

Ocupación Humana

30
Años

Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional
Carrera 8 N° 66-33 Of. 301 Teléfono: 2173091 Telefax: 3480452
e-mail: acto@reymoreno.net.co - acto73@hotmail.com
Bogotá, D. C.

Propiedad Intelectual
No. 002651 DE JULIO DE 1998
ISSN: 0122-0942
Tarifa Postal Reducida No. 1192
Vence diciembre 2004
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.: 2494753 - 2175794
Bogotá, D. C.

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

2001

PRESIDENTE
Aída Navas de Serrato

FISCAL
Ligia Mayusa Hernández

TESORERA
Dora Susana Guarín Monguí

PRIMERA VOCAL
Gloria Stella Sánchez Alonso

SEGUNDA VOCAL
María Beatriz Luque Buitrago

TERCERA VOCAL
Claudia María Payán Villamizar
(Fuera de sede)

2003

VICEPRESIDENTE
Ana María Gómez Galindo

SECRETARIA
Eliana Rocío Peñaloza Suárez

SUPLENTE PRIMERA VOCAL
María Angélica Murcia

SUPLENTE SEGUNDA VOCAL
Lina Nizeth Uribe Jiménez

SUPLENTE TERCERA VOCAL
Nina Esperanza Millán Echeverría

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 para personas con enfermedad crónica en fase avanzada: una visión desde la logoterapia <i>Magda Díaz, Sonia Pachón, Leyla Sanabria, Alicia Trujillo</i>	13
2. Terapia Ocupacional en el manejo de subluxación del hombro en paciente hemipléjico <i>Nidia A. García</i>	23
3. Terapia Ocupacional en la vida real de los pacientes con lesiones neurológicas <i>María Cristina Tafur</i>	33
4. Perspectiva de la intervención de Terapia Ocupacional en comunidad <i>Jeannette A. Méndez M.</i>	44
5. La dimensión espiritual en Terapia Ocupacional <i>Marta Lucía Santacruz G.</i>	52
6. Una aproximación a los problemas de grafismo <i>Diana Peñuela</i>	61
7. El ambiente de la escuela y el desempeño ocupacional del escolar. Propuesta de intervención ambiental desde el quehacer de Terapia Ocupacional <i>Martha Tobón</i>	70

EDITORIAL

¿Qué significado tiene que la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional cumpla treinta años? Para dar respuesta a este interrogante debemos formularnos varias preguntas: ¿de dónde venimos?, ¿qué tanto hemos avanzado? y ¿hacia dónde debemos dirigirnos? Pensar en el pasado, el presente y el futuro permitirá alcanzar un posicionamiento estratégico para la Terapia Ocupacional en Colombia y en el contexto internacional. Aquí sólo pretendemos esbozar algunas dimensiones cruciales que promuevan la autocrítica y la movilización.

En primer lugar, señalemos algunas de las fortalezas de nuestro pasado y presente.

Crecimiento y madurez académica. Ha sido largo y arduo y así mismo gratificante el recorrido. De un nivel técnico en la formación, pasamos a un nivel profesional, liderado por terapeutas ocupacionales de muchas universidades que han tenido claridad sobre el rumbo científico-tecnológico y social que debe tomar el desarrollo de la profesión. Estos actores entienden que deben demostrar superación y avance permanente de manera que alcancen posiciones respetables como interlocutores académicos.

Presencia nacional en los sectores de servicios humanos. Es indudable el carácter creativo e innovador que los terapeutas ocupacionales han tenido en la creación, concepción y puesta en marcha de múltiples ofertas de servicios humanos en variados campos de ejercicio. Se requiere continuar el recorrido, al tiempo que se reflexiona sobre fortalezas, debilidades y necesarias transformaciones de los modelos de atención.

Actuación en escenarios interdisciplinarios. Hemos sido conscientes de la interdisciplinariedad necesaria en la mayoría de los escenarios de actuación y así mismo hemos actuado. El recorrido hacia el futuro deberá caracterizarse por el liderazgo que se asuma en las relaciones interdisciplinarias, fundamentado en la comprensión global de los problemas, los razonamientos juiciosamente sustentados, el reconocimiento del propio campo del conocimiento y su relación con otros campos y saberes.

¿Cuáles deben ser algunos derroteros futuros?

Acreditación de programas académicos y de servicios humanos. Las condiciones de la sociedad actual demandan transparencia, calidad y alta competitividad en todos los procesos institucionales. En estas circunstancias, un imperativo es el proceso de acreditación académica y profesional. Los miembros de nuestra comunidad de terapia ocupacional deben afrontar estas exigencias con gran rigurosidad, objetividad y espíritu

autocrítico que sitúen nuestros programas en un nivel de excelencia nacional e internacional.

Participación en niveles de generación y evaluación legislativa. Tradicionalmente los terapeutas ocupacionales nos hemos interesado en los aspectos más directos del ejercicio profesional, como ha sido la atención a personas y sus familias y la gestión de los servicios. Es progresivamente evidente que también debemos adquirir formación en el proceso de construcción de propuestas legislativas, en el seguimiento de los debates que se generan a su alrededor con el propósito de constituirnos en voceros y representantes de las causas y los derechos de la colectividad profesional y de las personas que atendemos.

Formación posgraduada y ofrecimiento de programas educativos superiores. Es de dominio público el bajo porcentaje de terapeutas ocupacionales colombianos con formación avanzada y la insuficiente oferta de posgrados. La supervivencia futura hace imperativo construir alternativas que aseguren mayor capacitación para resolver los múltiples y complejos problemas contemporáneos.

Práctica basada en la evidencia científica. Es urgente mantenerse actualizados sobre los resultados de las investigaciones nacionales e internacionales más recientes que someten a prueba científica concepciones, procedimientos y acciones profesionales. En el terreno de los servicios humanos, los prestadores de servicios tienen el mandato de ofrecer soluciones sustentadas en evidencia científica sólida. Los terapeutas ocupacionales están en la obligación de ofertar alternativas probadas, efectivas y seguras para las personas atendidas.

Alianzas estratégicas. La viabilidad de la profesión guarda una relación directa con el grado en el cual las organizaciones académicas y profesionales establecen convenios de intercambio y sistemas de apoyo mutuo. La sociedad global se caracteriza, entre otros aspectos, porque al fortalecerse la comunicación y el intercambio, se diluyen las fronteras de los pueblos, de las organizaciones y de los grupos humanos. Los propósitos de la terapia ocupacional solamente se pueden alcanzar si se reúnen los esfuerzos de toda la comunidad profesional en núcleos y redes que aseguren el compromiso de diversos actores intraprofesionales e interdisciplinarios.

Para terminar reflexionemos sobre el pensamiento de José Ortega y Gasset:

*“Sólo cabe progresar
cuando se piensa en grande;
sólo es posible avanzar
cuando se mira lejos”.*

ALICIA TRUJILLO ROJAS
Profesora titular
Universidad Nacional de Colombia

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; con 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 para personas con enfermedad crónica en fase avanzada: una visión desde la logoterapia

Magda Díaz*, Sonia Pachón**, Leyla Sanabria***, Alicia Trujillo****

*En el principio era el sentido
y el sentido era la acción.
Viktor Frankl*

RESUMEN

Esta investigación exploratoria se relaciona con la atención del terapeuta ocupacional a personas que enfrentan una enfermedad crónica en fase avanzada. El estudio se enmarca dentro del enfoque psicoterapéutico denominado logoterapia, creado hacia 1942 por Viktor Emil Frankl, centrado en la búsqueda de sentido y significado de la vida (1). A partir de la logoterapia se extrapolan principios básicos aplicables a la práctica de Terapia Ocupacional, con el propósito de contribuir en la satisfacción de necesidades de esta población hacia una mejor calidad de vida en el final de su existencia.

Se introduce la logoterapia como marco de referencia filosófico-antropológico que puede orientar la práctica del terapeuta ocupacional,

* Terapeuta Ocupacional Universidad Nacional de Colombia.

** Terapeuta Ocupacional Universidad Nacional de Colombia. Diplomado en Aplicación de la Logoterapia o Tercera Escuela Vienesa de Psicología.

*** Terapeuta Ocupacional Universidad Nacional de Colombia. Diplomado en Aplicaciones de la Logoterapia o Tercera Escuela Vienesa de Psicología.

**** Profesora Titular y Emérita Universidad Nacional de Colombia. Directora trabajo de investigación.

por cuanto ofrece una visión integral del ser humano a partir de sus dimensiones física, psicológica, sociofamiliar y espiritual o noética, siendo esta última en la que se hace mayor énfasis. El producto de la investigación es un conjunto de lineamientos teóricos, sintetizados en diez postulados básicos para el diseño operacional de programas de Terapia Ocupacional en la atención a personas con enfermedad crónica en fase avanzada y su familia.

INTRODUCCIÓN

El dolor, el sufrimiento y la muerte son experiencias inherentes a la existencia del ser humano, que al ser afrontadas a partir de acciones responsables pueden convertirse en un desafío y una oportunidad de sobreponerse, crecer más allá de sí mismo, cambiar y mejorar. Lo anterior puede estar supeditado por un lado, a los condicionamientos físicos, psicológicos y sociales que la vida misma involucra, y por otro, a la actitud del ser humano para manejar estos condicionamientos y buscar la autotranscendencia.

La enfermedad como proceso natural que puede condicionar la vida del ser humano, generalmente está ligada al sufrimiento pues amenaza la sensación de integridad y entereza de la persona. Con alguna frecuencia quien enfrenta una enfermedad comprende su estado aceptándolo con relativa serenidad; no obstante el impacto que genera el diagnóstico de una enfermedad crónica puede tener connotaciones mucho más profundas para quien lo vive, ya que lo cuestiona acerca de su finitud y de la calidad de sus relaciones, así como sobre el propósito y el significado de su existencia.

Reconocer el proceso que involucra una enfermedad crónica desde las dimensiones física, psicológica, sociofamiliar y espiritual es tarea de los profesionales y de las personas que están relacionadas directamente con esta experiencia (2). Este reconocimiento permite ofrecer a la persona los cuidados necesarios para que viva sus últimos días en forma digna.

En la actualidad, la sociedad industrial ha creado en la persona diversas necesidades que se pueden suplir a partir de los avances tecnológicos que ofrece (3). Tal es el caso de la enfermedad crónica, para la cual la ciencia, en su afán de controlar todo aquello que interfiera en el mantenimiento del bienestar humano, ha tratado

de suprimir de la conciencia los conceptos de dolor, enfermedad y muerte. Sin embargo, esto mismo ha suscitado un sentimiento de vacío existencial, pues la necesidad más humana que es la de hallar un sentido para la propia vida no se puede satisfacer desde la perspectiva tecnológica. Es entonces cuando el ser humano puede recurrir a su condición espiritual, con el fin de reevaluar su conducta y orientarla hacia la aspiración humana por una existencia significativa (4).

Durante los últimos años se ha visto un aumento en la población mundial con enfermedades crónicas, lo cual ha generado un especial interés de diferentes profesionales en la atención a estas personas, particularmente en la etapa final de su enfermedad.

Terapia Ocupacional es una de las profesiones que se ha involucrado en este campo, teniendo como eje de estudio el desempeño ocupacional, expresado en las actividades que la persona realiza a lo largo de su ciclo vital, especialmente cuando éstas se alteran por problemas físicos, sociales, emocionales o espirituales. El objetivo de este estudio fue proponer lineamientos teóricos que guíen la praxis del terapeuta ocupacional y de esta manera aportar elementos para poder contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica en fase avanzada y su familia.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Esta investigación exploratoria buscó dar una visión aproximativa en relación con la atención del terapeuta ocupacional a personas con enfermedad crónica en fase avanzada, desde la posición conceptual de la logoterapia. Dado que el tema ha sido poco estudiado y reconocido en la profesión, se hace difícil aún formular hipótesis precisas o de cierta generalidad. Las fuentes para la recopilación de la información se enmarcaron fundamentalmente en la literatura española e inglesa, conocida a través de publicaciones seriadas, libros, consulta a expertos, referencias personales, visita a centros asistenciales, periódicos e Internet.

La revisión de la literatura se cumplió en dos fases. Inicialmente se estudiaron los fundamentos antropológicos de la logoterapia y se identificaron las necesidades de las personas con enfermedad crónica en fase avanzada y sus familias. Posteriormente, a partir de las bases filosóficas de la profesión y de los principios antropológicos

de la logoterapia se determinaron los lineamientos que pueden orientar la intervención del terapeuta ocupacional con esta población.

RESULTADOS

En la propuesta "Terapia Ocupacional para personas con enfermedad crónica en fase avanzada: una visión desde la Logoterapia", se determinó que para comprender la realidad de la persona que enfrenta la enfermedad, el terapeuta ocupacional puede recurrir a los principios de la logoterapia. Estos son: la vida tiene sentido en todas las circunstancias; el ser humano es dueño de una voluntad de sentido, es decir, una motivación intrínseca que lo impulsa a actuar para buscar significado en su vida, sintiéndose frustrado o vacío cuando deja de ejercerla; y la persona es libre, dentro de sus limitaciones físicas psicológicas y sociales para consumir el sentido de su existencia (5).

Este enfoque es aplicable a personas que atraviesan una crisis existencial, traducida en una pérdida del sentido de la vida como sucede ante el diagnóstico de una enfermedad crónica. Según la logoterapia, la ocupación es uno de los medios a través del cual se puede alcanzar la realización personal (6), por lo que este enfoque es apropiado para terapia ocupacional.

ORIENTACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL FRENTE A LAS NECESIDADES DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN FASE AVANZADA

Aunque la enfermedad genera múltiples cambios físicos, psicológicos, sociales y espirituales en el ser humano, en la investigación se hizo énfasis en los síntomas y signos comunes de las enfermedades crónicas que pueden afectar directa o indirectamente el desempeño ocupacional de la persona, perspectiva en la que el terapeuta ocupacional centra su ejercicio profesional.

En el área física el terapeuta ocupacional dirige su atención fundamentalmente hacia las dificultades en las actividades de la vida diaria que involucran el autocuidado o tareas del cuidado personal, la alimentación, el vestido, el baño, la eliminación y la movilidad (7). La ejecución de actividades adquiere valor para la

persona con enfermedad crónica en fase avanzada al promover el uso de sus habilidades contribuyendo a su bienestar y a satisfacer la necesidad de relacionarse, ser aceptado, proveer seguridad personal y dar sentido a su vida. El valor agregado que tiene la labor del terapeuta ocupacional radica en que fomenta la autonomía de la persona en el desempeño físico, y orienta tanto a la persona como a la familia, en actividades que puede desarrollar en forma independiente, técnicas de organización y ahorro de energía, reorganización de roles y uso de dispositivos de autoayuda.

A nivel psicológico, desde el momento del diagnóstico la persona puede experimentar una serie de trastornos emocionales generados por los cambios en el desempeño a que se va a ver enfrentada, como a la pérdida progresiva de roles y hábitos, de la autonomía en las actividades cotidianas y el aumento del tiempo sin ocupación. La labor del terapeuta ocupacional debe estar dirigida a buscar alternativas que permitan promover, conservar o incrementar la motivación intrínseca de la persona, su autoestima y la capacidad de adaptación y control de su situación durante el transcurso de la enfermedad.

En el plano sociofamiliar, se puede producir una alteración de los roles cotidianos, la comunicación y la dinámica del grupo, lo que conlleva a un proceso de desgaste físico, fragilidad emocional, ansiedad y tendencia a la introversión, ocasionado por los múltiples esfuerzos invertidos en el cuidado de la persona enferma (8). El terapeuta ocupacional debe orientar su intervención con la familia hacia la satisfacción de las necesidades respecto a la reorganización de roles, hábitos y comportamientos, la distribución de tareas y educación para el cuidado de la persona enferma y la autoprotección cuando se generen riesgos para el desempeño ocupacional de los cuidadores, así como realizar intervenciones orientadas a enriquecer el uso de tiempo libre en personas en duelo.

Las necesidades espirituales de las personas con enfermedad crónica están relacionadas con la búsqueda de significado y propósito en la vida, los cuestionamientos acerca del dolor, el sufrimiento, la muerte y la afirmación de valores de creación, experiencia y actitud (9). Los cuestionamientos existenciales de la persona que enfrenta la cercanía de su muerte son el eje de su bienestar y merecen todo el interés del terapeuta ocupacional así como de los demás profesionales que puedan ayudarlo. La realización de actividades de la vida diaria, productivas o de esparcimiento que sean significativas permitirán que la persona sienta que su vida aun

tiene sentido y desarrolle valores de actitud, es decir aquellos que se manifiestan en la persona cuando se encuentra ante situaciones dolorosas e inevitables, de tal forma que le ayuden a disfrutar el día a día a pesar de su condición y aprenda a entender su situación como un hecho natural.

Como resultado de la investigación, se presentan unos lineamientos teóricos de Terapia Ocupacional para la atención a personas con enfermedad crónica en fase avanzada (12), fundamentados en el enfoque psicoterapéutico de la logoterapia. Los lineamientos teóricos pueden sintetizarse en diez postulados que deberían ser la base para el diseño de programas de atención para personas con enfermedades crónicas y sus familias. Estos postulados constituyen el primer paso hacia la posterior elaboración de investigaciones orientadas a la satisfacción de las necesidades de esta población, en busca de una mejor calidad de vida:

1. El ser humano posee una voluntad de sentido o motivación intrínseca que le permite buscar una opción de vida aún en situaciones dolorosas e inevitables como una enfermedad crónica.
2. El sentido de la vida es descubierto a través de significados existenciales llamados valores, cuyo propósito es alcanzar la autotrascendencia en lo que la persona hace, en quienes ama y en situaciones adversas que pueda enfrentar. Los valores se enmarcan en tres categorías: valores de creación, es decir las actividades que el ser humano realiza cotidianamente; valores de experiencia, que subrayan todo aquello que se recibe del mundo como el arte o el amor; y valores de actitud, es decir la forma en que la persona responde ante situaciones dolorosas e inevitables, siendo éstos últimos los que permiten al ser humano alcanzar el grado máximo de significado para la vida en cualquier circunstancia.
3. En la persona con enfermedad crónica en fase avanzada, la ocupación, como parte de los valores de creación, favorece el desarrollo de valores de actitud, especialmente en la última etapa de la vida cuando la cercanía de la muerte se hace inminente y en la que con frecuencia no es posible realizar las actividades cotidianas. El sentido de la vida es percibido cuando el ser humano realiza una acción, experimenta una vivencia o sufre; la ocupación puede concebirse entonces como un medio para enriquecer el mundo interior de las personas, en la medida que ésta le permita dejar huella a pesar de su transitoriedad,

desarrollar sus habilidades, cumplir con sus expectativas o mantener su independencia.

4. Una enfermedad crónica genera cambios físicos, psicológicos, sociofamiliares y espirituales en la persona que la enfrenta, ocasionando la pérdida progresiva de roles, hábitos y autonomía en el desempeño de las actividades de la vida diaria, trabajo y tiempo libre, es decir en su desempeño ocupacional.
5. Los objetivos de terapia ocupacional en la atención a personas con enfermedad crónica en fase avanzada deben orientarse primordialmente a la búsqueda del sentido y el significado de la vida. El proceso terapéutico, guiado por el terapeuta ocupacional a través de la actividad con propósito, la relación que se establece con la persona y su familia y el ambiente terapéutico, pretende promover en quien enfrenta la enfermedad un grado de crecimiento nunca antes logrado, con una madurez plena, profunda, auténtica y con un verdadero valor personal.
6. Los medios de atención utilizados por el terapeuta ocupacional, tienen como fin mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan una enfermedad crónica en fase avanzada, favoreciendo su estado emocional y motivándolos en la búsqueda de algo más allá de sí mismos, dándole un carácter singular a la forma en que afrontan este proceso.
7. El establecimiento de una relación terapéutica que permita a la persona plasmar en vivencias los significados en forma más plena y a que progrese en esa vivencia, permitirá que ella entienda y se adapte mejor a su situación, manteniendo un elevado nivel de autoconfianza y participando en la toma de decisiones sobre el proceso terapéutico que se realiza.
8. Durante el proceso terapéutico, la actividad cumple la función de ofrecer un signo a través del cual el terapeuta puede descubrir y comprender la forma en que la enfermedad está afectando a la persona. El resultado de la actividad y su proceso de ejecución pueden reflejar el interior de la persona y bajo la orientación del terapeuta ocupacional posibilitar una modificación actitudinal de manera que la persona pueda transformar su experiencia personal en una oportunidad para madurar interiormente, dando sentido a la situación que vive.

