización del niño (6).
- * La participación laboral de menores va en descenso en las ciudades, mientras incrementa en el campo.
- * Aun cuando se observa predominancia masculina en el desempeño de las labores, tal diferencia entre géneros es menos evidente si se tiene en cuenta la asignación, casi exclusiva, de las labores del hogar a las mujeres, adicional a las labores de otra índole que deben realizar para colaborar con el sustento. De todas formas, la participación femenina viene creciendo en el mercado laboral infantil.
- * Son varias las dificultades existentes para el análisis de la magnitud del fenómeno en estudio: concepciones culturales de trabajo infantil, la clandestinidad debida a su ilegalidad en determinadas ocasiones, carencia de instrumentos completos y adecuados para la recolección de los datos, y poca comparabilidad entre los diferentes estudios realizados.
- * En el sector rural hay elevada participación masculina y en el sector urbano la tendencia es al equilibrio entre ambos sexos.
- * La participación por grupos etáreos es considerablemente más alta entre los grupos mayores (4:1 en zona urbana y 2:1 en la rural).
- * Es menor la escolaridad entre los menores trabajadores, que entre aquellos que se ubican fuera del mercado laboral. En la zona urbana, entre los 12-13 años, solo el 50% de los que trabajan están estudiando, a diferencia del 95% que no trabaja. En la zona rural, el 25% de los trabajadores estudia, mientras que el 80% de los que no trabajan acceden a la escuela.
- * La gran mayoría (80%) de los menores trabajadores está vinculado al sector informal de la economía, o como mencionan algunos autores, “la economía de la pobreza” (7).

- * “En promedio, los niños y jóvenes colombianos trabajan 40 horas a la semana, sin embargo, la intensidad de la jornada aumenta con la edad y varía según la zona y el género” (6). Las jornadas son mayores para las mujeres en la ciudad y mayores para los hombres en el campo.
- * Los ingresos son mayores para varones que para mujeres, y más altos en la ciudad que en campo.
- * El 25% de los menores urbanos y el 50% de los rurales, entre 12-13 años, no son remunerados por su trabajo.
- * “El 13% de los jóvenes urbanos y solo el 8% de los del campo, tienen acceso a la seguridad social” (6).
- * En cuanto a la intensidad de la jornada: 2/3 de los menores entre 12-15 años y más de la mitad entre los 16-17 trabajan jornadas superiores a las permitidas legalmente, situación que se agrava en el campo.
- * En lo referente a las políticas o estrategias implementadas para hacer frente a la problemática, queda mucho por hacer, ya que la tendencia es a proponer la erradicación del trabajo infantil, sin tener en cuenta todas las repercusiones involucradas en tal decisión. En la mayoría de los casos, el niño que trabaja –o la familia con menores trabajadores– requiere de su ingreso para el autosostenimiento, y en buena parte de las ocasiones este es fundamental para todo el núcleo familiar. De todas formas, las disposiciones hasta el momento implementadas no han tenido ninguna repercusión, por lo menos en el país, ya que la problemática ha mostrado ciertas fluctuaciones, pero podría afirmarse que originadas en necesidades o cambios del mercado, mas no en un impacto de alguna de dichas estrategias.
- * Lo importante en este problema no es su erradicación, sino la garantía de las condiciones mínimas de trabajo teniendo en cuenta las características de esta población, que le permitan, antes que cualquier otra cosa, la posibilidad de acceso a un mejor salario, la vinculación a la seguridad social y una estricta supervisión de la situación en labores riesgosas –cuyo desempeño deben asumirlo los grupos mayores–, entre otros. Sin embargo, mientras el Estado insiste en negar la situación o en penalizar su desarrollo, las cosas no van a cambiar, ya que con ello se seguirá favoreciendo a quienes contratan, pues, en la medida en que se castigue su existencia se negarán las posibilidades de exigir unas mejores condiciones laborales para los menores trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. García, M. *Infancia y ciudadanía en América latina*. Argentina: Editorial Córdoba, 1993.
2. Salazar, María Cristina. *Niños y jóvenes trabajadores*. Bogotá: Ediciones Universidad Nacional de Colombia, 1990.
3. MINISTERIO DE TRABAJO, O.I.T. y NACIONES UNIDAS. *Transición demográfica y oferta de fuerza de trabajo en Colombia*. Bogotá, 1986.
4. MINISTERIO DE SALUD e Instituto Nacional de Salud. "Declaración de Cartagena de Indias sobre la erradicación del trabajo infantil". En: *Boletín Epidemiológico Nacional*, vol. 2, Núm. 20, 1997.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La Salud en las Américas*, tomo II. Washington, 1998.
6. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN y UNICEF. *Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia*. Memorias del Seminario Interinstitucional sobre el menor trabajador en Colombia. Bogotá, 1994.
7. UNICEF. *En la calle: menores trabajadores de la calle en Asunción*. Bogotá, 1989.
8. O.I.T. *El reto del empleo*. Ginebra, 1988.
9. García, M. y Gallo, G. "En contra del trabajo infantil". En: *Página Web de la Asociación de Abogados de Buenos Aires*, año 4, Núm. 49 de abril de 1998.
10. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, UNICEF e ICFES. *Memorias "Seminario sobre Infancia y Familia en sectores marginados"*. Bogotá, 1988.
11. DE Uriceochea, María C. *Cambios en la estructura ocupacional colombiana*. Bogotá: Ediciones Universidad Nacional de Colombia, 1968.
12. Mojica, R. y Quintero, Marta. *Niñez y violencia: el caso de Colombia*. Bogotá: Ediciones Gente Nueva, 1993.
13. DANE, ICBF, MINSALUD y DNP. *Encuesta sobre la niñez y la adolescencia en Colombia*. Bogotá, 1996.
14. Buttari, Juan y otros. *El problema ocupacional en América Latina*. Buenos Aires: Ediciones SIAP, 1978.
15. Dunnette, M. *Work and nonwork in the year 2001*. California; Wadsworth Publishing Company, 1973.