9. En terapia ocupacional, el ambiente y el significado particular que éste adquiere cumplen una función fundamental más allá de las dimensiones física, psicológica, social y espiritual de la persona a lo largo de su ciclo vital. Para una persona que enfrenta una enfermedad crónica, el ambiente puede adquirir un nuevo significado en la medida en que le proporcione bienestar y seguridad al representar sus deseos y esto le motive la búsqueda de sentido para su vida.
10. La dimensión noética o espiritual de la persona con enfermedad crónica en fase avanzada cobra especial importancia cuando por el proceso de enfermedad se afecta la adaptación a su ambiente con el consecuente impacto negativo en la ocupación. Es a través de la espiritualidad que la persona puede trascender los problemas de orden físico, psicológico y sociofamiliar asociados a la enfermedad (13).

CONCLUSIONES

Los seres humanos atraviesan a lo largo de su ciclo vital una serie de circunstancias que pueden involucrar una amenaza a su integridad. Tal es el caso de una enfermedad crónica, la cual pone de manifiesto la interrelación entre las dimensiones del ser humano. Es así como un problema de orden específicamente biológico es capaz de generar una serie de reacciones psicológicas, sociales y espirituales que fundamentalmente se traducen en cambios en el desempeño ocupacional de la persona.

El deterioro progresivo al que se enfrenta la persona con enfermedad crónica en fase avanzada en las dimensiones física, psicológica, sociofamiliar y espiritual implica un especial planteamiento de los objetivos terapéuticos (10). Ante todo, el terapeuta ocupacional debe dirigir su intervención en la búsqueda de sentido y significado a la vida de la persona a través del establecimiento de la relación terapéutica, el uso de actividades con significado y la adecuación de un ambiente terapéutico, orientados a la satisfacción de las necesidades de la persona y su familia.

Profesionales de diferentes disciplinas, especialistas en tanatología o estudio de la muerte, afirman que la ocupación es un elemento fundamental para hallar significado en medio de circunstancias adversas (11) y aconsejan genuinamente que

quienes enfrentan situaciones críticas, como la cercanía de la muerte, desarrollen actividades que sean de su agrado, de tal forma que puedan construir un nuevo y último significado para su vida. De esta afirmación se deriva que el terapeuta ocupacional, por poseer el conocimiento científico y las herramientas necesarias para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida a través de actividades con propósito, está en capacidad de optimizar el desempeño ocupacional de quienes enfrentan enfermedades crónicas.

LISTA DE REFERENCIAS

1. Bazzi, Tullio. *Guía de la logoterapia: Humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Editorial Herder. 1989.
2. Astudillo, Wilson y Mendinueta, Carmen. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra S.A. Tercera edición. 1997.
3. Frankl, Viktor E. *En el principio era el sentido: reflexiones en torno al ser humano*. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica S.A., 2000.
4. Acevedo, Gerónimo. *La búsqueda de sentido y su efecto terapéutico: desde la perspectiva de la logoterapia de Viktor Frankl*. Buenos Aires: Ediciones Fundación Argentina de Logoterapia "Viktor Frankl". 1985.
5. Fabry, Joseph B. *La búsqueda de significado: la logoterapia aplicada a la vida*. México: Fondo de Cultura Económica. 1977.
6. Guttmann, David. *Logoterapia para profesionales: trabajo social significativo*. Bilbao: Ediciones Desclee de Brouwer. 1998.
7. Hopkins, Helen y Smith, Helen. *Terapia Ocupacional*. Octava edición, España: Editorial Médica Panamericana. 1998.
8. Brusco, Angelo. *Humanización de la asistencia al enfermo*. Santander: Editorial Sal Terrae, Centro de Humanización de la Salud. 1999.
9. De Lima, Liliana y Rincón, Hernán. "La evaluación emocional en los pacientes terminales". En: *Revista Enlace cuadernos de psiquiatría*. Número 2. Junio, 1999.

10. Durante Molina, Pilar. *Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica*. Barcelona: Masson S.A. 1998.
11. Fonnegra de Jaramillo, Isa. *De cara a la muerte: cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente*. Santafé de Bogotá: Intermedio Editores. 1999.
12. Díaz, M.; Pachón, J.; Sanabria, L. *Terapia Ocupacional para personas con enfermedad crónica en fase avanzada: una visión desde la logoterapia*. Tesis de grado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2001.
13. Peloquin, Suzanne. "The spiritual Depth of Occupation: Making Worlds and Making lives". In: *American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 51 No. 3, marzo de 1997.



Terapia Ocupacional en el manejo de subluxación del hombro en paciente hemipléjico

Nidia A. García*

RESUMEN

El siguiente artículo es el resultado de la recopilación bibliográfica sobre hombro subluxado, se dan a conocer pautas de tratamiento concretas enfocados en los soportes de brazo con estudios encontrados internacionalmente tanto para evaluar como para intervenir, y se dan a conocer nuevas posibilidades de tratamiento.

Palabras clave: Subluxación, Rodillo de Bobath, Soportes de brazo, Kinesio taping.

INTRODUCCIÓN

Después de tener la oportunidad de trabajar en diferentes hospitales y clínicas con pacientes neurológicos en los estados de Indiana, Missouri y Texas de los Estados Unidos por un periodo de seis años y volver a Colombia he visto la necesidad de mostrar nuevos aditamentos y técnicas utilizados para el tratamiento del hombro subluxado.

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

REVISIÓN TEÓRICA

Las enfermedades cerebro vasculares, que constituyen la tercera causa de muerte tras las cardiopatías y el cáncer en los países desarrollados, tienen una incidencia global de 794 casos por cada 100.000 personas. El cinco por ciento de la población con mas de 65 años de edad ha sufrido un accidente cerebrovascular y en EE.UU. se ha calculado que más de 400.000 pacientes son dados de alta anualmente en los hospitales tras un ictus. La pérdida en horas laborales en estos paciente, y la prolongada hospitalización que requieren durante su recuperación, hacen que el impacto económico producido por estas enfermedades sea uno de los más devastadores en la rehabilitación.

“El paciente hemipléjico puede mejorar su de ambulación, comunicación, equilibrio y cuidado personal a través del tratamiento pero en la recuperación funcional global, el hombro sigue siendo un enigma. El tratamiento del hombro hemipléjico reside, básicamente en la capacidad del **Terapeuta Ocupacional**, del fisioterapeuta, o de ambos y con frecuencia es un enigma para ellos y para él medico encargado del paciente” (Dr. Rene Cailliet 1980).

La función motora específica, como el movimiento fino y preciso de los dedos, originada en forma voluntaria en los centros corticales superiores se da gracias a la correcta posición del hombro.

Diversos factores afectan la función de la extremidad superior después de un accidente vascular cerebral: – recuperación natural de la función, – espasticidad, – patrones de reflejos sinérgicos primitivos, – apraxia, – contracturas, – déficit sensorial periférico, – deficiencias en la percepción... etc.

La extremidad superior es la mas afectada en todos los tipos de accidentes cerebrales, excepto en casos en que se lesiona la arteria cerebral anterior.

Anatomía funcional del hombro:

El hombro se compone de siete articulaciones que se mueven sincrónicamente y se valen la una de la otra para asegurar la movilidad completa libre y sin dolor. El término “cintura escapular” es el que se refiere, e incluye la llamada “Articulación toracoescapulohumeral “. Cada una de las siete articulaciones de la cintura escapular es importante para colocar la mano en posición funcional adecuada.

La p^2 porción escapulohumeral de la cintura escapular se adhiere a la columna vertebral por medio de las articulaciones acromio clavicular, esternoclavicular, costoexternal, y costo vertebral. Estas cuatro articulaciones tienen una función especial que permiten la motilidad, así como mantener el brazo al lado de la persona. Los ligamentos suspensorios, llamados así por Di palma, son los ligamentos coracohumeral y los músculos del manguito. Estos ligamentos evitan que el brazo caigan hacia abajo, pero Di palma señala que la lesión del ligamento no afecta el movimiento glenohumeral.

Movilidad glenohumeral:

En el brazo colgante pasivo, la estabilidad de la articulación glenohumeral no es del todo muscular. La articulación es estable, y la luxación hacia abajo se previene por la angulación de la cavidad glenoidea y el soporte mecánico dado por la porción superior de la cápsula y del músculo supraespinoso. Tanto la cápsula como el músculo supraespinoso se alinean en plano horizontal y evitan que la cabeza del humero se deslice hacia debajo de la cavidad glenoidea. La cápsula y el manguito se vuelven mecánicamente más tensos gracias a la angulación de la cavidad glenoidea hacia delante, hacia fuera y hacia arriba en tanto que el humero se desliza hacia abajo. Esto impide el descenso subsiguiente.

Cualquier grado de abducción o flexión del humero hacia adelante elimina este apoyo y entonces la estabilidad depende de la contracción muscular. La depresión de la cavidad glenoidea, provocada por la rotación de la escápula hacia abajo causa la aducción del brazo, por lo que se necesita del esfuerzo muscular para sostener la extremidad. Este puede ser un factor importante en la Subluxación y la disfunción dolorosa del hombro hemipléjico.

Se conoce como el ritmo escapulohumeral al movimiento complejo ocurrido por la acción coordinada de los músculos del manguito y del músculo deltoides.

Movilidad escapular:

La escápula se mueve deslizándose sobre la pared torácica en la articulación escapulotorácica. La movilidad se realiza en el extremo distal de la clavícula, la articulación acromio clavicular, debido al movimiento y rotación de la primera. El movimiento de la escapula lo producen principalmente dos músculos, el trapecio y el serrato mayor.

Movilidad escapulohumeral:

La abducción y la elevación del brazo en el plano frontal, desde la posición colgante al lado del cuerpo hasta la extensión completa del sobre la cabeza, con las palmas de las manos una frente a otra, forman un movimiento suave y sincrónico en el que participa cada una de los componentes del complejo de la cintura escapular: el movimiento debe ser uniforme y sin esfuerzo; requiere de un arco completo de movilidad en cada articulación y del equilibrio muscular bien coordinado. Se hace hincapié en el movimiento compuesto normal por que la comprensión y el reconocimiento del más ligero desequilibrio más importante para evaluar los datos anormales del hombro hemipléjico flácido y espástico.

El movimiento suave e integrado del humero, de la escápula y de la clavícula ha sido bien denominado 'ritmo escapulohumeral' por el Dr. E.A. Codman, En su libro the shoulder.

La escápula gira para mantener la estabilidad mecánica de la articulación glenohumeral y la eficiencia del músculo deltoides; Este como todos los músculos alcanzan su máxima eficacia cuando sus fibras tienen la longitud de reposo, el punto medio entre sus extremos de movilidad. El deltoides se encuentra en su longitud de reposo cuando el brazo cuelga lateralmente. La abducción acorta el músculo y alcanza su contracción máxima alo 90 grados de abducción sin rotación escapular. En esta posición el deltoides sostiene el brazo con dificultad. La rotación escapular mantiene la longitud optima del deltoides durante la abducción.

La elevación completa sobre la cabeza requiere poco o ningún apoyo del deltoides si la escápula ha rotado en forma completa. En este punto la cavidad glenoidea esta directamente debajo de la cabeza del humero. De no haber rotación escapular, el humero no se podría abducir completamente ni elevarse por encima de la cabeza.

Durante la hemiparesia, los músculos que permiten el ritmo escapulohumeral se encuentran afectados por una espasticidad extrema de los antagonistas y del abductor, lo que impide rotación externa y elevación del brazo. El movimiento escapulo humeral de las articulaciones glenohumeral y escapulotoracica es un evento importante con "movimiento alrededor del eje en la articulación acromio clavicular" esta articulación y la esternoclavicular desempeñan un papel vital en el movimiento total del brazo.

El bíceps interviene anatómicamente y patológicamente en la cintura escapular, aunque su dinámica no se relaciona directamente con el movimiento glenohumeral.

ETAPA FLÁCIDA:

En las etapas tempranas de la hemiplejía, el paciente desarrolla flacidez de las extremidades del lado afectado. El estado flácido se presenta debido a que el centro de excitación en la medula espinal se encuentra deprimido o ausente. No hay actividad del grupo de células internunciales. Al intentar efectuar un movimiento activo de lado no afectado por la general no hay movimiento coincidente en el lado afectado. Durante la etapa de flacidez, esta indica la posición adecuada del paciente para prevenir el daño tisular secundario.

SUBLUXACIÓN DEL HOMBRO:

Una de las complicaciones más comunes en el hombro hemipléjico es la Subluxación de la articulación glenohumeral.

Los arcos de movimiento del hombro en su totalidad son mayores que los de cualquier otra articulación del cuerpo; ello se debe a su falta de "topes" que limiten el desplazamiento tanto de hueso como de tejidos blandos. La cabeza del humero se articula con la cavidad glenoidea, que es un disco ligeramente cóncavo cuya superficie mide un tercio en la cabeza humeral. El arco de movimiento del hombro aumenta aun más por la presencia de una cápsula articular redundante. Tales peculiaridades anatómicas hacen que esta articulación sea susceptible de luxación proporciona estabilidad ósea la cavidad glenoidea hacia dentro y el acromion hacia arriba en tanto que el rodete glenoideo, la cápsula y el manguito de los rotadores constituyen los medios de sostén y limitación, integrados por tejidos blandos. Desde el punto de vista anatómicos la cabeza del humero esta en retroversión a 35 grados y la cavidad glenoidea en anteversión de 20 grados; Esta característica explica en parte la frecuencia de las luxaciones anteriores en comparación con los posteriores.

La Subluxación en el hombro se puede observar tempranamente, puede ser de los primeros signos encontrados en la espasticidad temprana y complicar la espasticidad grave crónica en una extremidad. Se ha asociado al déficit sensitivo, pero también se ha observado en los pacientes que no tienen daño sensorial aparente, la

Subluxación casi siempre es dolorosa pero en ocasiones puede ser indolora. Los factores etiológicos precisos aun se desconocen.

En 1952, Bierman y Licht consideraban la Subluxación del hombro como causa de dolor incapacidad y origen del hombro congelado. Esto fue corroborado por Tobis que consideraba que el estiramiento de la cápsula del hombro y los músculos del manguito eran factores contribuyentes. Ambos abogaban por un cabestrillo como apoyo.

La estabilidad de la articulación glenohumeral esta mantenida mecánicamente por:

- El ángulo de la cavidad glenoidea: que depende de el apoyo correcto de la escápula sobre la caja torácica.
- La colocación mecánica pasiva de la cabeza del humero por medio de la porción supraespinosa del manquito rotador.
- El apoyo de la parte superior de la cápsula.
- La contracción del deltoides y de los músculos del manquito cuando se elimina el apoyo pasivo al colocar el humero en abducción.

Cualquier cambio de estos factores puede provocar la subluxación.

El diagnostico de la subluxación se puede hacer clínicamente al palpar el espacio suprahumeral que se encuentra aumentado con relación al lado opuesto, y la medición con rayos x la cual es comparativa. Quiero compartir un estudio que encontré sobre este tema.

El propósito de este estudio fue comprobar la diferencia y relación entre la medida clínica (MC) y la medida radiológica (MR) de la Subluxación de hombro en hemiplejia. Tiebin Yan (Sun yet-sun University of Medicine Sciences, Guanghou, China).

Método: 32 pacientes con hombro subluxado, divididos en tono bajo (14) y tono alto (18). Tomando medidas clínicas o de palpación y dos rayos X incluyendo medida vertical y horizontal.

Resultados: no se encontraron diferencias en edad, sexo, lado de subluxación, momento de evaluación entre los dos grupos. Hubo diferencias significativas en

MC y MR excepto por la subluxación horizontal en MR comparada con el lado afectado y el no-afectado. Se encontraron relaciones significativas en dos MC y entre MC y el ángulo de abducción absoluta de MR. Relaciones significativas fueron encontradas en cuatro MR no existieron relaciones entre MC, MR y tono muscular.

Conclusión: la subluxación de hombro en hemiplejia puede ser identificada con MC o MR; la primera fue simple y practica; la ultima complicada, costosa pero más precisa. No se encontró relación entre subluxación y tono muscular⁴.

TRATAMIENTO

Existen diferentes tratamientos propuestos para tratar la Subluxación de hombro, como Terapeutas Ocupacionales manejamos diferentes aditamentos en nuestros tratamientos por lo cual nombrare lo mas conocido con sus respectivos estudios y lo utilizado en el momento.

Cabestrillos de brazo y Rodillo de Bobath:

Estos han sido desarrollados para prevenir Subluxación de hombro en pacientes con daños en el plejo braquial (Devore, 1970, Kohlmeyer, Weber, & Yarkony, 1990, Robinsons, 1986), poliomielitis (Neal & Williamson, 1980), Hemiplejia (Bobath, 1990) y heridas de síndrome de medula espinal (Kohlmeyer, 1990). Algunos cabestrillos soportan e inmovilizan todo el brazo (Devore, 1970).

Estos cabestrillos como la figura de ocho y el cabestrillo universal para hemiplejia restringe el movimiento activo, manteniendo el humero en adducción y rotación interna y dejando el codo en flexión (Sullivan & Rogers, 1989), estos cabestrillos toman el peso del brazo fuera del hombro, pero "NO APROXIMAN LA CABEZA HUMERAL EN LA FOSA GLENOIDEA" (Trombly), mientras que el cabestrillo de soporte de hombro deja el brazo libre para lograr una función, (Bobath 1990, Neal & Williamsons, 1980, Sullivan & Rogers 1989).

Durante mi revisión teórica no se encuentran estudios recientes sobre el uso de estos cabestrillos lo único encontrado y objetivo es de hace 25 años, un estudio realizado por Boyd & Gaylasr en 1986, que concluye: Los Terapeutas Físicos y

Ocupacionales aplican el cabestrillo de brazo (forma de copa) en un 76% y el rodillo de Bobath en un 62%.

Un estudio utilizando rayos X para verificar efectividad en el uso de cabestrillo concluyó: el uso del cabestrillo soporta tanto hombro como antebrazo durante la ambulación pero únicamente existe reducción de la Subluxación cuando el paciente en posición sedente soporta su brazo en un apoyo externo.

Debe anotarse un estudio realizado por Moodie, Brisbin y Morguin (1986) el cual Concluyo que el uso del rodillo de Bobath o rodillo axilar no reduce efectivamente la Subluxación humeral.

Por observación y muestra rápida el rodillo de Bobath o se ha aplicado en los últimos 10 años, teniendo en cuenta que para su aplicación existen precauciones, tales como el posible desplazamiento lateral del humero, o compresión del nervio radial (Bobath 1990). Y definitivamente el cabestrillo seria lo ultimo en que podría pensar un terapeuta para esta alteración.

Soportes de brazo:

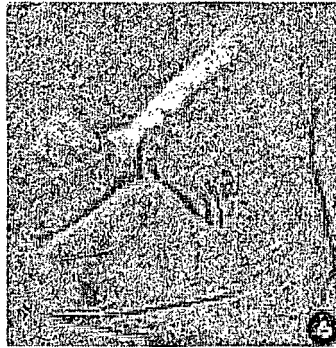
En la actualidad los aditamentos o soportes de brazo están a disposición comercialmente, pueden solicitarse por catálogos, Internet y en algunos casos las terapeutas los elaboran teniendo en cuenta pautas de soporte a nivel proximal. Estos ⁵ proveen soporte del humero sujetado en ocho a la espalda, permiten una posición más normal durante las actividades de la vida diaria. (Anexos).

Si la decisión del terapeuta es el uso de soportes, el arco de movimiento de la articulación glenohumeral se debe mantener en forma pasiva, y tan pronto como el tono de cualquier músculo se normalice, se deberá comenzar a utilizar en forma voluntaria.

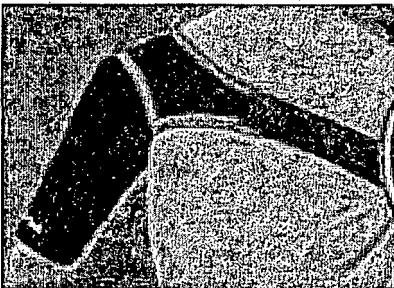
Se debe hacer hincapié en impedir la rotación interna y la adducción al iniciarse la espasticidad. El músculo dorsal ancho se debe mantener completamente estirado. La escoliosis se reduce mediante actividades, ejercicios activos y pasivos del tronco. Las fuerzas que tiran de la articulación glenohumeral hacia fuera y abajo deben ser disminuidas; esto se logra por medio de técnicas y posiciones que fuercen la cabeza humeral hacia el espacio suprahumeral. Se deben utilizar todas las técnicas

de estimulación–fricción, cepillado, hielo, reflejos tónicos del cuello y retroalimentación– hasta que se haga evidente una actividad aparente o refleja. (Cailliet, R. 1989).

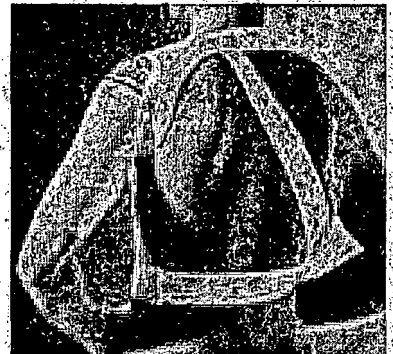
Otra técnica poco conocida dentro de las terapeutas ocupacionales es **el Kinesio taping** esta es una técnica japonesa, su principio fundamental nos dice: “Enfermedades, desordenes e inflamación son mejorados cuando la función del músculo afectado es corregida”. Esta técnica es conocida para el soporte efectivo de un músculo o grupos musculares. Y dentro de sus efectos esta la prevención y manejo de la Subluxación



Soporte de hombro con diseño universal.



Soporte de hombro en elástico especial.



Soporte de hombro con ajuste en cintura, indicado para subluxación, rehabilitación en tratamiento posoperatorio de manguito rotador.

CONCLUSIONES

El uso de aditamentos, soportes, durante la rehabilitación después de una enfermedad cerebro-vascular puede ser beneficioso para algunos usuarios, pero estos soportes no necesitan ser usados universalmente como tratamiento de la Subluxación, la terapeuta debe conocer y contar con experiencia en la aplicación de los mismos y realizar un seguimiento en su aplicación, es importante anotar que tan pronto exista actividad muscular alrededor de la fosa Gleno-humeral el soporte deberá revalorarse en su utilización pues como terapeutas debemos fomentar normalidad sin elementos externos en lo posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Occupational Therapy for Physical dysfunction, Catherine A. Trombly fourth edition.
- El Hombro en la hemiplejía, Dr. Rene Cailliet 1982.
- Kinesio taping perfect manual, kinesio taping association 1998.
- Archives of physical medicine and rehabilitation. 67, 514-516. Internet.
- American journal of occupational therapy, 49, 526-533 shoulder pain and subluxation after stroke.
- Sun yet-sun university of Medicine Sciences, Guangzhou, 510120, P.R. China. Internet.
- Orthobionics, inc. Dallas, Texas internet.

Terapia Ocupacional en la vida real de los pacientes con lesiones neurológicas*

*María Cristina Tafur***

La rehabilitación del paciente neurológico en Estados Unidos, esta conceptualizada con base en el marco de referencia de la Organización Mundial de La Salud de deficiencia, incapacidad y minusvalía. (U.S. Department of Health and Human Services, 1995). (Ver figura 1).

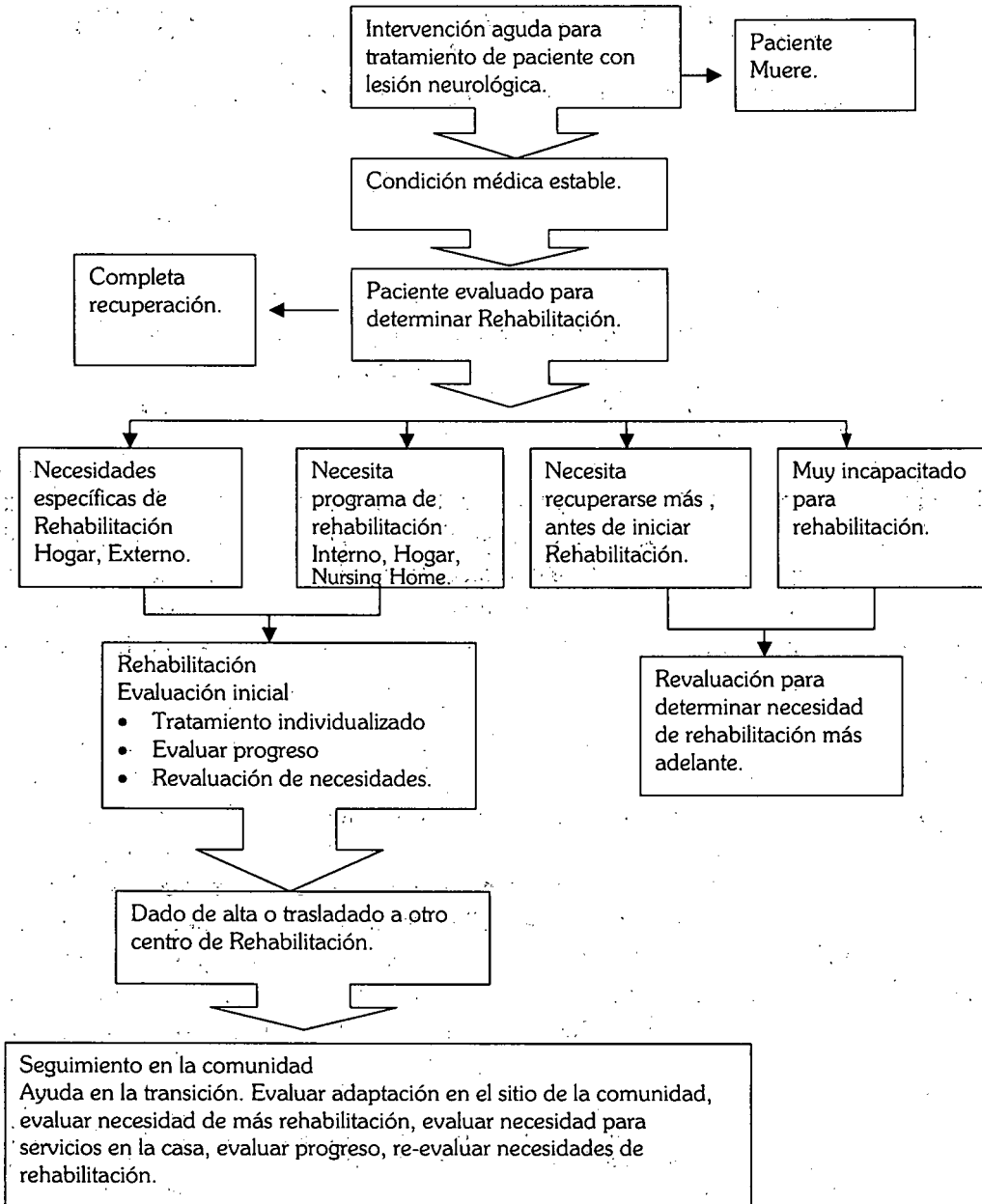
Con base en esta conceptualización el paciente que sostiene un lesión neurológica puede seguir varios caminos en su proceso de rehabilitación. Por ejemplo, esta el paciente que rápidamente se devuelve a su casa pues no hay consecuencias de la lesión, o el polo opuesto, que es el paciente que termina en un hogar para enfermos teniendo atención de enfermería constante, pues el individuo requiere atención permanente.

Estos diversos caminos que puede seguir la rehabilitación del paciente neurológico, no están únicamente sujetos a la condición médica, sino especialmente al complejo aspecto psicosocial. Es aquí donde principalmente se siente el impacto de la seguridad social. Dependiendo del seguro médico que tenga el paciente, pueden tener acceso a cierto número de horas (generalmente 4 horas cuando es Medicare) para tener un ayudante en la casa que facilite las tareas de aseo personal, cocina, compras y visitas médicas, etc. Si es un seguro médico privado, generalmente no ofrece ayuda para la casa y tampoco hay tratamiento en centros de rehabilitación sub-agudos. Casi siempre los pacientes tienen acceso a rehabilitación en la casa, la

* Trabajo presentado en el XII Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional. Santa Marta. Marzo/01.

** Terapeuta Ocupacional. Maestría en Terapia Ocupacional, Universidad de Nueva York, estudiante de Ph.D en T.O., Universidad de Nueva York. Egresada Escuela Colombiana de Rehabilitación. Universidad del Rosario.

Figura 1: Diagrama de flujo de la rehabilitación del paciente con enfermedad cerebro vascular.



cual es determinada por una enfermera. Las visitas domiciliarias no son más de tres veces a la semana para fisioterapia, dos veces por semana para terapia ocupacional y probablemente ninguna visita de terapia del lenguaje. Esto es lo que ofrecen los seguros médicos tanto privados como del gobierno.

Actualmente los recursos para el paciente joven con ECV o TCE son limitados. No hay programas diseñados para esta población cuando los problemas físicos son mínimos y los problemas comportamentales y cognoscitivos son mayores. En Nueva York existen algunos programas de consulta externa que se utilizan para manejar estos pacientes. Sin embargo el gobierno es consciente que esta población no es atendida adecuadamente y esta haciendo investigaciones para tratar de desarrollar programas acordes a las necesidades de esta población.

En resumen podemos decir que la rehabilitación depende grandemente del aspecto económico y esto esta ligado a la capacidad o incapacidad que tiene la industria de rehabilitación, para demostrar los beneficios que tiene nuestra intervención.

Con esta idea en mente el gobierno americano y una universidad en Búfalo, Nueva York desarrollaron un proyecto con un médico rehabilitador, el cual tenía por objeto el desarrollo de una evaluación...

Una de las evaluaciones más utilizadas en el sistema Americano para determinar la intervención de rehabilitación, es una escala denominada FIM (Functional Independent Measure). Esta escala tiene como objetivo evaluar a los individuos a través de 18 ítems utilizando valores del 1 al 7. Estos ítems están divididos de acuerdo a las siguientes áreas:

1. Comer.
2. Aseo personal: lavarse dientes, peinarse o cepillarse el cabello, lavarse manos y cara, maquillarse o afeitarse.
3. Bañarse:lavarse, enjuagarse y cercarse el cuerpo del cuello para abajo excluyendo la espalda (puede ser en la tina o en la ducha).
4. Vestirse de la cintura para arriba.
5. Vestirse de la cintura para abajo.
6. Higiene en el baño: incluye el aseo del área perineal, ajustarse la ropa antes y después de utilizar el inodoro o el pato.

7. Control de la vejiga.
8. Control de esfínter anal.
9. Traslados: a la cama, silla y/o silla de ruedas, o ponerse de pie para iniciar marcha como típico modo de marcha.
10. Traslados al baño.
11. Traslados a la tina o ducha.
12. Marcha y/o movilidad en silla de ruedas.
13. Escaleras.
14. Interacción Social.
15. Resolución de problemas.
15. Expresión.
16. Compresión.
17. Resolución de problemas.
18. Memoria.

Valores de la escala

Independiente

7 = Total independencia

6 = Independencia modificada

Dependencia

Dependencia modificada

5 = Supervisión

4 = Mínima ayuda 75% o más del esfuerzo

3 = Moderada ayuda 50-75% del esfuerzo

Dependencia completa

2 = Máxima ayuda 25-50 del esfuerzo

1 = Total dependencia 0 -25% del esfuerzo

Esta escala puede ser utilizada por cualquier profesional entrenado y requiere de la observación del paciente ejecutando estas actividades. El objetivo de la evaluación es determinar la cantidad de ayuda que otra persona debe proveer para que el paciente pueda realizar las actividades básicas cotidianas. Esto es importante tenerlo en cuenta porque esta evaluación no está diseñada para evaluar cambios por ejemplo en cuanto a calidad de ejecución. Otra de las grandes limitaciones que tiene esta evaluación es que tiene efectos de techo. Esto significa que llega un punto

en que la evaluación no muestra cambios a pesar que el paciente este demostrando que esta mejorando. Esto es evidente en el área cognoscitiva principalmente.

El beneficio que ha traído esta evaluación es que existe un banco de datos a nivel nacional en USA que ha permitido investigaciones. A pesar de las limitaciones conocidas, esta evaluación es utilizada en los Estados Unidos para investigar los resultados obtenidos en tratamientos en los diferentes hospitales. Utilizan los resultados en forma comparativa para determinar el costo beneficio de la intervención. Esto representa grandes problemas para los pacientes pues de esta evaluación depende la cantidad de ayuda que se le de al paciente en la casa o el tipo de tratamiento que se recomiende. Esto cuando el paciente a nivel cognoscitivo puede devolverse a vivir en su hogar, cuando no es este el caso, uno de los problemas que tiene esta evaluación es que no muestra la complejidad de las secuelas cognoscitivas, visuoperceptuales y emocionales de una lesión neurológica. Es aquí donde una muy buena documentación es la clave de un buen resultado para poder justificar la intervención de los profesionales en rehabilitación.

Reintegro a la comunidad

Vivir con las secuelas de una lesión neurológica es un reto para el resto de la vida. Un reto que implica la búsqueda constante de formas, para compensar o para adaptarse a los déficits que persisten. Para muchos de los sobrevivientes con lesiones neurológicas y sus familias el trabajo verdadero comienza después que la rehabilitación formal ha terminado. Uno de los trabajos más importantes que tenemos los que nos dedicamos a esta área ,es ayudar a preparar al cliente y su familia para este período de recuperación.

Muchos personas después de una lesión neurológica pueden vivir solos o con su familia. La mayoría requieren de una gran variedad de soportes. El impacto de cada lesión neurológica es individual, y cada persona y la familia tienen que desarrollar su camino único hacia la recuperación. Esta conferencia esta enfocada a los individuos que tienen personas que viven a su lado y pueden facilitar el proceso de reintegro a la comunidad.

La transición

Las primeras semanas después de dado de alta el paciente del programa de rehabilitación, son generalmente difíciles, pues el paciente intenta utilizar las recientemente

te aprendidas habilidades, pero sin el soporte del medio controlado que es un centro de rehabilitación. En la medida que pasan los días y la persona trata de reasumir sus roles, los déficits en las diferentes áreas de comunicación, motoras, cognoscitivas y emocionales se hacen más evidentes.

El poder manejar esta transición requiere de dos cosas: el estar preparado y de flexibilidad para realizar cambios y por consiguiente adaptarse. La familia como el paciente deben estar preparados afondo acerca de las diferentes situaciones a las cuales se pueden ver confrontados una vez regresen al hogar. De ser posible más de una visita domiciliaria debe ser ofrecida para trabajar el plan de reintegro al hogar y la comunidad. Actividades específicas deben ser discutidas para determinar como el paciente y la familia pueden realizarlas, pero simultáneamente debe trabajarse sobre lo inesperado, desarrollando en la familia y el paciente habilidades para resolver problemas y buscar ayuda cuando sea necesario para enfrentar las nuevas situaciones.

Es aquí donde un terapeuta ocupacional que trabaje en la casa con el paciente y la familia es indispensable.

Factores para tener en cuenta

La salud de la persona encargada de cuidar al paciente.

La forma en que el funcionamiento familiar puede verse afectado.

Hay dos tipos de soporte; el proporcionado por la familia y el de la persona directamente encargada de cuidar al paciente. La presencia de estos dos tipos de soporte, facilita el alcanzar los mejores resultados de la rehabilitación a largo plazo.

Cuidar a una persona con secuelas de una enfermedad cerebro vascular o un trauma craneoencefálico puede ser una tarea de gran desgaste ya sea físico y/o emocional. En general investigaciones han demostrado que es mas fácil lidiar con limitaciones físicas que con limitaciones cognoscitivas o emocionales (Evans, 1986). Sin embargo existe un alto riesgo de fatiga y desgaste cuando el cuidado se tiene que proveer 24 horas al día 7 días de la semana. Es importante buscar medios para que el familiar encargado del paciente pueda tener tiempo de descanso.

Las investigaciones también han demostrado efectos negativos en las personas dedicadas al cuidado de sobrevivientes de ECV, tales como depresión, abuso de medicaciones para el paciente, frecuentes visitas al médico. (Blazer, Hughres and George, 1987; Kramer, German, Anthony, et al., 1985; Lichtenberg & Barth, 1990; Schulttz, Uisintainer & Williason, 1990).

Los aspectos culturales pueden tener un efecto importante, en relación a la actitud que se tenga acerca de lo que es incapacidad, minusvalía, el papel que debe desempeñar la familia en el proceso de transición y la habilidad que tenga la misma para lidiar con la complejidad de lo que es el sistema de salud.,

Salud y promoción de salud durante el proceso de transición

Disminuir el riesgo de un nuevo ECV a través de educación y promover un comportamiento saludable en cuanto a dieta, ejercicio, no fumar, etc.

Prevención de caídas a través de identificar los factores de riesgo y los pasos necesarios para reducir los mismos

Los esfuerzos del paciente por incrementar la movilidad, hacen que el peligro de caídas sea inevitable. El objetivo es minimizar el riesgo, mientras se promueven los esfuerzos del paciente por independizarse.

Riesgos remediabiles:

- Debilidad muscular.
- Equilibrio.
- Problemas con la visión y la percepción.
- Hipotensión ortostática.
- Uso de sedantes en exceso.
- Efectos secundarios de medicamentos.
- Equipo de ayuda mal prescrito o inadecuado, entrenamiento en el uso del mismo.
- Barreras medioambientales (tapetes, sillas, iluminación).
- Barreras arquitectónicas.
- Reasumir actividades recreacionales y valiosas para el paciente.
- Evaluar intereses y actividades que el individuo desarrollaba antes de la enfermedad.

- Acordar con el paciente metas a corto y largo plazo.
- Revisar el valor que tienen las actividades y establecer la factibilidad de las mismas en relación a las capacidades actuales.
- Evaluación de equipo especial.
- Desarrollar estrategias para sobreponerse a las barreras que se encuentren en el hogar y/o la comunidad.
- Encontrar nuevas actividades recreacionales que concuerden con los intereses del paciente y sus capacidades físicas.
- Educar al paciente y la familia en relación a los recursos de la comunidad.
- Cuando sea necesario, promover la creación de programas en la comunidad.

Manejar carro

La evaluación del paciente debe basarse en el aspecto neurológico, observaciones comportamentales, tests neuropsicológicos y visuoperceptuales.

Volver al trabajo

Los pacientes que se encontraban trabajando antes de tener el ECV, deben ser en lo posible evaluados nuevamente para reconsiderar su reintegro al trabajo. La orientación vocacional se debe recomendar.

Las barreras para un reintegro laboral pueden resumirse así:

- Falta de conocimiento de lo que es un ECV o un TCE y sus consecuencias.
- Barreras arquitectónicas en el puesto de trabajo.
- Acceso limitado a rehabilitación vocacional.
- Limitado conocimiento de los profesionales de la salud, acerca de los programas de rehabilitación vocacional.
- Actitudes negativas de algunos profesionales de la salud, en cuanto al reintegro laboral de los pacientes con ECV (por la edad).
- Actitudes negativas de los sobrevivientes, en cuanto a los servicios de rehabilitación vocacional, debido a la falta de conocimiento e información de los servicios existentes.
- Depresión y otros problemas emocionales que afectan la motivación y las habilidades del individuo para buscar trabajo.

- Falta de incentivos económicos por parte de la cobertura de seguros médicos, pago de incapacidad, y costos de adaptaciones medioambientales y de transporte.
- Falta de interés o ineficiencia de los programas de rehabilitación vocacional para trabajar con estos pacientes.

Una vez hechos los delineamientos anteriores, cuyo objetivo es delinear aspectos importantes a tener en cuenta durante el proceso de reintegro a la comunidad del paciente con lesiones neurológicas (especialmente el paciente con ECV) se hace importante discutir que se sabe del tratamiento ofrecido a estos pacientes antes de ser dados de alta, y que se sabe su situación dentro de la comunidad.

A continuación discutiré brevemente algunas investigaciones que hacen referencia a este aspecto. En primer lugar, esta lo que algunos pacientes han comentado una vez salidos de la terapia, por ejemplo dicen haber participado en actividades por las cuales nunca habían demostrado interés o habían tenido que realizar antes (como cocinar), sin embargo el terapeuta ocupacional consideró que esta actividad era importante. Otros hicieron referencia a actividades básicas cotidianas como vestirse, la cual en ese particular momento de recuperación (período agudo) no consideraban importante, sin embargo fueron presionados para participar en la terapia.

En un estudio realizado por Brown y Bowen (1998) se evaluó en que medida el terapeuta ocupacional incluía al cliente y el ambiente dentro de su plan de tratamiento. Los investigadores encontraron que muchos de los objetivos a corto plazo no estaban relacionados con el objetivo descrito por el cliente inicialmente. También encontraron que en la mayoría de los casos se prefería la utilización de actividades simuladas versus las reales. Ellos concluyen que este tipo de práctica se aleja de los modelos de intervención centrados en el cliente.