16. MINISTERIO DE TRABAJO y O.I.T. Plan Nacional de Acción para la Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Joven Trabajador. Bogotá, 1996.
17. NACIONES UNIDAS, UNICEF, C.C.E. La niñez y la adolescencia en conflicto con la ley penal. El Salvador, 1995.
18. UNICEF Programa Regional Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles, s.f.
19. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Por nuestros niños: programas para su protección y desarrollo en Colombia. Editorial Villegas, Bogotá, 1990.
20. ————. Por los derechos de la gente, tomo I. Bogotá, 1998.
21. Flórez, Carmen Elisa y otras. *Niños y jóvenes: ¿Cuántos y dónde trabajan?* Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, CEDE. Bogotá, Edición Tercer Mundo Editores, 1995.
22. UNICEF. Informe para Colombia sobre la niñez trabajadora. 2000.
23. O.I.T. Informe Mundial del Trabajo. 2000.

Adpostal



Llegamos a todo el mundo!

**CAMBIAMOS PARA SERVIRLE MEJOR
A COLOMBIA Y AL MUNDO**

ESTOS SON NUESTROS SERVICIOS

**VENTA DE PRODUCTOS POR CORREO
SERVICIO DE CORREO NORMAL
CORREO INTERNACIONAL
CORREO PROMOCIONAL
CORREO CERTIFICADO
RESPUESTA PAGADA
POST EXPRESS
ENCOMIENDAS
FILATELIA
CORRA
FAX**

**LE ATENDEMOS EN LOS TELÉFONOS
2438851 - 3410304 - 3415534
980015503
FAX 2833345**

Impacto del egresado de Terapia Ocupacional de la Universidad Metropolitana. Barranquilla, 2000

Fanny Buitrago T. T.O.*, Maitte Flórez L. T.O.**

*“Ser terapeuta ocupacional es orgullo de pocos,
beneficios de muchos”.*

PRESENTACIÓN

Este estudio fue realizado para la celebración del día del Terapeuta Ocupacional en la Universidad Metropolitana, el día 10 de noviembre del año 2000.