En el estudio realizado por Sabari, Meisler y Silver (2000), se recogió información con individuos que sufrieron un ECV pero que estaban radicados en la comunidad y participaban de un club para individuos con ECV. En este estudio etnográfico se encontraron dos temas importantes: preocupaciones en relación a necesidades no atendidas durante el proceso de rehabilitación y que los servicios fueron insuficientes para facilitar la transición a la comunidad. En este estudio hay comentarios que

describe el tratamiento impersonal por parte del terapeuta, falta de atención al aspecto económico cuando se hacían sugerencias para modificar algún aspecto de la casa, falta de iniciativa para identificar las necesidades del paciente como por ejemplo practicar traslados al carro. Los autores concluyen que la rehabilitación del paciente con ECV debe ser una relación permanente entre el sobreviviente del ECV, la familia y los profesionales de rehabilitación. Los dos primeros deben dar a conocer sus necesidades y los profesionales deben proveer oportunidades a estos para que influyeran en el proceso de rehabilitación. Finalmente, sugieren que los profesionales de rehabilitación debe buscar maneras creativas y factibles para dar solución a los problemas identificados por los clientes.

Nilsson, Aniansson y Grmby (2000) estudiaron las necesidades de individuos que se encontraban en la comunidad después de dos años de haber sufrido ECV. En este estudio participaron 68 pacientes que fueron evaluados para determinar las necesidades de rehabilitación, el nivel de discapacidad, y la satisfacción en relación a varias situaciones de la vida. A pesar que el estudio identifica necesidades de intervención en actividades básicas cotidianas (identificadas a través del FIM), los hallazgos más importantes son las dificultades que el pacientes tienen para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria, como ir de compras, arreglar la casa y otras. Los individuos también expresaron no estar satisfechos con su salud y más aquellos que vivían solos. Una de las áreas identificadas como relevantes para tener una mejor calidad de vida fueron las actividades sociales.

CONCLUSIÓN

Después de esta breve revisión de algunos artículos que investigan la situación de individuos que sobreviven a un ECV, se hace clara la importancia de ir más allá de la intervención en actividades básicas cotidianas y actividades de la vida diaria. El sistema de salud y el gobierno deben proveer para estos individuos diferentes oportunidades para lograr un real reintegro a la comunidad y a la sociedad. Estos clientes describen su deseo de reanudar sus roles y su vida como un ser con valores individuales que puede aportar dentro de una comunidad.

(Lecturas recomendadas Reflections on doing, being and becoming De Ann Allart Wilcock).

REFERENCIAS

- Blazer, D., Hughes, D. & George, L. (1987). The epidemiology of depression in the elderly community population. Gerontologist, 27, 281-287.
- Brown, C. & Bowen, R. (1998). Including the consumer and the environment in occupational therapy treatment planning. The Occupational Therapy Journal of Research, 18, 44-62
- Evans, R. L. (1986). Caregiver compliance and feelings of burden in poststroke homecare. Psychol Rep, 59, 1013-1014.
- Evans, R. L., Bishop, D. S. & Dusley, R. T. (1992). Providing care to persons with diasability: effect on family caregivers. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 72, 144-147.
- Gillen, G. & Burkhardt, A. (1998) Stroke Rehabilitation. A functional based approach. Mosby; St. Louis: MO.
- Kramer, M., German, P., Anthony, J. et al. (1985). Patterns of mental disorders among elderly residents of Eastern Baltimore. Journal American Geriatrics Soc, 33, 236-245.
- Lichtenberg, P.A. & Gibson, T.A. (1992). Geriatric rehabilitation and the older adult family caregiver. Neurorehabilitation, 3, 62-71.
<http://www.tbims.org/combi/FAM/famsyl.html>
- Sabari, J., Meisler, J. & Silver, E. (2000). Refelctions upon rehabilitation by member of a community based stroke club. Disability and Rehabilitation, 22, 330-336.
- Shultz, R., Uisintainer, P. & Williamson, G. (1990). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. Journal Gerontolog Psych Sci, 45,181-191.
- U.S. Department of Health and Human services (1995), Post Stroke Rehabilitation. AHCPH Publication No. 95-06622.



Producciones Multimedia

Diseño, Edición y desarrollo de proyectos multimedia
para eventos empresariales universitarios escolares y familiares
Calle 69 No. 58 a 12 Tels.: 3143970 - 4829128 - 2508014

Perspectiva de la intervención de Terapia Ocupacional en comunidad*

T.O. Jeannette A. Méndez M.**

RESUMEN

En Colombia la intervención del Terapeuta Ocupacional en Comunidad se hace cada vez más necesaria. La literatura evidencia como en sus fundamentos y en el desarrollo de la profesión este campo se ha venido consolidando como una respuesta a las necesidades en salud a nivel mundial.

Se identifican tres perspectivas teóricas y prácticas en el ejercicio profesional del Terapeuta Ocupacional en Comunidad, una como el proceso de rehabilitación atendido en casa, otra como la continuidad del proceso de rehabilitación de personas con discapacidad que permiten el logro de su independencia y su integración a la comunidad y la otra como la promoción del desempeño ocupacional y la prevención de factores de riesgo en grupos comunitarios que produzcan alteración del desempeño ocupacional.

La fundamentación teórica y el desarrollo de métodos y estrategias como un área más de desempeño profesional debe ser un propósito de la comunidad científica.

* Trabajo presentado en el XII Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional. Santa Marta, marzo 2001.

** Terapeuta Ocupacional. Profesora Asistente. Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Desarrollo Educativo y Social.

Es frecuente encontrar que la mayoría de los terapeutas ocupacionales trabajan a nivel intrahospitalario o institucional, sin embargo la tendencia en el cuidado de la salud está incrementando y desarrollando servicios comunitarios.

La revisión de la literatura internacional en Terapia Ocupacional, permite evidenciar las esferas desde las cuales se concibe el trabajo del terapeuta ocupacional en comunidad, es así, como la gran mayoría referencia trabajos de cuidado en casa, programas de reinserción de personas con discapacidad a su comunidad y tecnología aplicada en casa y los artículos orientados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son pocos.

Este panorama deja ver que el trabajo comunitario del Terapeuta Ocupacional a nivel internacional, se ha desarrollado desde la concepción de la inclusión socio-ocupacional de la persona con discapacidad continuando así su proceso de rehabilitación y en la cual se considera la familia y el entorno y no desde programas orientados a la promoción del desempeño ocupacional y la prevención de la disfunción del mismo.

En Colombia, las experiencias reportadas como intervención del terapeuta ocupacional en comunidad, muestran una tendencia hacia el trabajo con grupos de comunidades en situaciones de riesgo y en las cuales se procura promover el desempeño ocupacional. (Acosta, Cabrera y Rodríguez, 1986; Rodríguez 1989, 1990; Rodríguez 1995, Méndez, 1997; Méndez, 1999; Torres, Gómez, Rodríguez, 1999).

Estas dos acepciones del trabajo comunitario, muestran una dificultad en unificar la conceptualización del mismo, el ejercicio profesional del terapeuta y el uso del lenguaje relacionado con este.

Lo anterior, evidencia tres perspectivas teóricas de la intervención del terapeuta ocupacional en comunidad: una como el proceso de rehabilitación atendido en casa, otra como la continuidad del proceso de rehabilitación de personas con discapacidad que permiten el logro de su independencia y su integración a la comunidad; identificada en el modelo de vida independiente y la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (R.B.C.) y la otra como la promoción del desempeño ocupacional y la prevención de factores de riesgo en grupos comunitarios que produzcan alteración del desempeño ocupacional, entendida como Atención Primaria.

En la primera perspectiva la intervención se orienta a la atención directa de la persona con discapacidad para mejorar o restablecer habilidades y destrezas que limitan el desempeño, haciendo uso de medios, modalidades y tecnología propias elaboradas por el profesional, al igual que el diseño de planes domiciliarios en los cuales la familia del usuario ejecuta las recomendaciones del terapeuta. Esta intervención se limita al proceso de rehabilitación domiciliaria, sin generar impacto de empoderamiento familiar y comunitario, por lo cual no lo considerare como una intervención del terapeuta ocupacional en comunidad.

Las otras dos tendencias (*Modelo de Vida independiente – R.B.C. y Atención Primaria*) aunque implican el desarrollo de programas diferentes, tienen un común denominador “La Comunidad”, definida esta como un grupo de personas que se relacionan a través de actividades comunes, trabajo, intereses, cultura, objetivos, espacio geográfico, condiciones de salud y otros factores. (Condeuci, 1995; Finlayson & Edwards, 1995; Israel, Chackoway, Schulz, & Zimmerman, 1994; McKnight, 1992).

El ámbito comunitario ofrece dos fuentes de soporte para sus miembros, una formal y otra informal. El ambiente generalmente provee una fuente formal para las personas de la comunidad, el cual esta compuesto de personas, objetos y espacios; todos ellos pueden interrelacionarse para que personal o formalmente construyan comunidad. Sin embargo, la comunidad no es una estructura estática en el ambiente, es un proceso continuo de interacción entre personas – objetos – espacio, generando el soporte informal que provee la familiaridad a través de las interacciones diarias, esto reduce los resultados de la experiencia y crea nuevas situaciones y retos dentro de un sentido de hermandad (1).

Dentro de la práctica de terapia ocupacional, el medio ambiente, humano y no humano es valorado para determinar el nivel de desempeño de la persona dentro del mismo, siendo este quien influye en los aspectos del funcionamiento diario, en la habilidad de interactuar, en las reacciones ante el estrés y los estresores.

De otra parte, se refleja una visión más amplia de la profesión que ahora reconoce la influencia de factores externos, particularmente el ambiente social, cultural y físico en la función ocupacional de la persona (Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales. 1991; Christiansen, 1991).

Es a partir de este ámbito en el cual el terapeuta ocupacional debe identificar factores de riesgo para el desempeño ocupacional de las personas que a ella pertenecen y los factores que permiten potencializar las perspectivas de desarrollo de las personas con y sin discapacidad y por ende del colectivo. Igualmente el conocer el contexto comunitario facilitará los procesos de inclusión socioocupacional de las personas con discapacidad.

A partir de la perspectiva teórica de la intervención del terapeuta ocupacional en comunidad como un continuo en el proceso de rehabilitación, es importante diferenciar las percepciones que se tienen sobre la discapacidad y las personas discapacitadas.

Gill (1987), citado por Grady (1995), plantea la percepción que se tiene desde un modelo médico y un modelo interactivo:

	Modelo médico	Modelo interactivo
<i>Categorías de análisis de la discapacidad</i>	Deficit o anomalía	Deficiencia
	Ser discapacitado es negativo	Neutro
	Reside en el individuo	Derivada de los problemas encontrados entre la interacción del individuo y su ambiente.
	El discapacitado es curado o normalizado por el individuo	El Remedio es un cambio en la interacción ambiental.
	El profesional es un agente que remedia	El agente debe ser un mediador entre el individuo y cualquiera que afecte los lazos entre el individuo y la sociedad.

El cambio en la percepción de discapacidad es promovido por el movimiento de los derechos de las personas con discapacidad y de la acción legislativa. Al igual que los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (1999) donde se reconoce la restricción a la participación de las personas con discapacidad impuestas por las sociedades.

Por lo anterior “para asegurar la selección de actividades de la vida diaria, de aprendizaje, trabajo y juego para personas con discapacidad o problemas significativos de salud, el desafío de los profesionales de terapia ocupacional es entender la cultura y la comunidad de cada persona y familia con la que trabaja; además de crear oportunidades en la comunidad; promoviendo modelos interactivos de práctica entre la persona y la sociedad; trabajar con las comunidades donde sea bienvenida la diversidad; y desarrollar destrezas de análisis del ambiente para facilitar la interacción con éste” (1).

La integración a una comunidad también significa el fin de la soledad y de la dependencia y es el comienzo de una nueva fuerza para cumplir sus sueños. (McLaughlin / Davidson, 1985). Es por tal razón que la discapacidad retomada desde el ámbito comunitario requiere un análisis de las barreras y restricciones de las comunidades para permitir la participación de la persona con discapacidad y las habilidades que este posee y requiere para desempeñarse en su entorno cotidiano.

Desde esta perspectiva, el terapeuta ocupacional cuenta con modelos teóricos que pueden sustentar su ejercicio profesional (2), Terapia Centrada en el Cliente, Rehabilitación Basada en la Comunidad y Vida Independiente.

De otra parte, la perspectiva de la intervención del terapeuta ocupacional desde la prevención y la promoción es un interés creciente en salud. Finlayson y Edwards (1995) muestran como históricamente la carrera de terapia ocupacional ha estado ligada con los procesos de promoción de la salud. Sin embargo Murer y Teske (1989) plantean como uno de los obstáculos con los que se enfrenta el terapeuta ocupacional para tomar parte de las actividades de promoción de salud y de bienestar es la falta de un modelo de práctica significativo que permita el entendimiento y el desarrollo en dicha área.

Los esfuerzos presentes en Colombia para promover la salud y prevenir la enfermedad, fueron impulsados por la legislación (Ley 100, a través de las acciones del Plan de Atención Básico, Plan Distrital de Discapacidad), así como por asociaciones de usuarios de servicios de salud y quienes trabajan en las comunidades.

Con la presión de los costos generados y el bajo presupuesto para los programas, la prevención se convierte en una respuesta dirigida a limitar el crecimiento de la

prevalencia de psicopatologías. Muchos de los problemas de salud actuales son el resultado de estilos y condiciones de vida disfuncionales, de esta manera gran porcentaje del presupuesto en salud se utiliza para las discapacidades sociales.

Existe mucha literatura sobre la relación entre factores de riesgo, vulnerabilidad y desorden. Los estudios epidemiológicos describen poblaciones de alto riesgo asociadas con comportamientos disfuncionales. Los factores de riesgo modificables se convierten potencialmente en un punto de intervención. Esta unión es un componente importante en la prevención (3).

Nuestra base filosófica hace énfasis en los procesos adaptativos y la creencia en que las actividades con propósito pueden ser utilizadas para prevenir y mejorar la disfunción, y para lograr la máxima adaptación, la cual se equipara con las metas propuestas para la prevención primaria; conductas adaptativas y competencia social (3).

En terapia ocupacional las estrategias de prevención incluyen la reducción de ambientes sociales estresantes, el aumento en el dominio de sí, el apoyo social y las habilidades para enfrentarse a la vida.

Algunos de estos programas están orientados hacia la creatividad y actividades funcionales, actividades de la vida diaria, higiene personal, técnicas de manejo de ansiedad, actividades productivas, búsqueda de autonomía, resolución de conflicto, los cuales buscan reducir factores de riesgos para disfunciones ocupacionales y promover un estilo de vida saludable. Estas actividades son ofrecidas a colegios, grupos comunitarios, población vulnerable y en alto riesgo; pueden realizarse en instituciones primarias, las cuales hacen parte de la vida diaria; centro de salud, colegio, el hogar y el lugar de trabajo. Igualmente se asesora la formación de movimientos de autoapoyo y apoyo a la familia de personas con discapacidad.

La metodología para el desarrollo de estas estrategias debe basarse en que el arte de la terapia ocupacional utiliza la relación terapéutica con énfasis en "la dignidad y los actos correctos de la vida dentro de las circunstancias pasadas o presentes o el potencial futuro". (Mosey, 1981, p.23) citado por Finlayson, M & Edward J. 1995). haciendo uso de actividades que deben ser significativas, aceptadas y que respondan a las necesidades de la comunidad.

El manual, *For the Health of It: Occupational Therapy Within a Health Promotion Framework*, (Letts et al, 1993), identifica que los procesos de promoción de la salud son de participación intersectorial, integral y continuos (4).

Este nuevo paradigma de salud integra “en la salud y el cuidado de la salud dentro de la vida comunitaria a los ciudadanos quienes juegan un rol activo” (Carswell. Opzoomer, 1990. P. 201) citado por Finlayson, M & Edward J. 1995).

El reto para los profesionales de terapia ocupacional es entender a cada persona como única en su comunidad incluyendo su cultura y el contexto en que cada uno ha sido formado, de esta manera se podrán desarrollar programas que atiendan a las necesidades reales de las personas con o sin discapacidad y optimicen el desempeño ocupacional para el mejoramiento de la calidad de vida, en donde la integralidad rescate los componentes físicos, psicológicos y sociales.

Es importante anotar que “la orientación a grupos humanos por parte de terapia ocupacional demanda acciones profesionales dirigidas a analizar, seleccionar, diseñar y/o adecuar instrumentos de evaluación e intervención pertinentes a la acción educativa relacionándolos con el contexto socio ambiental y con criterios teóricos” (5).

El análisis del desarrollo de las tendencias de la Intervención del Terapeuta Ocupacional en Comunidad nos permite identificar la necesidad de construir un lenguaje común dentro del ejercicio profesional, el diseño y validación de evaluaciones propias para el área facilitando así la orientación de la intervención en el ámbito social, lo anterior daría validez al trabajo en comunidad e identidad al responder a la terminología uniforme AOTA (1994).

El reconocimiento de la acción del Terapeuta Ocupacional en Comunidad por la comunidad científica, es un proceso que debe estar sustentado a través de investigaciones con métodos tanto cuantitativos como cualitativos, que den respuesta a los interrogantes planteados para el ejercicio profesional en esta área.

Lo anterior se constituye en acciones que se deben proponer y consolidar desde el ámbito del ejercicio profesional y considerar las implicaciones que esta perspectiva tiene en la formación universitaria, lo cual requiere el desarrollo investigativo, teóri-

co y práctico que posibilite generar habilidades para la Intervención del Terapeuta Ocupacional en Comunidad.

LISTA DE REFERENCIAS

1. Graddy, A. (1995). Building Inclusive Community: A Challenge for Occupational Therapy. *American Journal Occupational Therapy*. Vol 49. No. 4. Pgs. 300-310.
2. McCOLL, M. (1998): What do yo need to know to practice occupational therapy in the community? *American Journal Occupational Therapy*. Vol. 52. No. 1. Pgs. 11-18.
3. Grossman, J. (1991). A Prevention Model for Occupational Therapy. *American Journal Occupational Therapy*. Vol. 45. No. 1.
4. Finlayson y Edwards. (1995). Integratin the concepts of health promotion and community into occupational therapy practice. *Canadian Journal Occupational Therapy*. Vol. 62. No. 2. Pgs. 76-80.
5. Zapata, María V. *Desempeño ocupacional y humanismo*. 2001.



La dimensión espiritual en Terapia Ocupacional

*Marta Lucía Santacruz G.**

Este artículo surgió a partir de búsquedas alrededor de las llamadas terapias alternativas y su posible aplicación dentro de la terapia ocupacional como respuesta a las necesidades del hombre contemporáneo y a constantes encuentros sobre esta temática en la revista Canadiense de Terapia Ocupacional, desde comienzos de los años noventa, donde la dimensión espiritual del hombre y la ocupación, es incluida dentro de los cuatro componentes del desempeño ocupacional, concepto trabajado desde la Asociación Canadiense de Terapia ocupacional (CAOT, 91), que ha tratado de definirlo y estructurarlo dentro del modelo del desempeño ocupacional, con referentes teóricos que parten de las teorías humanistas y del modelo de la terapia centrada en el cliente, o la persona, (Rogers, 1951), el cual se puede decir es hijo de las corrientes humanistas y existencialistas, tendencias acordes con los principios filosóficos de la profesión que determinan la visión holística del hombre, quien se considera tiene motivación intrínseca para la acción y derecho a una existencia con propósito y significativa.

El concepto de la espiritualidad ha tomado un importante lugar en el modelo de práctica desarrollado por la Canadian Association of Occupational therapists, (CAOT, 1991) ; en 1992 Blain, Townsend, Krefling & Burwash presentaron una definición de la espiritualidad pertinente al desempeño ocupacional y la practica del terapeuta ocupacional, allí sugieren que la espiritualidad de la persona es su verdadera esencia y que esta se conecta con todas las cosas y experiencias de su vida. Afirman que para mantener el bienestar espiritual el individuo debe permanecer en conexión con el sí mismo, con los otros y con el resto de la creación, como también permitirse expresar su verdadera naturaleza.

* Terapeuta Ocupacional. Especialista en docencia universitaria. Docente Escuela colombiana de Rehabilitación.

La espiritualidad es vista como uno de los cuatro componentes de ejecución dentro del modelo del desempeño ocupacional (CAOT, 91), y ha sido definido como “una visión del yo en el futuro”, entendido el individuo como un todo, un ser holístico compuesto por la interacción compleja de factores que incluyen componentes físicos, mentales, socioculturales y espirituales; para determinar la existencia de éste componente dentro de la persona, se requiere explorar el significado que le da a las experiencias diarias y las actividades que le ofrecen significado a su sí mismo y a su vida, aspectos que vistos desde la perspectiva de Terapia ocupacional son centrales en los procesos de recuperación, siendo la espiritualidad la representación de la persona como un todo dentro de su contexto.

Como se mencionó arriba, el concepto de la espiritualidad también se ha trabajado dentro del modelo práctico de la atención centrada en el cliente, (CAOT, 91), donde se ve la espiritualidad como un componente esencial del individuo quien está en una interacción dinámica entre mente y cuerpo, es la que da la visión del propósito de vida en cada persona y se considera que dicha expresión se va configurando a través de los procesos de socialización de los sistemas de creencias y de valores.

En el modelo de la practica centrada en el cliente, la inclusión de lo espiritual admite la visión positivista del hombre, dándole importancia al sentido del yo de la persona, sus creencias sobre su poder y control y el significado que le da a la vida, componentes que se adquieren por la interacción con el ambiente y se estructuran internamente. Esta dimensión espiritual del individuo no es simplemente un componente de su ser, sino que implica al sí mismo, pues cada persona es un ser y es espíritu, que lo hace parte integral del universo y existe y permanece como un todo a pesar de una enfermedad o lesión. Se cree que cada individuo tiene un mundo intrínseco que lo motiva a la acción, que lo expresa a través de su participación en actividades diarias, aspectos que desde la perspectiva de terapia ocupacional se agrupan en las áreas de esparcimiento, autocuidado y trabajo.

Dimensión espiritual que se puede integrar tanto en estados de salud como de enfermedad, también ante una crisis espiritual donde la persona entra en el cuestionamiento de sus creencias, valores y propósitos, crisis que se puede ligar a los cambios implícitos en los procesos de rehabilitación.

En 1995 la AOTA, presento una definición sobre la dimensión espiritual de la ocupación, la definió como los aspectos no físicos y no materiales de la existencia, que

contribuye con el conocimiento profundo de la naturaleza y significado de la vida de la persona.

Tenemos entonces que la espiritualidad es un fenómeno metafísico, de difícil definición, donde su naturaleza se acoge a la quinta esencia o el quinto elemento más allá del agua, del fuego, la tierra y el aire, inmersos en los pensamientos y en las cosas.

Egan A de Laat en 1994, presentó la espiritualidad humana como la esencia de una persona expresada en sus acciones diarias e influida por sus valores, su sistema de creencias y su contexto sociocultural. Todos somos espirituales, esto no está confinado a la religión o la teología, el espíritu ha sido llamado aliento de vida, aliento de inspiración y puede ser el impulso o bien la motivación para descubrir el significado y propósito de la vida.

En Hebreo, Latín y otros lenguajes asiáticos la palabra espiritual significa literalmente aliento o aire en movimiento, Perry (1986), menciona que en la antigüedad se consideraba al espíritu como el impulsor de la vida, como la fuerza de motivación humana.

Por otra parte la filosofía griega, la hindú y la tradición budista ven la espiritualidad como la esencia del individuo el cual reside en el cuerpo, Pagels, (1979). Jung en el 57, la definió como la principal guía dentro de la vida psíquica que regula los pensamientos, llevando a una autoconciencia significativa y a un sentido de bienestar.

Bellingham, Cohen, Jones, and LeRoy en 1989, definen la espiritualidad como la habilidad par vivir de manera integra, propósito que requiere de la conexión de tres esferas:

1. La primera es la conexión con el sí mismo, que se logra por la permanente conciencia de nuestros propios sentimientos, cuando esto se pierde resulta la pérdida de la autodirección.
2. La segunda esfera se refiere a nuestras relaciones con los otros, la falla en esto resulta en soledad y aislamiento.
3. La tercera se conecta con el resto de la creación, incluyendo el creador, en esta esfera se encuentra el significado y propósito de vida de cada persona, la falla en esta resulta en la alienación de los principios que guían la existencia y se genera un profundo sentimiento de aburrimiento, vacío y temor.

Por su parte en 1991 Muldon y King, ampliaron el concepto de espiritualidad a la expresión del ser propio, refiriendo que la espiritualidad de la persona es la forma como maneja su vida; en este sentido cada ser humano es espiritual, en la dirección que le da a la vida, en la historia de vida que cada uno relata se encuentran las raíces y envuelve la forma de ver la vida. Esta visión se apoya en actividades individuales o grupales o bien prácticas organizadas sustentadas y expresadas, como son las diversas formas de reflexión, oración, conversación, de participación en rituales sociales y la asimilación de actitudes dadas por comunidad.

Hasta el momento se ha dificultado la aplicación de la dimensión espiritual a la práctica diaria del terapeuta ocupacional, debido en parte por las limitaciones para definirla ya que es un concepto abstracto y resulta difícil operacionalizarla dentro del desempeño del terapeuta, ya que no es un comportamiento observable que se pueda medir, además existe la tendencia a confundir el término con elementos religiosos que no deben ser incluidos dentro de la relación terapéutica (esta diferencia ya se explicó anteriormente), también está el desconocimiento en general sobre lo que este concepto trabaja y sobre cómo puede ser involucrado en el proceso de intervención a través de nuevas estrategias que las actuales corrientes terapéuticas que se sustentan en principios espirituales aportan y que a mi manera de ver abordan aspectos internos del sujeto que determinan su compromiso con el tratamiento y la superación de la crisis de vida que la discapacidad por sí misma genera.

En relación con lo anterior retomo a Peloquin (95), en sus planteamientos acerca de lo que es ser terapeuta ocupacional, donde la considera como el artista en las personas, que al ofrecer la experiencia a través de la ocupación potencializa en el sujeto su capacidad para descubrir el significado y el propósito de su vida. Afirma que la práctica se convierte en arte cuando la capacidad empática del terapeuta logra transformar la experiencia del cliente desde una alienación hacia el autoentendimiento, la autorenovación y la trascendencia. En este sentido es a través de actividades estructuradas externamente que el terapeuta ocupacional crea, mantiene, altera y modifica el contexto del tratamiento para transformar la parte interna del cliente y sus experiencias de desorden y disfunción dentro de un orden significativo y con propósito.

Es así como a través del arte de la práctica se potencializan en el individuo relaciones significativas con el sí mismo y el mundo, lo que actúa como medio transformador mediante el que reconoce y aprende a aceptar sus propias fuerzas, sus limita-

ciones, a apreciarse como ser humano con identidad y descubrir el significado de su existencia (Mosey 86).

Dentro del modelo de desempeño ocupacional (CAOT, 91), La espiritualidad ha estado ligada al significado de vida y a varios aspectos de la misma, lo que implica la reflexión filosófica de cómo la persona alcanza un conocimiento consciente del significado de su vida a través de su participación en actividades diarias, de cómo la significación que le da a los eventos diarios va a determinar en ella una existencia con propósito y trascendencia y sobre cómo es el hacer y la experiencia los participantes directos de esta dimensión.

Es hacernos conscientes de que somos profesionales quienes desde una formación humanista abordamos al usuario como un todo inmerso en un contexto que le demanda participación y pertenencia a través del desempeño de ocupaciones, que al tornarse en experiencias convierten el componente espiritual en un fenómeno que se da en el aquí y ahora.

Además, si la meta del terapeuta ocupacional se dirige básicamente al bienestar de la persona y a una mejor calidad de vida, el ir más allá de un logro funcional está dado por la dimensión espiritual implícita en los niveles de logro y satisfacción personal, que a su vez deben desencadenar nuevas búsquedas, es así como el mismo hacer es el generador de la dinámica ocupación-propósito-bienestar, inmersos en una existencia significativa bien sea en estados de función o disfunción. El significado se va creando día a día y aquí el rol del terapeuta ocupacional está en ayudar al cliente a crear y afirmar su existencia (Peloquin, 95).

Las actividades que se sustentan en principios relacionados con la dimensión espiritual de la ocupación, deben crear la oportunidad para construir significados, lo que es necesario para establecer una identidad, ganar sentido de control y conectarse con la historia personal, favoreciendo el logro de competencias para manejar el estrés y las adversidades de la vida diaria de manera que se obtenga bienestar (Peloquin, 95).

Brenda Howar y Jay R. Howard en el 96, sustentan la ocupación como una actividad espiritual, afirmando que la ocupación es la base del bienestar, que ofrece significado a la vida y que a su vez la espiritualidad permea todas las áreas de la ocupación, de ahí la cadena entre estas. Refieren que los procesos terapéuticos

pueden ser vistos como “jornadas de reconciliación y transformación espiritual”, ya que el significante asociado a la ocupación ofrece una dimensión espiritual.

Belligham Et. col en 1989, describieron una manera para establecer y mantener la dimensión espiritual, trabajando la conexión de las tres esferas espirituales, descritas anteriormente, y a partir de las cuales se pretende ligar estrategias desde la perspectiva de terapia ocupacional de manera que se logren aspectos de autonomía personal social en el cliente:

1. Primera esfera, para conectarse con el sí mismo, se requiere de momentos de quietud y soledad, el individuo es guiado a explorar sus sentimientos, reconociendo y aceptando sus emociones y examinando cómo estas influyen sus acciones, se lo lleva a que explore sus valores y creencias y que se conecte consigo mismo actuando en congruencia con estos.

Aquí el terapeuta ofrece experiencias de acción que posibiliten en el individuo cambiar sus pensamientos de incapacidad a capacidad a través del logro y el éxito en la actividad, de manera que se influya en sus sistemas de valores y creencias al encontrarse consigo mismo en acciones con propósito.

Mediante técnicas psicoeducativas el individuo logra tomar autoconciencia y adquiere herramientas para manejar el estrés y síntomas de su enfermedad que alteren su desempeño ocupacional, educándolo sobre técnicas de relajación, meditación, visualización, imaginación y autodirección.

Mediante experiencias artísticas y creativas el terapeuta acompaña al usuario al encuentro con el sí mismo, al descubrimiento de nuevos valores y de nuevas relaciones con el mundo de los objetos, encontrando así nuevos símbolos y significados a su existencia.

2. Dentro de la segunda esfera, para trabajar la conexión con los otros se lleva a que la persona evalúe sus relaciones físicas, emocionales e intelectuales con los otros, participando con su propio yo en el establecimiento de conexiones compartiendo espacio, tiempo y sentimientos con otros.

Lo anterior se dimensiona dentro de experiencias grupales donde se promueva el encuentro con el sí mismo a través del encuentro con el otro, donde el dar

y recibir esté implícito en la estructura y organización de la actividad bien sea a nivel corporal, mental o emocional.

Deben ser espacios de comunicación y expresión a través del silencio y la palabra manejados desde la capacidad empática del terapeuta.

Son importantes los grupos de apoyo y la participación de la familia dentro de los procesos de rehabilitación y de reconstrucción de la realidad del sujeto.

3. La tercera esfera se construye llevando al sujeto a que encuentre o bien reencuentre un significado a su existencia y un propósito a su vida, que sea congruente con sus sentimientos, valores y creencias, descubriendo la importancia de una vida creativa.

Fox en 1990, habló de ser cocreadores con el creador, de nuestra propia existencia y del universo, a través de la poesía, la prosa, la música, el arte, el deporte, en el mismo acto de cocinar, en las rutinas diarias y en la forma de gratificarse con la acción.

El terapeuta ocupacional debe diseñar experiencias de acción que partan de los intereses, necesidades y del sistema de creencias y valores del cliente, teniendo presente que a pesar de la discapacidad existente la persona es consciente de su deber y derecho a tener una vida con propósito y significado, o bien de resignificar su dimensión espiritual.

Pero, ¿cómo convertir la actividad terapéutica en una experiencia de crecimiento espiritual?, aspecto dado en parte por la misma calidad de vida y significaciones internas que posea el terapeuta, por un componente espiritual que además de existir dentro de sí sea congruente con su sí mismo, por acciones que involucren al otro o bien al propio usuario como ser en transformación y por su capacidad de llevar una existencia creativa, de lo contrario actuará como terapeuta desligada de su condición humana, negándose posibilidades de aprendizaje y crecimiento.

El terapeuta ocupacional debe entender la espiritualidad del cliente (Urbanowski, Vargo, 94), para obtener logros en la intervención, entrar en su realidad, siendo esto el fundamento para establecer una relación de ayuda construida sobre la confianza, la apertura y la empatía, esto significa entender a la persona desde su perspectiva (Purtilo, 90).

Por su parte Miller en 1990, describe la experiencia de transformación de individuos con enfermedades psiquiátricas crónicas, lo que refirió como crisis espiritual y la describió tomando a Oates, 78. así:

Estado en el que la persona está agudamente enferma y con gran significación e interpretación de caos a su existencia. Estos individuos se trabajan tratando de que resuelvan tales problemas liberando viejos patrones de vida y descubriendo nuevos patrones de existencia, sugiere la forma de llevar al individuo a través de estos procesos dentro de su rehabilitación:

- Normalizar la crisis.
- Afirmar las fortalezas individuales.
- Reconocimiento por parte del individuo de experiencias subjetivas.
- Balance de esas experiencias con su realidad externa.
- Comunicación de esperanza y aceptación.

Por medio de:

- Una relación de escucha, de confianza y honestidad mutua.
- Describirle y que identifique experiencias transpersonales.
- Recomendarle material de lectura.
- Facilitarle la autoconciencia a través de la afirmación, el contacto visual, la identificación de sus bondades y apoyando su expresión creativa.

Es importante que el terapeuta entienda la espiritualidad de la persona y qué y quienes de su ambiente le son importantes, establecer la forma como vive el sujeto su discapacidad, lesión o crisis y para esto debe:

1. Identificar el significado de futuro para el cliente a la luz de su experiencia diaria, elaborando preguntas como: ¿cómo podría ser diferente su vida?, ¿cómo se ve a sí mismo para cuando vuelva a su casa?, si pudiera cambiar algo sobre sí mismo, excepto su actual situación, ¿qué cambio haría?
2. Identificar el significado que le da a actividades futuras que pueda realizar con otras personas con base en experiencias corrientes, preguntándole por ejemplo ¿quién es la persona más importante en su vida?, ¿cómo podrá variar su vida mediante diferentes actividades?
3. Identificar la importancia que le da a participar en actividades diarias, preguntándole sobre cuáles son las tres cosas más importantes que es capaz de

realizar en su casa?, ¿cuáles cosas quisiera volver a hacer en la forma como las hacía?

Para un proceso de rehabilitación con logros es importante que el usuario esté en posibilidad de establecer metas de acuerdo a su escala de valores y que le ofrezcan significados reales desde su propia perspectiva, así su espiritualidad está siendo considerada en el servicio que se le ofrece. Esto implica la habilidad del terapeuta para interpretar la importancia de las actividades en concordancia con la realidad del cliente y consistentes con sus metas personales. Para Reed y Sanderson, 1992, la meta del terapeuta debe centrarse en la salud y el bienestar de la persona dentro de su ambiente, esto incluye su espiritualidad y las metas para cada cliente, así, la terapeuta se convierte en parte integral del mundo del individuo y lo acompaña en la reconstrucción de su propia realidad, pero también es importante que al diseñar el proceso de rehabilitación no lo haga desde sus propios valores y necesidades, sino desde una clara comprensión del mundo interno del cliente.

BIBLIOGRAFÍA

- Collins, M. Occupational therapy and spirituality: reflecting on quality of experience in therapeutic interventions. *British journal of Occupational therapy*. 61(6). 1988.
- Egan, M.; Delaat, M. The Implicit spirituality of occupational therapy practice. *Canadian journal of Occupational therapy*. 64(3). 1997.
- Egan, M.; Delaat, M. Considering spirituality in occupational therapy practice. *Canadian journal of Occupational therapy*. 61(2). 1994.
- Hume, C. Spirituality: a part of total care? *British journal of Occupational therapy*. 62(8). 1999.
- Rose, A. Spirituality and palliative care: the attitudes of occupational therapists. *British journal of Occupational therapy*. 62(7). 1999.
- Unruh, A. Spirituality and occupation: Garden Misings and the Himalayan blue poppy. *Canadian journal of Occupational Therapy*. 64(3). 1997.
- Urbanowski R.; Vargo, J. Spirituality, daily practice, and the occupational performance model. *Canadian journal of Occupational Therapy*. 61(2). 1994.

Una aproximación a los problemas de grafismo

*Diana Peñuela**

JUSTIFICACIÓN

Con este artículo se pretende hacer una revisión sobre las causas más comunes de los problemas relacionados con la adquisición de la escritura, que tan frecuentemente se presentan en la población escolar.

Una de las áreas donde se empieza a dilucidar una dificultad que conlleva al fracaso escolar es aquella donde se involucra el proceso de la lectoescritura. En las aulas no son pocos los casos en que los niños comienzan a enfrentar dificultades académicas por una letra ilegible, lenta en su ejecución y por lo tanto no funcional para ejercer y tener éxito en el desempeño de su rol como escolar. Las consecuencias derivadas de esto son muchas: disminuye el nivel de rendimiento académico, conductas de evitación o rechazo ante actividades que involucren la escritura, baja autoestima y los padres y maestros pueden empezar a referir trastornos comportamentales como agresividad, temor y fobia para asistir al colegio, pesadillas, depresión, enuresis, entre otros.

Conceptos: Grafismo, Disgrafía.

EVOLUCIÓN DEL GRAFISMO

Hasta los tres años de edad cada vez que el niño utiliza una herramienta cualquiera para garabatear lo hace como una forma de actividad lúdica y sin un propósito

* Terapeuta Ocupacional egresada de la Escuela Colombiana de Rehabilitación afiliada al Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Con entrenamiento en Integración Sensorial de la Universidad del Sur de California. Docente de la Escuela Colombiana de Rehabilitación.

determinado, en donde la característica principal es la descarga motriz que se ejerce a través de la actividad. A partir de esa edad se inicia una etapa en la que el niño intenta representar diferentes objetos, los cuales por razones madurativas no se aproximan a la realidad pero en cambio el niño si puede verbalizar lo que quizo representar. Cuando se cansa de garabatear con una mano pasa la herramienta a la otra indistintamente.

A partir de los cuatro años, por los programas desarrollados en las instituciones educativas, el proceso se intensifica. Se inicia el control grafomotor con el que se va aproximando lo que el niño representa con la realidad. Según René Zazzo en esta edad el porcentaje de niños que emplean una sola mano para las actividades gráficas es del setenta por ciento (70%).

A partir de los cinco años se empieza a dar el aprendizaje de la escritura como tal, aunque esto puede variar de acuerdo a las criterios de las instituciones educativas.

Ajuriaguerra identifica varias etapas en este proceso de adquisición y establecimiento de la escritura:

- Fase precaligráfica: entre los cinco y los ocho años. Todavía no existe el control motor suficiente para ejecutar los trazos con precisión. Las letras no tienen un tamaño homogéneo y son generalmente inclinadas.
- Fase caligráfica: Desde los ocho o nueve años hasta la pubertad. Se observa un dominio eficaz sobre la herramienta usada para escribir y la escritura se hace cada vez mas fluida y las formas y tamaños de las letras mas parejas. Hacia los diez años se da una fase de equilibrio y aparente armonía en su evolución.
- Fase poscaligráfica: Se produce una crisis en la escritura por la condición propia de la adolescencia. Esta misma crisis lleva al adolescente a adquirir un estilo propio de escritura influenciado por la rapidez que necesita adquirir en su ejecución para adaptarse a las exigencias del medio.

REQUISITOS PARA LA ESCRITURA

El aprendizaje de la escritura es un paso muy importante en el aprendizaje del niño razón por la cual se debe presentar en el momento indicado. Si se inicia su enseñanza de forma prematura lo estaremos conduciendo al fracaso ya que todavía no

cuenta con la maduración previa necesaria. Si por el contrario dejamos pasar el momento oportuno en el que ya el niño está capacitado para este proceso educativo, cada vez se hace más difícil la recuperación del tiempo perdido. Esto es claramente observable: a un niño de siete años le resulta mucho más fácil aprender a leer y escribir que a un adulto de treinta o cuarenta años de edad.

En la maduración del individuo existen dos factores decisivos que interfieren y le imprimen de unas características particulares:

- Factor Hereditario.
- Factor Ambiental.

Desde la misma concepción del individuo se empiezan a dar dentro de él una serie de cualidades innatas que le den un carácter especial y particular. De tal manera que viene dotado con una serie de características que se desarrollan en el momento adecuado. Estas características están determinadas por el factor hereditario.