OBJETIVO

Determinar el impacto que ha generado, a través del desempeño laboral, el egresado de la I y II promoción de Terapia Ocupacional de la Universidad Metropolitana en la comunidad Barranquillera.

SÍNTESIS

El Programa de Terapia Ocupacional de la Universidad Metropolitana, rigiéndose a los parámetros de la Ley 30 de 1992, por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior en Colombia, y en donde se establece el sistema nacional

* Terapeuta Ocupacional, Universidad Manuela Beltrán. Diplomada en Gestión Investigativa. Docente Universidad Metropolitana

** Terapeuta Ocupacional, Universidad Manuela Beltrán. Especialista en Docencia Universitaria. Docente Universidad Metropolitana.

de acreditación cuyo proceso tiene como fin fortalecer la calidad de la educación superior preservando así derechos legítimos que tienen los usuarios del sistema y la sociedad global, promueve la necesidad de conocer la situación de desempeño de sus egresados como factor de responsabilidad por reconocer y afrontar las consecuencias que se derivan de sus acciones con relación a las necesidades del contexto en que se opera.

ABSTRACT

The Program of Occupational Therapy of the Metropolitan University, continuing the parameters of the Law 30 of 1992, which it determine the approaches that govern the Superior Education in Colombia, and where the national system of accreditation settles down whose process have like end strengthen the quality of the superior education preserving legitimate rights that have the users of the system and the global society, so it promote the necessity of knowing the situation of acting of their graduate like factor of responsibility by recognizing and confront the consequences that are derived of their actions with relationship to the necessities of the context in which it are operated.

METODO

El presente estudio se enmarca dentro de los lineamientos de la característica 58 del sistema nacional de acreditación, en donde se evalúa el seguimiento de la ubicación y de las actividades que desarrollan los egresados y la preocupación por verificar si esas actividades corresponden a los fines de la Institución, al compromiso social y al tipo de formación que ofrece; Al igual que las acciones que viene realizando la Asociación Colombiana de Terapeutas Ocupacionales ACTO, con el fin de fortalecer los requisitos exigidos del ICFES para la creación y mantenimiento de los programas de Terapia Ocupacional a nivel nacional.

El método empleado fue de tipo inductivo-cuantitativo, estableciendo 2 fases o componentes principales:

1. La valoración del profesional en Terapia Ocupacional.
2. La valoración Institucional.

Esta presentación corresponde a la 1ª fase. Mostrando resultados parciales del estudio, la segunda se continuará trabajando, para contar con un registro más preciso sobre el impacto del ejercicio profesional en los diferentes sectores de trabajo y áreas de desempeño.

El número de egresados del Programa de Terapia Ocupacional es de 19, siendo 2 promociones durante el año 2000 específicamente distribuidas en enero y julio. Sin embargo el total de la muestra fue de 17.

Para la realización de este estudio se elaboró un instrumento donde se contemplan los aspectos relacionados a características de la población, sectores de trabajo, áreas de desempeño, cobertura, situación laboral y proyecciones.