Así mismo si el niño no se desenvuelve en un contexto que le proporcione los estímulos necesarios para desarrollar todo ese potencial con el que nace, ese proceso de desarrollo se va a ver alterado. De aquí se puede deducir que el compendio de herencia y ambiente es el proceso educativo que va estrechamente ligado a la evolución del individuo.

Las condiciones necesarias para dar inicio al proceso del aprendizaje de la escritura podrían resumirse en:

1. Adecuada integración sensorio-motora: En términos generales hacia los seis años de edad el niño está lo suficientemente maduro para iniciar el proceso. Para determinarlo en términos específicos es importante que nos detengamos a contemplar los siguientes aspectos:
 - Percepción visual.
 - Memoria auditiva y visual para recordar los grafismos.
 - Destreza motriz para el agarre del lapicero.
 - Coordinación visomotora.
 - Control y ajustes posturales.
 - Reacciones de equilibrio y enderezamiento.
 - Praxias.

2. Adecuado desarrollo del lenguaje: no se puede trazar una línea divisoria entre el lenguaje verbal y el escrito. Existen muchos casos en donde las dificultades para aprender a escribir no son otra cosa que la prolongación de un problema de lenguaje. Si estamos frente a un niño con dificultades a nivel comprensivo, expresivo o de articulación muy difícilmente lo podremos llevar hacia el aprendizaje de la escritura con éxito. Esta es una razón importante para incluir dentro del equipo interdisciplinario en las instituciones educativas al servicio de fonoaudiología.

En este factor de lenguaje es útil identificar el poder de asimilación del niño del lenguaje hablado (comprensión), la unificación del lenguaje oral con el lenguaje del pensamiento lo que implica el conocimiento de vocabulario, y la forma en que articula y pronuncia dicho vocabulario. Aquí es importante tener en cuenta que para la escritura espontánea se necesita que haya una buena introyección del lenguaje.

3. Adecuado desarrollo psicosocial: El desarrollo afectivo alterado va a ser un obstáculo importante en el aprendizaje de la escritura. Las primeras relaciones objetales, su contexto familiar y el llamado "destete emocional" de su entorno familiar son definitivos. Recordemos que la plasticidad cerebral es mayor en los primeros años de vida, por lo tanto si al individuo se le ha brindado la oportunidad de asistir a jardines infantiles a compartir con otros niños y a iniciar todas las actividades preparatorias para el aprendizaje del código lecto-escrito tendrá mayores posibilidades de éxito. En esos primeros años el ambiente organizado y enriquecido en estímulos son de vital importancia para el desarrollo y maduración del niño.

Aquí cabe recordar los experimentos del "medio ambiente enriquecido" practicado en animales en los que se ha concluido que:

- Aumenta el peso cerebral.
- Aumentan las conexiones sinápticas.
- Aumenta la actividad metabólica del cerebro.
- Aumenta la velocidad del procesamiento sensorial.
- Aumenta la capacidad de exploración ambiental.

4. Adecuado desarrollo de la inteligencia: Un bajo cociente intelectual (CI) limitan las posibilidades del niño para aprender a leer y escribir. La escritura tiene tres fases que de menos a mayor complejidad serían:
- Copia: supone una adecuada destreza grafo-motora y perceptual así como retentiva visual.
 - Dictado: es más compleja porque ya supone haber interiorizado los grafemas, la secuenciación y ordenamiento de los estímulos auditivos que a través de la representación mental se convierten en lenguaje escrito.
 - Espontánea: de mayor complejidad porque no se apoya en las afrencias visuales ni auditivas. Requiere de la existencia de un buen lenguaje interior.

En los niños con bajo cociente intelectual el nivel que se puede llegar a alcanzar es el de la copia, pero el dictado y la escritura espontánea no tienen muchas posibilidades por el proceso de interiorización que involucran. Obviamente todo esto depende del grado de desarrollo de inteligencia.

ETIOLOGÍA DE LAS DISGRAFÍAS

Además de las causas por trastornos en los requisitos anteriormente mencionados hay un factor que incide notablemente y son los errores educativos que se pueden cometer al ejecutar el proceso de enseñanza-aprendizaje. Según los autores Brueckner y Bond las siguientes son las causas que pueden producir trastornos de escritura desde el punto de vista de fallas pedagógicas:

- Instrucción rígida e inflexible que no tiene en cuenta las diferencias individuales.
- Deficiente orientación del proceso de adquisición de destrezas motoras.
- Establecimiento de objetivos demasiado ambiciosos para las posibilidades de los alumnos.
- Materiales inadecuados para la enseñanza.
- Orientación inadecuada al hacer el cambio de la letra script a la letra cursiva.
- Incapacidad para enseñar a los zurdos la correcta posición del papel.
- Práctica de la escritura como una actividad aislada.

El bilingüismo no es en sí mismo causa de dificultades de escritura, pero en niños que no están preparados para una educación bilingüe pueden presentarse trastornos en la adquisición de la lectoescritura.

DIAGNÓSTICO DE LA ESCRITURA

Al hacer una evaluación no se evalúa solamente la escritura como tal sino los componentes implicados en su ejecución y los trastornos de simbolización.

1. Escritura: Ajuriaguerra ha creado la llamada “escala de disgrafía” en donde se valoran tres aspectos: la página, la torpeza y los errores de forma y proporciones.
 - La página:
 - Conjunto sucio
 - Línea rota
 - Línea fluctuante
 - Línea descendente
 - Palabras amontonadas
 - Espacios/palabras irregulares
 - Márgenes insuficientes
 - La torpeza:
 - Traza de mala calidad
 - Letras retocadas
 - Desigualdades
 - Arqueos de m, n, u, i
 - Angulación de los arcos
 - Puntos de empalme
 - Encolados
 - Yuxtaposiciones
 - Tirones
 - Finales con impulso
 - Irregularidades de dimensión
 - Zonas mal diferenciadas
 - Letras atrofiadas
 - Errores de forma y proporciones:
 - Letras muy estrechas o demasiado lábiles

Malas formas

Escritura muy grande o muy pequeña

Mala proporción de zonas gráficas

Escritura demasiado extendida o estrecha.

1. Componentes implicados en su ejecución:

Se tienen en cuenta diversos factores biomecánicos como son:

- Posicionamiento del papel.
- Actitud general de cabeza, hombros y tronco: alteraciones posturales y tónicas.
- Posición del codo y del antebrazo.
- Apoyo de la muñeca.
- Grado de prono-supinación de la mano.
- Oblicuidad con respecto a la línea de escritura.
- Grado de flexión o extensión de la mano.
- Posición de los dedos.
- Flexibilidad/rigidez de la mano.

2. Transtornos de simbolización:

- Omisiones o agregados
- Uniones o separaciones incorrectas
- Transposición o inversión de sílabas (tra = tar, la = al)
- Contaminación o paralogismo: escritura de palabras tan deformadas que son totalmente ilegibles.
- Sustitución de fonemas similares auditivamente.
- Sustitución de letras parecidas (p=q).

FORMAS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Una vez se ha detectado cual es el origen del problema se pueden generar objetivos específicos de intervención. Algo muy importante es orientar al maestro sobre las causas del trastorno para que las comprenda y logre orientarlas dentro del aula escolar.

En términos generales podríamos hablar de algunas formas de orientar el tratamiento:

- Ejercicios sensoriales en donde el niño experimente las letras y palabras a través de su sentido visual, auditivo, táctil y cinestésico.
- Ejercicios motores en los que se haga la reproducción de letras y palabras en el aire, con el cuerpo, desplazándose sobre ellas dibujadas en el piso.
- Actividades motoras gruesas que mejoren el control y ajuste postural, reacciones de equilibrio y enderezamiento, tono muscular, coordinación.
- Actividades sensoriales que involucren discriminaciones de formas y tamaños, posición en el espacio, relaciones espaciales, esquema corporal.
- Dentro del enfoque biomecánico se involucran aspectos como tamaño y posición del espacio gráfico, tipo de herramientas a utilizar para escribir, posicionamiento corporal, posicionamiento de la mano con respecto al espacio gráfico y a la herramienta utilizada, tipo de papel (de acuerdo a la resistencia que proporciona), altura de asientos y pupitres, etc.
- Asesorías a maestros y padres de familia para realizar un trabajo en equipo que brinde mayores posibilidades de éxito.
- Comunicación constante con otros miembros del equipo que estén involucrados en el proceso como psicología y fonoaudiología en caso de trastornos psicosociales o de lenguaje respectivamente.

CONCLUSIONES


El aprendizaje de la escritura es y seguirá siendo pilar fundamental del desempeño académico de los estudiantes. Como terapeutas ocupacionales tenemos una gran responsabilidad en nuestro trabajo en el sector educativo ayudando a descubrir las causas de la disgrafía y a buscar soluciones que le permitan al maestro abordar el problema y al niño superarlo.

Siempre que tengamos a un estudiante con dificultades, debemos involucrar y comprometer tanto a maestros como a padres de familia dentro de la intervención para lograr mejores y más rápidos resultados. Educando y orientando a estas personas beneficiaremos inmensamente a los niños porque los niveles de tolerancia y de exigencia disminuirán debido a que habrá un mejor entendimiento del problema. Finalmente no debemos olvidar que nuestra labor dentro del sector educativo es primordialmente preventivo. Por lo tanto no debemos esperar solamente a que nos sean remitidos niños para el programa de nivelación sino que debemos estar aten-

tos a través de nuestras observaciones directas en el aula de indicadores que nos permitan detectar y prevenir futuros trastornos de escritura.

BIBLIOGRAFÍA

- Case-Smith, J. *Occupational Therapy for Children*, Mosby St. Louis, Third edition.
- Jordi, G. *Para una pedagogía integral vivenciada*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial, 1984.
- Portellano, J. *La disgrafía*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial, 1985.
- Ajuriaguerra, J. *La escritura del niño*. Barcelona: LAIA, 1983.
- Zazzo, R. *Manual para el examen psicológico del niño*. Madrid: Fundamentos, 1971.
- Jiménez, J. *La prevención de dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial, 1983.



**Correos
de Colombia**



ADPOSTAL
Llegamos a todo el mundo

Llame gratis a nuestras nuevas
líneas de atención al cliente

018000-915525
018000-915503

Visite nuestra página web
www.adpostal.gov.co

El ambiente de la escuela y el desempeño ocupacional del escolar

Propuesta de intervención ambiental desde el quehacer de Terapia Ocupacional

Martha Tobón*

RESUMEN

El objetivo de este artículo es resaltar la influencia del ambiente sobre el rol del escolar y proponer estrategias de intervención para favorecer el desempeño del estudiante.

La influencia ambiental sobre el desempeño ocupacional del escolar es definitiva. La interacción con el entorno es el camino para adaptarse al estilo del colegio, desarrollar habilidades propias del rol escolar, resolver problemas, enfrentar retos y aprender.

El ambiente de la escuela propone al niño modelos de comportamiento que debe conocer; fija límites a sus acciones; brinda ejemplos para que construya su escala de valores y exige de él acciones sociales y democráticas (Amaya y otras, 1999).

Muchos problemas escolares que afectan el rendimiento académico de los niños pueden deberse a disfunciones debidas a factores propios del individuo como los psicológicos o biológicos o a las condiciones del entorno.

* Terapeuta Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. Por un mañana.

Esas disfunciones pueden ser causadas por ambientes sin preparar, muy exigentes o poco demandantes, con territorios no muy claros, con diferencias culturales, o por la existencia de dificultades en el niño como son las motoras, sensoriales, comunicativas, emocionales o cognitivas.

La evaluación ambiental consiste en una observación tan completa que permita la identificación de las demandas que se le plantean al individuo; los territorios que debe manejar; las capacidades sensoriomotoras, comunicativas, cognitivas y sociales con las que este cuenta; los recursos, posibilidades y oportunidades que existen.

Para lograr un exitoso plan de intervención es necesario: Identificar el problema y describirlo en términos de comportamientos observables. Analizarlo dando hipótesis de lo que lo causa y las consecuencias que tiene para el niño. Establecer metas que expresen claramente dónde y cuándo se van a evaluar. Escoger la intervención a partir de las posibles soluciones al problema. Plantear un plan de acción: qué, quién, cuándo, dónde, cómo, cómo compruebo resultados. Implementar el plan o sea poner en acción las estrategias y actividades seleccionadas. Hacer una evaluación para terminar la intervención.

La propuesta de intervención del ambiente escolar centrada en el niño que aquí se presenta corresponde al programa que se diseñó en el Jardín Infantil Por un Mañana, en Bogotá, Colombia. Se basa también en la experiencia de la autora en consultoría escolar para el desempeño de los escolares. Y se fundamenta en la revisión bibliográfica de las principales autoras que escriben sobre Terapia Ocupacional y Educación. Las estrategias y actividades aquí planteadas responden a las necesidades propias de los escolares de nuestro entorno colombiano.

Palabras clave: *Educación y ambiente, Disfunciones ambientales, Evaluación ambiental, Manejo ambiental y desempeño escolar.*

Cuando pienso en mis primeros días de colegio siempre traigo a mi mente ese salón inmenso, silencioso, inmaculadamente ordenado, que olía a borrador y a tajadura de lápiz. Me parece estar viendo las paredes amarillas casi desnudas si no fuera por el un mapa de Colombia, la cartelera de las frutas y una gran ventana por donde entraba la maravillosa vida exterior: luz, canto de pájaros, niños jugando y el ruido del tráfico de que pasaba cerca. Recuerdo a mi profesora de Kinder, grande, im-

nente, seria, cuando nos revisaba el trabajo caminando lenta y amenazante por el estrecho corredor formado por los pupitres individuales. Me parece escucharla cuando gritaba enfurecida a quien no hacía bien una letra, se movía una pizca o susurraba aunque fuera una palabra. Me acuerdo y vuelvo a sentir frío por mi espalda y esas ganas de llorar y salir corriendo a los brazos de mi amorosa mamá, que se había quedado en la puerta del colegio con su abrigo rojo y mi muñeca abrazada entre su pecho y la cartera...

Este recuerdo es uno de los tantos que se oyen cuando las personas hablan del ambiente escolar, aspecto determinante de la motivación, las interacciones, aprendizajes y experiencias del que aprende. Por esta razón el objetivo de este artículo es resaltar la influencia del ambiente sobre el rol del escolar y proponer estrategias de intervención para favorecer el desempeño del estudiante.

Primero se definirá el ambiente que rodea al escolar y el proceso que éste sigue para adaptarse a él. Luego se expondrán algunas disfunciones ambientales que afectan el rol escolar. Posteriormente se planteará una evaluación del ambiente escolar. También se propondrá un modelo para implementar la intervención ambiental. Finalmente se presentará una propuesta con estrategias ambientales para favorecer el desempeño del escolar.

Esta propuesta se basa en el programa de intervención ambiental del Jardín Infantil Por un Mañana, en Bogotá, Colombia; en la experiencia de la autora en consultoría escolar para el desempeño de los escolares y en la revisión bibliográfica de las principales autoras que escriben sobre Terapia Ocupacional y educación tales como Nancy Allen, Julie Bissell, Barbara Chandler, Marsha Dunn, Zoe Mailloux.

El ambiente que rodea al escolar

Mc Ewen (17) toma la definición de ambiente de Webster (1983), quien plantea que las condiciones circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo de un organismo o grupos de organismos se definen como Ambiente. Estos elementos exigen una interacción dinámica entre el individuo y su entorno la cual le brinda múltiples oportunidades de acción, retos para enfrentar los problemas y situaciones de las cuales aprender. Por ejemplo el escolar desarrolla las actividades de aprendizaje, juego, socialización y autocuidado en muchos espacios, con variados obje-

tos, empleando el tiempo en diversas actividades e interactuando con muchas personas.

El ambiente que está en permanente relación con las personas se puede dividir en humano y no humano. Los componentes humano y no humano no son excluyentes sino que se complementan permanentemente permitiendo al individuo adaptarse a las situaciones y vivir una vida productiva y feliz (Masangalani, 1998). Esta relación con el ambiente le da significado y propósito a su vida (Dunning, 1972).

Los componentes humanos y no humanos del ambiente plantean al individuo demandas a las cuales puede responder en la medida que aprende a conocerlas y desarrolla patrones de comportamiento para adaptarse a éstas. A continuación se definirán los dos ambientes y se mostrará el proceso que sigue el niño para aprender a adaptarse a ellos, con el fin de responder adecuadamente a sus exigencias. Cada aspecto se ejemplificará con situaciones propias de la escuela.

El ambiente humano se refiere a los componentes socioculturales y a las personas teniendo en cuenta su edad, sexo, etnia y condición biopsicosocial. O sea que el ambiente humano de la escuela se podría componer, por ejemplo, por la familia, los compañeros del colegio, los maestros y el personal de servicios.

El ambiente humano está organizado por personas quienes crean y aceptan una serie de estructuras sociales, valores, normas y expectativas que son aceptadas por el grupo donde se desempeña el individuo. Estos elementos son importantes pues influyen sobre la actitud personal ante una situación, las expectativas y aspiraciones (Mosey, 1986). En la escuela, por ejemplo, la filosofía del Proyecto Educativo Institucional, el Manual de Convivencia y las políticas escolares son parte del componente social y cultural del ambiente escolar. Todos esos aspectos influyen de manera significativa el comportamiento del niño ya que orientan por ejemplo, las conductas que son aceptables y las que no lo son.

El ambiente no humano se refiere al lugar, los objetos, el espacio y las situaciones. Estos elementos le dan al individuo la idea del mundo que le rodea, a partir de elementos concretos que estimulan o impiden su desarrollo. Por otra parte la persona imprime en el ambiente no humano una serie de cualidades y significados que contribuyen en su crecimiento como individuos únicos y en el estilo de vida que llevan (Mosey, 1998).

El ambiente no humano de la escuela, por ejemplo, se compone de:

- Los objetos: libros, cuadernos, materiales didácticos, pupitres y mesas de trabajo, tablero, sillas, útiles escolares, juegos y juguetes.
- Los espacios: salones, corredores, patio de recreo, comedor o el bus escolar. Los espacios además, tienen ciertas condiciones físicas como tamaño, temperatura, iluminación, aireación o ruido.

Por otra parte, otro componente del ambiente no humano son las situaciones. Estas son las ideas que el hombre elabora de acuerdo con sus creencias, costumbres y cultura. Estas situaciones son variables y tienen que ver con el uso del tiempo, los horarios, la seguridad física, las barreras arquitectónicas, los recursos, la higiene, la tecnología y el simbolismo que se utiliza.

En la escuela, por ejemplo, se manejan horarios diarios, semanales y mensuales para las clases, los recreos y las actividades especiales. Cada escuela tiene una disposición diferente en sus espacios y una organización y señalización propia. La misión del escolar es adaptarse a todos estos elementos que condicionan por ejemplo, el uso que él puede hacer del tiempo.

Además, los componentes del ambiente no humano ofrecen al individuo oportunidades para desarrollar patrones que determinan sus habilidades, estilo de vida y expresión emocional. También contribuyen a la creación del sentido de pertenencia y seguridad dentro de un contexto cultural.

En la escuela, por ejemplo, el uniforme, los libros, la moda o el estado de los espacios favorecen el rol escolar, las creencias con respecto a la identidad de grupo y el sentido de pertenencia al colegio.

Ambiente y desarrollo

El individuo aprende a relacionarse con los componentes humanos y no humanos del ambiente, creando una serie de patrones de comportamiento que favorecen una relación significativa y exitosa con el entorno. El conocimiento del ambiente se logra gracias a la relación cambiante con éste, la cual se incrementa en complejidad a lo largo de la vida.

Desde que el individuo nace, las situaciones lo motivan a explorar e interactuar de manera que influye el ambiente que le rodea, produciendo cambios, que a su vez, le exigen nuevos comportamientos para adaptarse a otra situación (Fisher, 1991).

Cada intervención ambiental permite al niño el aprendizaje de un "alfabeto básico" cuyas "palabras y frases" son las respuestas adaptativas correctas para las situaciones. El alfabeto básico se enriquece con el paso del tiempo y con la aparición de nuevas demandas ambientales las cuales favorecen el control motor, comunicativo, emocional y mental (Gilfoyle y Grady, 1980). Por lo tanto, las experiencias sensoriales y motrices, el lenguaje y la interacción social son parte del alfabeto básico que permite la adaptación al entorno.

El ambiente escolar propone al niño infinidad de situaciones que le permiten desarrollar el alfabeto básico de su rol escolar: las tareas, las clases o el recreo promueven la adquisición de habilidades para el desempeño del escolar y le permiten ganar experiencia. Este ambiente también plantea retos que el niño debe resolver utilizando esas habilidades que ya ha desarrollado por ejemplo, aprender a moverse entre los objetos del salón sin caerse.