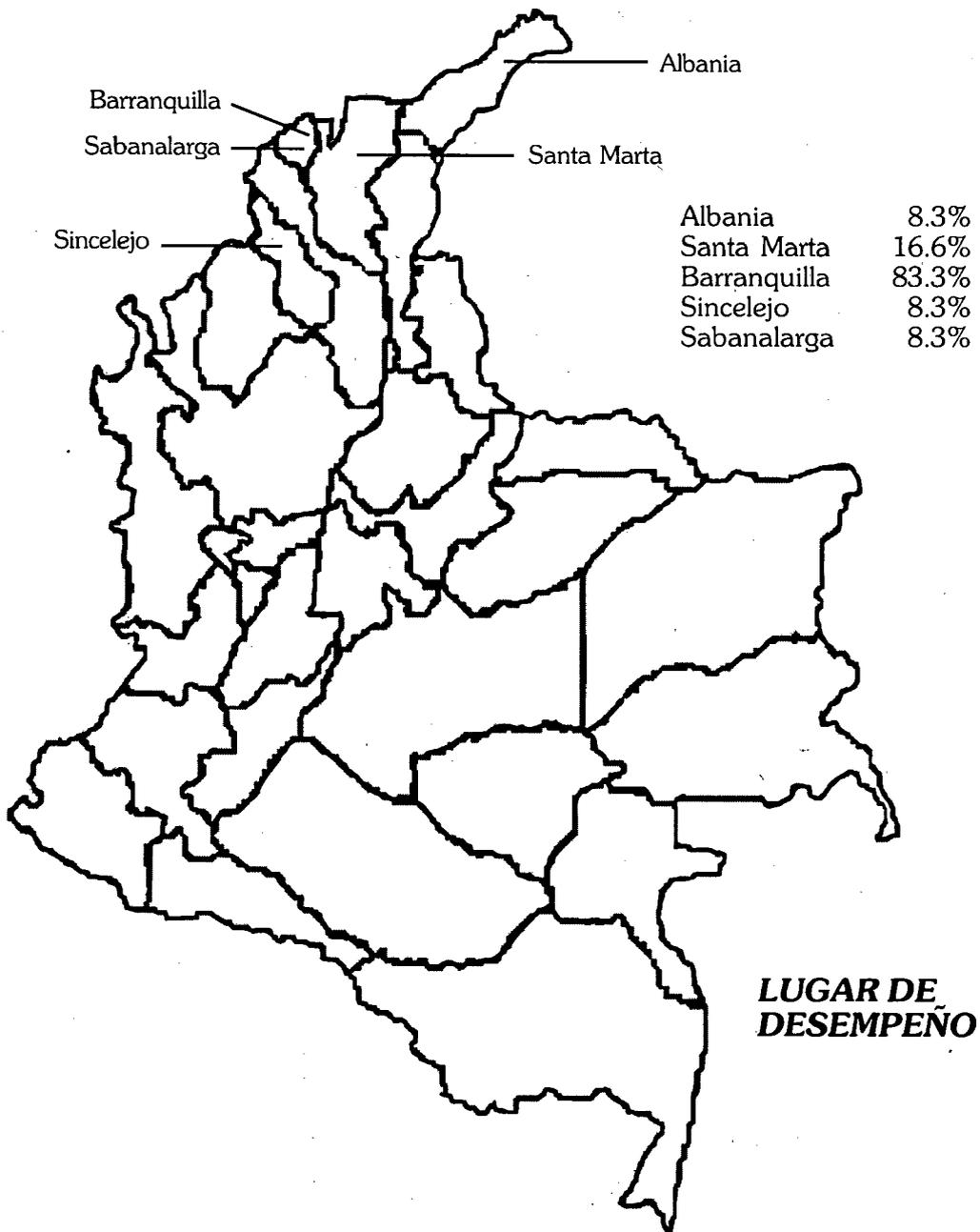
RESULTADOS

Los resultados que aquí se describen no se dan sobre un 100% en algunos aspectos, debido a que hay aspectos donde una terapeuta abarca por ejemplo abarca dos sectores de trabajo.

Con relación a la muestra se encuentran desempeñándose profesionalmente el 70.5%, mientras que el 29.4% al momento del estudio no tenía ningún tipo de vinculación laboral.

El área geográfica de desempeño de las Terapeutas Ocupacionales está distribuido de la siguiente manera:

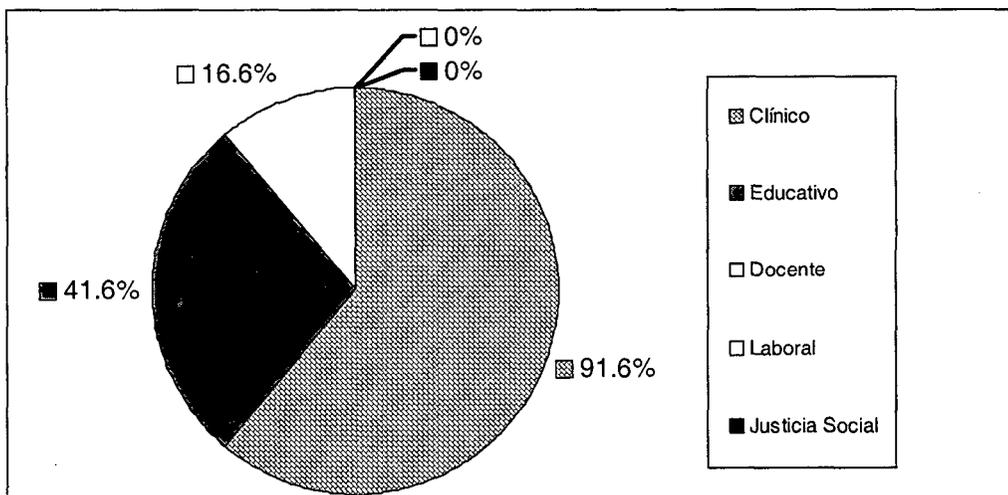
En un 83.3% están en Barranquilla, un 16.6% en Santa Marta y un 8.3% en Albania (Guajira), Sincelejo y Sabanalarga (Atlántico); con relación a la procedencia de estos profesionales al ingreso a la Universidad se registraba que el 58.3% era de Barranquilla, el 16.6% de Santa Marta y un porcentaje igual provenían de municipios y el 8.3% de Sincelejo. Esto nos indica que en relación a la procedencia y la ubicación laboral los Terapeutas Ocupacionales se encuentran concentrados en Barranquilla, aunque se resalta que se llega a cubrir regiones como la Guajira y otros municipios cercanos; lo que implica un pobre cubrimiento de la región atlántica por el poco despliegue de los egresados teniendo en cuenta que el programa es única en esta región. (Ver gráfico No. 1).



El ingreso al mundo laboral de estos egresados arrojan resultados muy alicientes ya que el 75% se vinculo en menos de un mes desde su graduación y el 25% restante en un período de más de dos meses y no mayor a 4. Si se tiene en cuenta el alto porcentaje en Barranquilla esta vinculación rápida puede deberse a la proyección que como programa a través de su área de extensión ha generado en la comunidad.

En cuanto al Sector Desempeño en el cual se ubican estos egresados se encuentra que:

- 91.6% Se concentra en el Sector Clínico
- 41.6% Educativo
- 16.6% Docente
- 0% Laboral
- 0% Justicia Social



Dentro del Sector Clínico se cubre a través de 8.3% consultorio particular, 58.3% Centro de Rehabilitación, 33.3% clínica, y otro representado en atención domiciliaria un 8.3%.

El sector educativo se cubre a través de: 25% Colegio Privado, 16.6% Colegio Público y Educación Especial en igual proporción.

Lo anterior indica que predomina el sector clínico como área de trabajo y en segundo lugar el Educativo, se anula por completo el área de Justicia Social y laboral. Al igual predomina el Sector Privado y una deficiente participación del Terapeuta Ocupacional a nivel público.

Este resultado aunque en diferente proporción por la muestra se iguala a estudios realizados a nivel nacional en el año 1997 por la Terapeuta Ocupacional Ana María Gómez, en el cual el área de desempeño con mayor acogida es el clínico, en las áreas de disfunción física y psicosocial, siguiendo en orden descendente los sectores de educación, trabajo y justicia social.