Por otra parte, el alfabeto básico se utiliza para adaptarse a la filosofía, normas, horarios y actividades y para alcanzar los logros académicos y sociales esperados. El escolar debe asumir ciertas actitudes y estrategias de acción para responder a las expectativas que plantea el colegio. Esto exige del niño un modelo de conducta, un estilo para hacer las cosas y gran capacidad de enfrentar retos (Chandler, 1992)

La madurez permite al individuo enfrentar las exigencias ambientales con base en las experiencias pasadas, las capacidades personales y el sentido de competencia que ha desarrollado. Cuando el individuo tiene un buen manejo del ambiente se siente motivado para interactuar con seguridad, control de la situación y balance emocional.

La capacidad de adaptarse al ambiente también depende del equilibrio que existe entre las demandas ambientales y las capacidades o nivel de competencia del individuo (Mc Ewen, 1990).

El nivel de competencia se basa en "mapas mentales" o patrones de comportamiento que permiten utilizar las habilidades motoras, sensoriales, comunicativas,

emocionales y mentales para orientar la conducta con el fin de responder a las demandas ambientales (qué, dónde, cómo, cuándo). Estos mapas mentales son como la "gramática y sintaxis" con que se combinarán las palabras aprendidas para manejar el ambiente.

En la escuela las demandas ambientales, por ejemplo, se refieren a los logros que se esperan del niño en las diferentes actividades (logros académicos, sociales, corporales, etc.).

Finalmente, es de anotar que el ambiente también tiene una dimensión social que establece otras demandas al individuo ya que le plantea roles que tiene que asumir para relacionarse con los demás. Estos roles y actitudes dependen de cada entorno cultural pues cada grupo determina lo que es valorado, los parámetros para hacer las cosas, el significado de los objetos y el uso de los espacios (Mc Ewen, 1990).

El individuo aprende las reglas y normas para la interacción social a partir de la exploración del ambiente, la comunicación y el desarrollo simbólico (Piaget, 1957). Lo anterior le permite adquirir las habilidades para adaptarse a las situaciones y responder a las exigencias sociales propias de su entorno cultural.

En la escuela, por ejemplo, la interacción social se produce en dos niveles: con los compañeros y con los adultos. Cada nivel plantea un contexto que tiene reglas y normas particulares (el niño no siempre puede responder igual a un compañero del salón y al director del colegio). Los términos o estilo comunicativo y social depende del contexto del colegio, el tipo de ambiente disciplinario, y las costumbres culturales. Además, los maestros, padres y demás personas que interviene en el proceso educativo ofrecen diversos estilos pedagógicos que pueden motivar al niño, mostrarle modelos para aprender, motivarlo para construir conocimiento y guiarlo en el camino del crecimiento personal.

Para resumir, se puede decir que la influencia ambiental sobre el desempeño ocupacional del escolar es definitiva. La interacción con el entorno es el camino para adaptarse al estilo del colegio, desarrollar habilidades propias del rol escolar, diseñar estrategias para resolver problemas o enfrentar retos y métodos eficientes para aprender. El ambiente de la escuela propone al niño modelos de comportamiento que debe aprender; fija límites a sus acciones; brinda ejemplos para que construya su escala de valores y exige de él actuaciones sociales y democráticas (Amaya y otras, 1999).

Disfunciones ambientales que afectan el rol escolar

Algunos niños tienen problemas para desempeñar su rol escolar cuando no logran responder adecuadamente una o varias demandas ambientales. Este tipo de problemas se puede deber a dificultades para la interacción exitosa frente a las exigencias que plantean el ambiente humano y no humano. Cuando esto sucede es posible hablar de disfunción de origen ambiental (Mc Ewen, 1990). Pero las disfunciones ambientales también pueden aparecer cuando no existe un adecuado balance entre las demandas externas y las habilidades del individuo para responder a ellas.

Reforzando lo dicho anteriormente, Mc Ewen (17) plantea que las disfunciones existen debido a factores propios del individuo como los psicológicos o biológicos o a las condiciones del entorno. Esas disfunciones se pueden deber a la existencia de ambientes sin preparar, muy exigentes o poco demandantes, con territorios no muy claros, con diferencias culturales, o por la existencia de dificultades motoras, sensoriales, psicosociales o cognitivas por parte del niño para enfrentar el entorno.

A continuación se describirán las situaciones que pueden producir disfunciones ambientales según lo plantea Mc Ewen y se dará un ejemplo que tenga que ver con la vida escolar:

Disfunciones debidas a las condiciones del entorno:

- Los ambientes que no se preparan son difíciles de manejar ya que no es fácil para el individuo establecer qué es lo que hay que hacer. Esta situación tiende a desorganizar y por lo tanto tiene una influencia negativa en el desempeño de los diferentes roles ocupacionales. En un ambiente desorganizado no se puede saber con claridad cuáles son las exigencias que se plantean, qué territorios existen para que la persona pueda participar y/o qué se espera de ella.

Por ejemplo, al niño le cuesta trabajo mantener la atención en lo que el profesor dice y ejecutar el trabajo cuando una clase está desorganizada: ya sea porque el salón está desordenado o porque el profesor no ha preparado suficientemente el tema, y por lo tanto tiene excesivos estímulos que no tiene que ver con lo que se está tratando. Seguramente el niño no encontrará con facilidad el material de trabajo, no se ubicará en el tablero que tiene exceso de información, no podrá localizar la cartelera de la que se está hablando o no

logrará entender la explicación que se da a medias. El resultado será un pobre aprendizaje, una evaluación sin los logros esperados y por lo tanto un bajo rendimiento por parte del niño.

- Los ambientes que proponen experiencias demasiado exigentes también producen disfunciones porque las demandas son superiores a las capacidades del individuo. Esta situación es muy estresante pues las posibilidades de fallar son altas y con seguridad llevarán a la persona a experimentar fracaso y frustración.

Por ejemplo, cuando el niño realiza un trabajo de dibujo técnico que requiere gran habilidad manual y alta precisión, lo cual lo hace muy difícil, es probable que no le quede bien a pesar de su esfuerzo y dedicación. La calificación que el maestro le dará no reflejará el empeño que el niño ha puesto porque el trabajo está mal y no alcanza el logro esperado. Muy seguramente el niño se va a desmotivar y lucirá distraído, triste o asustadizo.

- Existen ambientes cuyos retos son escasos y por lo tanto las exigencias planteadas son inferiores a las capacidades del individuo. Estas situaciones llevan a la persona a experimentar aburrimiento, a perder los deseos de participar o a evadirse de la situación.

Por ejemplo, cuando los niños están desarrollando un trabajo demasiado fácil o que ya sabían, es probable que se distraigan, se busquen algo interesante para hacer o se comporten mal.

- Un ambiente nuevo que no se parece a los que el individuo ha conocido puede ser agresivo para él porque no entiende lo que pasa, qué se espera de él y lo que se considera típico de hacer. Este tipo de situaciones se ven con frecuencia cuando las personas cambian de ciudad, de colegio, de trabajo o son desplazadas de sus espacios cotidianos por situaciones de fuerza mayor. Cuando se enfrentan ambientes nuevos y con grandes diferencias culturales, uno puede sentirse torpe, fuera de lugar o tener dificultades para adaptarse a la situación. Esto puede llevar a un desempeño regular de los roles, evadir las situaciones, evitar la interacción con las otras personas, experimentar ansiedad o a utilizar estrategias conductuales conflictivas, poco éticas y por tanto no aceptadas en el nuevo ámbito.

Por ejemplo, el niño se siente desubicado y ansioso cuando tiene que cambiar de colegio debido a que su familia se traslada a otra ciudad. En este caso él puede parecer triste o callado porque extraña a sus amigos y profesores; actuar de manera llamativa o inesperada porque ha aprendido otra forma de interacción durante las clases; negarse a entrar al aula porque se siente enceberrado; o rechazar el colegio porque nadie lo entiende o no tiene amigos.

- Los ambientes que no tiene claros territorios se refieren a espacios y situaciones donde no se sabe lo que pasa, de quién son las cosas o las responsabilidades y cuáles son los actores que participan. En estos lugares no se sabe por ejemplo, quién dirige, qué se puede hacer y qué no y con quién se debe trabajar. Estas situaciones son estresantes porque no son claras, no tienen límites y normas establecidas que las hagan predecibles y llevan por ejemplo, a la pérdida de la identidad social y cultural o a conductas caóticas o egocéntricas.

Por ejemplo, las clases donde no existen normas claras de comportamiento ni una guía para el desempeño de las tareas, pueden llevar a los estudiantes al desorden y la indisciplina. Por otra parte cuando no se sabe quién manda o dirige la clase, los estudiantes no identifican el modelo y / o la guía que oriente su aprendizaje.

Disfunciones debidas a condiciones propias del individuo

- También se presentan disfunciones ambientales cuando el individuo tiene problemas sensoriomotores que afectan por ejemplo, sus habilidades para moverse y manipular los objetos. Estos problemas hacen que sea difícil interactuar con el ambiente humano y no humano. La persona experimentará sentimientos de frustración y ansiedad debido a su deficiente relación con el ambiente. Esta situación puede caracterizarse por torpeza, lentitud o incapacidad manipular objetos o herramientas.

Los niños con disfunciones sensoriomotoras se identifican con facilidad ya que su desempeño escolar es regular. Por ejemplo, tienen dificultades para manejar correctamente los elementos escolares como el lápiz, las tijeras, el tajalápiz, el compás o la regla. Por otra parte estos niños pueden tener pobres resultados en las clases de educación física, música, expresión corporal, arte o dibujo técnico ya que no alcanzan los logros esperados para la edad por ser lentos, torpes o poco coordinados.

- Cuando se presentan problemas comunicativos, los individuos no pueden hacerse entender, no logran mantener una conversación o no comprenden los mensajes que les quieren dar los otros. Esta situación afecta todas las esferas del comportamiento ya que la comunicación es el mediador entre el individuo y el mundo que lo rodea.

Los niños con problemas del lenguaje, por ejemplo, no pueden funcionar adecuadamente en el medio escolar porque no logran expresar lo que han aprendido, preguntar lo que no entienden, comunicar por escrito lo que saben o interactuar de manera significativa con compañeros y maestros.

- Muchos individuos tienen dificultades para manejar eficientemente sus ambientes ya que no los comprenden con facilidad. Esto se puede deber a dificultades cognitivas tales como la pobre resolución de problemas, las fallas de memoria, la dificultad para analizar las situaciones, la mala orientación en tiempo y espacio, o las fallas de atención. Estos problemas no permiten el conocimiento y manejo de las reglas ambientales que nos permiten entender lo que pasa y aplicar el conocimiento para resolver los problemas que se presentan constantemente.

Los niños que tienen problemas de tipo cognitivo presentan dificultades para aprender y por lo tanto concebir ideas, planear acciones y utilizar lo aprendido para responder ante las situaciones. Su rendimiento escolar es bajo así como sus habilidades de interacción social. Estos niños tienen, por ejemplo, dificultades académicas, pocos amigos y/o problemas para jugar con pares ya que no entienden los juegos.

- Algunas personas no pueden cumplir con las demandas sociales que espera su entorno debido a que no cuentan con las destrezas socioafectivas para hacerlo. En muchos casos estos individuos no tienen un buen conocimiento de sí mismos, el cual les permita manejar de manera constructiva sentimientos y emociones; no saben reconocer la existencia del otro como un interlocutor válido y digno de ser querido y respetado o no han desarrollado las capacidades para participar dentro de un grupo de manera solidaria y cooperativa. Generalmente estas personas tienen problemas con los límites y las normas, malas relaciones interpersonales y personalidades conflictivas.

Los niños con problemas emocionales y de interacción social suelen tener baja autoestima, pocos amigos, muchos problemas personales y dificultades de disciplina. Algunos niños, por ejemplo, no saben enfrentar la frustración cuando un trabajo les queda mal y pueden aislarse del grupo para no ser comparados, tienden a romper su trabajo antes de mostrarlo al profesor o se comportan mal para ser excluidos de la clase.

Para resumir, se presentan disfunciones de origen ambiental debido a factores propios del individuo como los psicológicos o biológicos o a las condiciones del entorno. Esas disfunciones pueden ser causadas por ambientes externos: sin preparar, muy exigentes o poco demandantes, con territorios no muy claros, con diferencias culturales; o por la existencia de dificultades personales como las motoras, sensoriales, comunicativas, emocionales o cognitivas para enfrentar las demandas ambientales. Muchos problemas escolares que afectan el rendimiento académico de los niños pueden deberse a la existencia de disfunciones ambientales.

Evaluación del ambiente escolar

La evaluación ambiental consiste por una parte, en hacer una observación de los espacios, situaciones, objetos y personas que conforman el ambiente en que se desempeña el individuo; por la otra en identificar la interacción del individuo con su entorno y cuáles son las fortalezas y/o debilidades con que cuenta para enfrentar las demandas ambientales. Con la evaluación, por lo tanto, se debe lograr identificar si existe un problema externo o interno.

Para lograr una observación útil es necesario establecer los objetivos de la misma. Los objetivos que aquí se proponen se basan en la experiencia de la autora y en los planteamientos de Mc Ewen (1990). Estos objetivos son:

- Identificar las demandas que se le plantean al individuo para desempeñar su ocupación de manera exitosa.
- Delimitar los territorios que el individuo debe manejar y los mapas mentales necesarios para lograrlo.
- Establecer las capacidades sensoriomotoras, comunicativas, cognitivas y sociales con las que se cuentan para ejecutar las tareas y actividades propias del rol (alfabeto básico).

- Determinar el impacto que el ambiente tiene sobre las habilidades del individuo.
- Identificar los recursos, posibilidades y oportunidades que existen a fin de favorecer la interacción del individuo con el ambiente humano y no humano.

Por otra parte es importante contar con un método apropiado para recolectar la información que se obtiene. Esto con el fin de utilizarla para establecer el plan de intervención ambiental. Algunos instrumentos útiles para recolectar la información pueden ser:

- La elaboración de listas de chequeo sobre condiciones ambientales, exigencias de las tareas o requerimientos mínimos de las actividades.
- El diligenciamiento de cuadros que permitan reconocer rápidamente los ambientes humano y no humano.
- La descripción detallada de los pasos que se siguen para ejecutar las actividades propias de un rol u oficio.

Autores como Dubois y colaboradoras (2002), Dunn (1990), Farr (1997), y Allen (1998) coinciden en resaltar la importancia de evaluar el ambiente en que se desempeña el niño que presenta dificultades para ejercer su rol escolar de manera exitosa. Esto significa que es necesario ir al colegio del niño para verlo mientras realiza sus actividades cotidianas, así como conocer la propuesta curricular y filosófica que se sigue en ese colegio (Proyecto Educativo Institucional).

Por ejemplo Dubois (6) plantea que la evaluación debe responder a las exigencias curriculares, filosóficas, de convivencia, y a las diversas actividades que componen el rol escolar como son ser estudiante, jugar, interactuar con los compañeros, y desarrollar actividades de autocuidado (higiene, alimentación, vestido y traslados).

Por otra parte, la evaluación debe ser lo suficientemente completa para poder describir al niño y su entorno (Laura Farr, 1997; Winnie Dunn, 1992). Este conocimiento debe dar respuesta a preguntas como estas:

1. ¿Cuáles son las exigencias o retos que plantea el ambiente humano y no humano?
2. ¿Cuáles son las demandas sensoriomotoras, comunicativas y cognitivas de la tarea?

3. ¿Qué necesita aprender el niño?
4. ¿Cuáles son los intereses del niño y / o la motivación que lo mueven a actuar?
5. ¿Con qué capacidades cuenta el niño y cuáles son sus carencias?
6. ¿Cuáles son las razones que afectan el desempeño del niño?
7. ¿Qué oportunidades ofrece el ambiente para favorecer el desempeño del niño?
8. ¿Qué estrategias facilitarán el aprendizaje del niño?
9. ¿Cuáles personas se necesitarían para favorecer el desempeño del niño?

A manera de conclusión se puede decir que la evaluación ambiental consiste en una observación tan completa que permita la identificación de las demandas que se le plantean al individuo; los territorios que debe manejar; las capacidades sensoriomotoras, comunicativas, cognitivas y sociales con las que cuenta para ejecutar las tareas y actividades; el impacto que el ambiente tiene sobre las habilidades personales y los recursos, posibilidades y oportunidades que existen a fin de favorecer la interacción del individuo con el ambiente humano y no humano. Cada aspecto evaluado debe consignarse por escrito con el fin de utilizarlo para diseñar una intervención ambiental que favorezca la interacción exitosa del individuo con su ambiente.

Modelo para implementar la intervención ambiental

El Terapeuta Ocupacional debe plantear una propuesta de intervención ambiental para favorecer el desempeño escolar del niño, la cual se lleve a cabo dentro del ámbito escolar. Esta intervención se debe apoyar en la colaboración del equipo escolar del cual forman parte padres y maestros. Ellos son las personas que están en contacto directo y cotidiano con el niño.

Los padres y los maestros pueden aprender cómo ayudar al niño a partir del entendimiento de la influencia que tiene ambiente que rodea al niño y del conocimiento de las capacidades de éste para desempeñar su rol como escolar.

El papel del terapeuta es ofrecer estrategias de intervención ambiental y enseñar a potenciar y/o mejorar las capacidades del niño. Farr Collins (10) utiliza el término "trasladar" lo que se sabe al equipo escolar, es decir, enseñar a padres y maestros estrategias para ayudar al niño a partir del quehacer profesional.

Por otra parte es importante tener en cuenta el trabajo con el equipo escolar para:

- Apoyarse en lo que saben los padres y maestros sobre el niño para escoger el tipo de intervención.
- Recolectar información sobre el desempeño del niño para establecer su perfil de fortalezas y debilidades.
- Conocer el ambiente escolar donde el niño se desempeña a diario para decidir las estrategias y actividades con las oportunidades que se dan en ese ambiente específico.
- Capacitar a las personas que trabajan con el niño para que puedan favorecer el desarrollo de las nuevas habilidades.
- Utilizar un modelo de toma de decisiones para establecer qué necesita aprender el niño, cuáles estrategias le facilitarían el aprendizaje, el saber de cuáles profesionales sería necesario, y cómo se debe hacer el plan de acción para la intervención.

Muchos autores como Bissell(1988), Koomar (1990), Dunn (1992), Hall (1992), Chandler (1992), Hanft y Place (1996), Farr Collins (1997), Kauffman (1998), Young (1998) o Mailloux (2002), han propuesto modelos y estrategias de intervención en educación basados en la toma de decisiones, para establecer la necesidad de apoyar al niño desde el quehacer de Terapia Ocupacional.

Por ejemplo Young (24) plantea un modelo de Toma de Decisiones que parte de las interacciones del niño o aprendiz con su ambiente y recomienda el trabajo de equipo escolar. Se centra en la identificación de las necesidades y el seguimiento de los progresos del niño.

Con este modelo es posible concentrarse en el desempeño del niño y controlar la efectividad de la intervención escogida. Por otra se logra que éste sea manejado en el ambiente del aula de la manera más normal y menos restrictiva posible.

El equipo escolar que participa en la toma de decisiones comparte la responsabilidad de diseñar y poner en acción la intervención seleccionada siguiendo ocho pasos: identificar el problema, analizar el problema, establecer metas, diseñar la intervención, seleccionar la intervención, realizar un plan de Acción, implementar el plan, hacer una evaluación para terminar la intervención.

A continuación se explicara el Modelo de Toma de Decisiones de Young y posteriormente se demostrará su uso con un ejemplo.

1. **Identificar el problema** y describirlo en términos de comportamientos observables con el fin de tener claridad sobre lo que pasa. Si se encuentra más de uno, se debe hacer un listado por orden de importancia, prioridad de atención y severidad. También es necesario describir el contexto en que presenta. Los problemas identificados por el equipo escolar deben ser entendidos y aceptados por todos los miembros del mismo.
2. **Analizar del problema** dando hipótesis de lo que lo causa, antecedentes del mismo, razón por la cual se presenta y las consecuencias que tiene para el niño. Es importante resaltar las situaciones que favorecen la aparición del problema o que evitan que este se presente.

El análisis del problema será muy completo gracias a las opiniones de los miembros del equipo desde su quehacer, ofreciendo un panorama total de la situación. Finalmente el equipo determinará la necesidad de buscar más información para terminar de entenderlo. Esta información se puede obtener a través de métodos como: análisis o estudio del tipo de currículo; observación del niño mientras realiza una actividad; entrevistas al personal del colegio que trabaja con el niño; aplicación de listas de chequeo de habilidades; grabación del niño en su ambiente escolar; evaluación con pruebas específicas; estadísticas sobre la aparición del comportamiento.