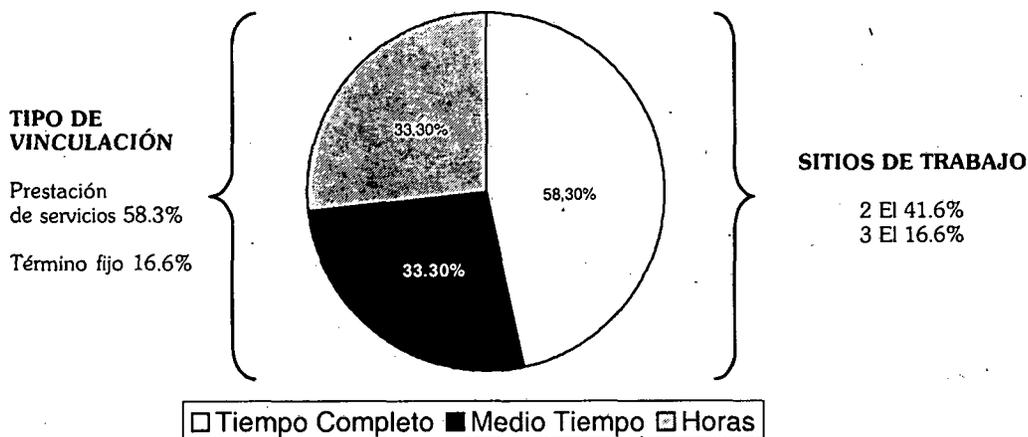
Estos resultados pueden basarse en que la creación del Programa se sustento dentro de un contexto clínico para cubrir necesidades a este nivel, pero se resalta que durante el proceso de formación el estudiante aborda todos los sectores de manera teórico-práctico en igual proporción, lo que no implica un énfasis clínico de la Universidad. Otra explicación se da por que donde más se conoce el rol del Terapeuta Ocupacional es en Instituciones de salud, por la demanda de usuarios, lo que tal vez facilita el ingreso de estos profesionales.

Lo anterior nos indica que siendo el sector clínico el que predomina como ubicación laboral, la disfunción física es la más atendida y se cubre especialmente la población infantil por un 91.6% de los encuestados siguiendo el 66.6% a la población de adulto y un 25% adulto mayor; el área de disfunción psicosocial es abordada en un 75% distribuyendo su atención en un 41.6% la población Infantil; adulto un 33.3%, y adulto mayor un 25%.

La interacción con otros profesionales corrobora la ubicación del profesional metropolitano en el sector clínico, ya que predominan dentro de los grupos interdisciplinarios médicos (psiquiatra, geriatra), Fisioterapeutas, Fonoaudiologas, Psicólogas, enfermeras y otros. En el Sector Educativo: educador especial, licenciado en Educación, psicopedagogo y en bajísima proporción: administradores, ingenieros y técnicos en Salud Ocupacional.

Con relación a la situación actual del egresado está enmarcado dentro del régimen de la Ley 100 de Seguridad Social y la Legislación Laboral dentro del código sustantivo del trabajo, encontrándose que:

- La distribución de la jornada laboral es de:
 - 58.3% cubre una jornada de tiempo completo
 - 33.3% medio tiempo
 - 33.3% por horas
- El número de sitios de trabajo es: el 41.6% labora en 2 sitios de trabajo el 16.6% en 3 sitios



- El tipo de contratación esta dada por:
 - Prestación de Servicios en un 58.3%, y Contratación Término Fijo de un 16.6%
- El Promedio de ingreso mensual está dado entre:
 - 25% → 3-4 salarios mínimos (SM)
 - 25% → No responde
 - 16.6% → 2-3 SM
- La vinculación a estas Instituciones se dio por:
 - * Que existía una vacante en la Institución: 83.3%
 - * Venta del servicio: 16.6%
 - * Creación de programas y propuestas en el 50%

Los resultados anteriores indican baja gestión empresarial (Paralelo a la situación económica del país, y a la poca experiencia profesional) ya que, la visión esta dada

a pedir empleo, lo que se facilita cuando ya han sido creados los servicios o cargos en las Instituciones y se encuentran vacantes. Sin embargo esta situación afecta a los sectores que desconocen el papel del terapeuta ocupacional, fenómeno que se corrobora en los resultados expuestos anteriormente, debido, tal vez, a la pobre creación de programas o propuestas por parte de los egresados metropolitanos.

Dentro de la dedicación de funciones en su ejercicio profesional, se encuentra que para el

Area Asistencial	→ 34 Horas semanales.
Area Administrativa	→ 12 Horas Semanales.
Area Docente	→ 11 Horas Semanales.
Area Investigativa	→ 0 Horas semanales.

Lo anterior permite entrever un quehacer repetitivo, de aplicación de conceptos en donde las tareas administrativas e investigativas que tienen poca o nula representación no muestran un desarrollo lo que puede debilitar el quehacer profesional y el impacto en la región.

Teniendo en cuenta que como profesión existe ciertos saberes básicos sin los cuales no es posible responder a las expectativas sociales con calidad o responsabilidad. Estos saberes incluyen conocimientos, habilidades y técnicas indispensables para el ejercicio profesional, incluye además una ética ligada a los efectos sociales de la acción y un conjunto de normas implícitas y explícitas que se espera guíen el comportamiento general del profesional, se indagó sobre la percepción que se tiene de la congruencia o no de la formación profesional con respecto a la realidad laboral encontrándose que el:

- 83.3% considera que se dio lo fundamental a través de la teoría y la práctica, pero es deber de cada uno profundizar.
- 8% considera que faltaron conocimientos.

Esto se relaciona con la percepción que se tiene del impacto en el área de trabajo, ya que el 100% considera que el Terapeuta Ocupacional Metropolitano ha generado por sus conocimientos, por los resultados obtenidos, por las preguntas innovadoras un impacto positivo en su contexto.

Dentro de las proyecciones a mediano y largo plazo de los egresados Metropolitanos, se encuentra:

- Búsqueda de Profundización o experiencia.
- Especialización (docencia, Salud Mental, Salud Ocupacional. 1% en el exterior).
- Mejor ubicación laboral.
- Independizarse.

CONCLUSIONES

Esta fase del estudio permite concluir a las investigadoras que:

1. El impacto generado se ha centrado en la ciudad Barranquilla, observándose regiones desprotegidas, creándose las expectativas en que futuros profesionales cubran estas áreas.
2. Se observa que el Terapeuta Ocupacional Metropolitano formado bajo una visión dialógica e interaccional ha liderado procesos en sus sitios de trabajo gestando proyectos aunque es clara la ausencia de acciones en proyecciones a nivel gubernamental u Organizaciones no Gubernamentales que cubren los sectores no intervenidos actualmente, laboral-justicia social.

No se percibe agremiación a nivel nacional o internacional, ni se tiene en cuenta en las proyecciones profesionales.

El Promedio de ubicación laboral es alentador lo que no es compensado en tiempo, remuneración y tipo de vinculación laboral teniendo en cuenta claro esta situación social y legislativa del país y la poca experiencia en tiempo del egresado, lo que debe motivar a los profesionales y estudiantes a gestionar en otros sectores en donde puede existir un mayor reconocimiento profesional y económico del Terapeuta Ocupacional.

3. Que el Terapeuta Ocupacional Metropolitano está generando un impacto en el Sector Clínico en las áreas de Función y disfunción física y abordando especialmente la población infantil.
4. Hay una alentadora incursión en el sector educativo.

RECOMENDACIONES

1. El presente estudio permite plantearle al Programa la revisión de su estructura curricular de acuerdo a las demandas actuales en el ámbito político, social y demográfico de la región.
2. Revisión de los aspectos de extensión de manera que se cubran otros sectores en la región y proyectar así el quehacer profesional abriendo espacios laborales.
3. Para los egresados se hace necesario, a través de educación continuada, la capacitación en gestión de proyectos que les permita liderar su propia empresa, teniendo en cuenta que en el marco mundial este aspecto es factor importante de la economía de un país.
4. Igualmente es fundamental la concientización de la importancia de la acción profesional, ya que mediante este aspecto y una adecuada práctica de conocimientos se puede proyectar la Terapia Ocupacional en otros ámbitos.
5. A la población en formación es vital el desarrollo del espíritu investigativo con incentivos para el fomento del conocimiento científico que genere aportes significativos a nuestra disciplina.
6. Se debe continuar este estudio en su II fase para cumplir con el objetivo propuesto.

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.T.

- 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.