3. **Establecer metas** que sean medibles y que expresen claramente dónde y cuándo se van a evaluar para ver si se han alcanzado. Las metas son los logros que se buscan y los criterios para identificar si éstas se han alcanzado son los indicadores de logros. Las metas deben ser realistas y basadas en el comportamiento del niño.
4. **Escoger la intervención** a partir de las posibles soluciones al problema las cuales pueden conformar las estrategias para resolverlo. Como es un trabajo de equipo, lo ideal es que todas las personas aporten sus ideas y lleguen a un acuerdo de grupo sobre las estrategias de intervención que se van a emplear. Por ejemplo, Dunn y DeGangi (9) plantean que la intervención del Terapeuta Ocupacional puede ser de tres tipos: **trabajo directo** para ayudar al niño dentro de aula; **asesoría** a padres y maestros para prepararlos y apoyarlos en

la implementación de las estrategias con demostraciones en el ambiente escolar; **consejería** para dar ideas y sugerencias de manejo ambiental como por ejemplo: proponer actividades, enseñar a trabajar con el niño, identificar cambios de actividades u horarios, hacer planes especiales o utilizar equipo tecnológico o adaptaciones.

Es importante contar con la activa participación del niño, su profesor y los padres en la elección de las actividades a realizar con el fin de tener motivación, interés y compromiso con el plan de intervención.

5. **Seleccionar el enfoque de la intervención** teniendo en cuenta aquellos enfoques que permitan trabajar dentro del ambiente escolar de la manera más natural que sea posible y utilizando las actividades y rutinas cotidianas. También debe ser de primera elección el tipo de intervención menos intrusiva o sea con pocas personas dentro de aula y sólo con el equipo especial absolutamente necesario.

Es de vital importancia que los recursos necesarios estén disponibles en el medio escolar y que se establezca desde el comienzo el término de tiempo necesario para realizar la intervención.

El enfoque de intervención para seleccionas las estrategias y actividades debe basarse en los que ofrece la práctica de Terapia Ocupacional en Pediatría. Storch y Goldrich (21) hicieron un estudio para identificar cuáles eran los marcos teóricos más utilizados por las terapeutas ocupacionales en el área de educación. Estos son los que identificaron: teoría de Integración Sensorial, teoría de Neurodesarrollo, modelo de la Ocupación Humana, modelo de Desarrollo, teoría de Comportamiento Ocupacional, enfoque Neuropsicológico.

La tendencia que se observó en el estudio fue que se prefería el enfoque multiteórico y pluralista que combinara varios de los marcos de referencia anteriormente anotados. La combinación más frecuente es la de la Teoría de Integración Sensorial y la de Neurodesarrollo o la de la Teoría de Integración Sensorial y el Modelo de Desarrollo (Storch y Goldrich, 1996).

6. **Plantear un plan de acción** que describa detalladamente **Qué** se va a hacer: objetivo de la intervención o logro. **Quién** lo va a hacer: Maestro, terapeutas, auxiliares, niño, padres. **Cuándo** se va a hacer: número de sesiones,

horario más apropiado. **Dónde** se va a hacer: en el salón de clase, en el patio, en el comedor. **Cómo** se van a desarrollar las estrategias y actividades: implementación del plan. **Cómo** se controlan los resultados: indicadores de logros, evaluaciones midiendo los progresos alcanzados.

La intervención se lleva a cabo siguiendo cuidadosamente el plan de acción y haciendo los ajustes y cambios necesarios de acuerdo con los logros alcanzados o las dificultades encontradas.

7. **Implementar el plan** Las estrategias y actividades seleccionadas se ponen en acción y se controla su efectividad a través de la observación sistemática, la recolección de la información de todos los miembros del equipo y el auto-monitoreo del terapeuta ocupacional.

Es importante que las actividades sean simples y que las personas que participen estén bien capacitadas y entrenadas para hacerlas con el fin de que la implementación se pueda realizar fácilmente.

El equipo escolar debe reunirse periódicamente para revisar la intervención, determinar si debe continuarse y documentar los progresos logrados.

8. **Hacer una evaluación para terminar la intervención** a partir de la comparación del desempeño final del niño con el comportamiento inicial o problema que se había identificado. La evaluación permanente permite establecer si se ha alcanzado el objetivo o logro, si se puede dar por terminada la intervención o si se debe continuar.

La evaluación final muestra si se han cumplido las expectativas planteadas por todos los miembros del equipo escolar, si se han dado los cambios ambientales necesarios y si el niño a logrado mejorar su desempeño escolar.

El tiempo de duración de la intervención debe plantearse desde el comienzo de la intervención. Para hacerlo es necesario tener en cuenta: la edad del niño, las opciones que tiene de cambiar, el tipo de problema y lo que se sabe puede pasar, las expectativas del programa, el tipo de currículo del colegio.

La opinión de padres y maestros es muy importante para determinar la finalización de la intervención. Ellos son quienes pueden decir cuándo el niño ya

está logrando un buen desempeño. Además, pueden identificar el momento en que no necesitan más el apoyo de Terapeuta ocupacional.

A continuación se ejemplifica el Modelo de Toma de Decisiones de Young con el siguiente caso:

Presentación del caso: Lucas tiene nueve años y cursa tercero elemental. Su rendimiento académico es bajo ya que le cuesta trabajo entender lo que lee, olvida lo que tiene que hacer de tarea y su escritura no está acorde con lo esperado para la edad. Por otra parte siempre se le tiene que recordar que participe en clase y que se esfuerce por mejorar y tener buenos logros. Además nunca termina sus trabajos a tiempo y no está motivado en las clases.

Identificar el problema: Lucas tiene las siguientes dificultades:

- Escritura: mala letra, no entiende lo que escribe, es lento, tiene dificultad para evocar el sonido y formas de las letras, mal agarre del lápiz y regular postura sentado.
- Desmotivación en todas las clases que tiene que ver con leer y escribir.
- Dificultades para copiar las tareas en el memorando.

Analizar del problema: En la revisión de los informes y las entrevistas a padres se encontró lo siguiente:

- Problemas de motricidad fina.
- Regular desarrollo de las habilidades de percepción visual y auditiva.
- Lentitud en las tareas de papel y lápiz, coloreado, pre-escritura, dibujo y escritura.

Las consecuencias de su problema que se comprobaron fueron:

- Bajo rendimiento académico.
- Dificultad para entender lo escrito.
- Lentitud para copiar o realizar trabajos escritos.
- Desmotivación.

Las evaluaciones que se propusieron para completar la información fueron:

- Observación del niño durante la clase.
- Aplicación de pruebas formales sobre uso del lápiz, caligrafía, postura, percepción auditiva y visual, nivel de desarrollo lectoescrito.

La documentación en la literatura que se tuvo en cuenta fue:

- Influencia del agarre del lápiz sobre la caligrafía.
- Los problemas de percepción auditiva y visual como base de los problemas de evocación.
- Relación de los problemas de escritura sobre el rendimiento académico y la motivación hacia el rol escolar.

Establecer metas: Las metas o logros esperados con la intervención fueron:

- Lograr un agarre del lápiz mas funcional.
- Favorecer el adecuado manejo del lápiz.
- Mejorar la caligrafía.
- Nivelar el área de lectoescritura.
- Favorecer el desarrollo de la percepción visual y auditiva.
- Trabajar autoestima.

Escoger la intervención: El equipo escolar decidió que era importante que el terapeuta ocupacional realizara una intervención directa y también hiciera un trabajo de consejería para dar ideas al profesor sobre el manejo del niño dentro de aula (agarre del lápiz, motivación). Por otra parte solicitó la intervención de una Fonoaudióloga para proponer estrategias que favorecieran la lectoescritura y el desarrollo de la percepción visual y auditiva de Lucas. El maestro y los padres iban a hacer un seguimiento del manejo de tareas y a aplicar las estrategias que les enseñaran en las actividades cotidianas con Lucas. El psicólogo escolar iba a ofrecer una consultoría para que los padres y el maestro pudieran ayudar a mejorar la autoestima del niño.

Seleccionar el enfoque de la intervención: Se propusieron los siguientes enfoques:

- Para agarre del lápiz, caligrafía y percepción: Perceptual Cognitivo y Sensoriomotor.
- Para la motivación y autoestima: Comportamental

Plantear un plan de acción Se hizo un plan detallado que cubriera cada aspecto a trabajar. Por ejemplo en lo referente al uso del lápiz se diseñó el siguiente:

- **Qué:** Facilitar el agarre y manejo del lápiz.
- **Quién :** El niño, el Terapeuta Ocupacional, el maestro y los padres.
- **Cuándo:** Terapeuta, en las próximas seis clases de escritura. Maestro, cada vez que pueda recordarle al niño durante las actividades de escritura. Los padres, cuando el niño esté dibujando en casa.
- **Dónde:** En el salón de clase y en la casa.
- **Cómo:** El terapeuta: colocando el lápiz correctamente. Llevando la mano, dando refuerzo táctil a la buena posición, haciendo adaptaciones de tipo de lápiz, renglón y papel.

El profesor: recordando al niño la posición. Acomodando el papel, entregando el lápiz correcto, dando el tiempo extra para terminar el trabajo, ayudando al niño a practicar en el tablero.

Los padres: Realización de una plana diaria de cinco renglones, motivando al niño a dibujar en su tiempo libre, recordándole el correcto agarre del lápiz.

Implementar el plan: Se hizo una reunión de equipo para revisar el plan de acción. Se explicaron las estrategias y se hicieron demostraciones. Se decidió el sistema de seguimiento de la intervención: Recolección de muestras del trabajo del niño, registro de tiempo utilizado por el niño, descripción escrita del agarre.

Hacer una evaluación para terminar la intervención: Se hizo una evaluación cada seis sesiones con el sistema de seguimiento (recolección de muestras, registro de tiempo, descripción escrita del agarre). Se planteó desde el comienzo que la intervención tomaría seis meses y al finalizar éstos se hizo la evaluación final. Lucas mejoró notablemente el agarre del lápiz y la caligrafía y las habilidades de percepción visual y auditiva. Su motivación también fue mejor así como su seguridad y velocidad de trabajo.

Se decidió terminar la intervención y dejar solamente el programa de consejería por el resto del año escolar.

Finalmente, a manera de resumen es importante recalcar que hay que tener una actitud dispuesta para trabajar dentro de la escuela con el fin de lograr buenos

resultados con el plan de intervención ambiental. Para lograr un exitoso plan de intervención es necesario tener en cuenta los siguientes pasos: Identificar el problema y describirlo en términos de comportamientos observables. Analizarlo dando hipótesis de lo que lo causa y las consecuencias que tiene para el niño. Establecer metas que expresen claramente dónde y cuándo se van a evaluar para ver si se han alcanzado. Escoger la intervención a partir de las posibles soluciones al problema. Plantear un plan de acción: qué, quién, cuándo, dónde, cómo, cómo compruebo resultados. Implementar el plan para poner en acción las estrategias y actividades seleccionadas. Hacer una evaluación para terminar la intervención a partir de la comparación del desempeño final del niño con el comportamiento inicial o problema que se había identificado.

Estrategias ambientales para favorecer el desempeño ocupacional del escolar

En el Jardín Infantil Por un Mañana se ha venido diseñando un programa de estrategias, centradas en el niño, para el manejo ambiental con el fin de promover el adecuado desempeño escolar de éste. Estas estrategias y actividades responden a las necesidades propias de los escolares de nuestro entorno colombiano.

El programa tiene sus fundamentos teóricos en la teorías de terapeutas ocupacionales como el de Julie Bissell en 1988, Marsha Dunn en 1990, Barbara Chandler en 1992, Zoe Mailloux en 1997 y Nancy Allen en 1998. Estas autoras han propuesto estrategias para intervenir el ambiente de la escuela con el fin de favorecer el desempeño del escolar. Por ejemplo Bissell (3) escribió un manual de actividades y juegos para favorecer las habilidades sensoriomotoras que tiene que ver con el aprendizaje tales como la percepción táctil, visual y auditiva, el sentido del cuerpo, el uso de las manos, la postura, etc

Por otra parte el programa se diseñó teniendo en cuenta el modelo de desarrollo sensoriomotor que han planteado autores como Jean Ayres, en 1968; Anne Fisher y Elizabeth Murray, en 1991 y Carol Stock Kranowitz en 1998. Por ejemplo Stock Kranowitz (20) en su libro, dirigido a padres y maestros sobre los niños con disfunciones de Integración sensorial, utilizó el ejemplo de un edificio para explicar cómo se daba el desarrollo sensoriomotor en los primeros ocho años de vida. Ese edificio muestra la suma de procesos que favorecen el desarrollo de habilidades de

ejecución para el desempeño ocupacional. Cada adquisición es vital para el desarrollo de otra más compleja, que a su vez permitirá un desempeño más maduro y evolucionado.

El programa de Intervención ambiental del Jardín Infantil Por un Mañana está centrado en el niño pero influye el entorno. Para ponerlo en práctica se han diseñado e implementado:

- Estrategias y actividades centradas en el niño, para facilitar el desempeño ocupacional del escolar. Estas permiten, por ejemplo atender las disfunciones ambientales que resultan de factores internos como son los problemas sensoriomotores, comunicativos, cognitivos y emocionales.
- Planes escolares para apoyar a los maestros en el diseño de ambientes educativos. Estos permiten, por ejemplo crear ambientes que promuevan el desempeño del escolar. Por otra parte, también permiten atender disfunciones ambientales como la pobre definición de territorios, los ambientes nuevos, los ambientes no preparados, los muy exigentes o los que presentan escasos retos.
- Planes caseros para apoyar a los padres en la crianza de los hijos. Estos permiten reforzar el trabajo que se hace en el colegio y diseñar ambientes hogareños para prevenir y/o resolver problemas ambientales como los descritos anteriormente.

En el programa de Intervención ambiental se han definido los componentes de cada piso o área, se han identificado los problemas más comunes que afectan el desempeño ocupacional del escolar y se han planteado varias estrategias y actividades para resolverlos.

A continuación se definirán las áreas dando ejemplos de las estrategias y actividades, los planes escolares, y los planes caseros. Estas cinco áreas son:

1. Un nivel inicial que ejemplifica el terreno y los cimientos del edificio. Este está conformado por el ambiente de situaciones, personas y objetos, el entorno social, la cultura y las costumbres. En el nivel inicial el programa ofrece, por ejemplo:
 - Un Proyecto Educativo Institucional centrado en el niño que favorece su desarrollo sensoriomotor, comunicativo, cognitivo y emocional como base de la sana autoestima, seguridad personal y habilidades para la conviven-

cia. De esta manera se comienza el trabajo de diseño ambiental para promover, estimular y/o remediar las situaciones que llevan a la aparición de disfunciones ambientales

- Un manual de convivencia que pone en práctica los deberes y los derechos de las personas, los valores que promueven las actuaciones democráticas y las acciones y actuaciones de toda la comunidad educativa del jardín. Así se desarrolla el perfil de cada maestro, padre y niño con actitudes que enfrenten de manera exitosa los diferentes ambientes a los que se ven enfrentados. Esta estrategia es el eje central del programa ya que las personas que conforman el ambiente humano son el equipo escolar que hace viable el diseño de ambientes.
 - Un currículo cuyos contenidos están planteados teniendo en cuenta los procesos de maduración neuroevolutiva de niños y niñas. De esta manera se pone en práctica una propuesta que respeta el proceso de desarrollo de los niños. Este currículo cuidadosamente planteado previene, por ejemplo, la aparición de disfunciones debidas a ambientes exigentes, poco estimulantes, no muy preparados o sin territorios claros.
2. El primer piso, en el cual se desarrollan los sistemas sensoriales básicos: El táctil que permite percibir el tacto, temperatura y forma de los objetos del ambiente. El Propioceptivo que informa sobre la posición en que se encuentra el cuerpo y la percepción del peso de los objetos. El Vestibular que tiene la función de percibir el movimiento en el espacio y mantener el equilibrio del mismo. El visual que identifica el color y forma de los objetos y el auditivo que reconoce el tono, timbre e intensidad del sonido. En el primer nivel el programa ofrece, por ejemplo:
- Actividades centradas en el niño dirigidas a promover la madurez y función de los sistemas táctil, vestibular, propioceptivo, visual y auditivo.
 - Planes escolares para favorecer las experiencias sensoriales en las diferentes actividades o para promover la organización de la información visual y auditiva.
 - Planes caseros para favorecer el conocimiento del cuerpo, el aumento de la fuerza muscular, la adecuada postura cuando se está sentado, la seguridad ante actividades de altura y movimiento.
3. El segundo piso, en el cual se desarrollan las bases de habilidades perceptivo motoras: La percepción del cuerpo y sus posibilidades de movimiento. La

capacidad de mantener una adecuada postura durante las diferentes actividades. El desarrollo de la coordinación de los dos lados del cuerpo. El desarrollo de la preferencia manual. La habilidad de concebir, planear y ejecutar las acciones motoras. En el segundo nivel el programa ofrece, por ejemplo:

- Actividades centradas en el niño dirigidas a promover la percepción del cuerpo, la coordinación de los dos lados del cuerpo, la preferencia manual y las habilidades de plan motor.
- Planes escolares para favorecer las actividades de hacer y sostener, la lateralidad, los movimientos de manos y el desarrollo del esquema corporal y el grafismo del mismo.
- Planes caseros para desarrollar el conocimiento del esquema corporal, los patrones motores, la coordinación de los dos lados del cuerpo y la lateralidad.

4. El tercer piso, donde se desarrollan las habilidades perceptuales: La percepción auditiva que identifica las cualidades sonoras. La percepción visual que identifica las cualidades visuales. Los patrones de manipulación. La coordinación motriz y la destreza. La capacidad de integrar las habilidades motoras con la información visual y auditiva. En el tercer nivel el programa ofrece, por ejemplo:

- Actividades centradas en el niño dirigidas a promover la percepción visual y auditiva, la habilidad manual.
- Planes escolares para favorecer las actividades de manejo del espacio corporal y gráfico, organizar la información auditiva, el uso del lápiz y las tijeras y promover la coordinación auditivo motora.
- Planes caseros para desarrollar la orientación en el espacio y la ubicación corporal con respecto al entorno, la actitud de escucha, la identificación de la información auditiva y la motricidad fina.

5. El cuarto piso, donde se privilegian el desarrollo de la comunicación y el pensamiento. Estos procesos son las columnas que dan sentido a todo el edificio. Por lo tanto se vienen desarrollando desde el primer piso. En el cuarto nivel el programa ofrece, por ejemplo:

- Actividades centradas en el niño dirigidas a promover la estimulación del lenguaje en la vida diaria.
- Planes escolares para favorecer la habilidad para hacer clasificaciones, elaborar proyectos y consejos para aprovechar la lectura de cuentos.

- Planes caseros para desarrollar la habilidad para conversar en familia y para la preparación del aprendizaje de la lecto-escritura.
6. El último piso donde se afianzan las habilidades académicas y los procesos para el aprendizaje escolar: El autocontrol. La especialización hemisférica de procesos superiores la regulación de los periodos de atención. El comportamiento organizado. La actitud emocional madura. El desarrollo de habilidades motoras complejas y el desarrollo de habilidades académicas. En el último nivel el programa ofrece, por ejemplo:
- Actividades centradas en el niño dirigidas a promover la atención y el autocontrol, la expresión emocional, las habilidades para aprender, los patrones motores gruesos y finos.
 - Planes escolares para favorecer el autocontrol, la atención, la autoestima, los estilos cognitivos, las habilidades motoras específicas.
 - Planes caseros para desarrollar la organización del ambiente de la casa, la independencia, la responsabilidad, la autoestima, la habilidad para conversar, el juego.

Estas estrategias y actividades responden a las necesidades expresadas por niños, padres y maestros cuando plantean sus dificultades o preocupaciones a las fonoaudiólogas o a las terapeutas ocupacionales.

A continuación se encuentra un ejemplo de cada uno de los componentes del programa de intervención ambiental:

◆ **Actividades centradas en el niño para promover la dominancia manual:**

- Componente del desempeño: El proceso de *especialización hemisférica* de las funciones del lenguaje, la percepción visual, las capacidades cognitivas, el control emocional y el comando de las acciones motoras se refiere a la escogencia del comando de la función en un lado del cerebro (Fisher y Murray, 1991). Por ejemplo la *Dominancia manual*. Se refiere al establecimiento de la lateralidad: Un lado del cuerpo se especializa para realizar las tareas motoras y el otro es el auxiliar que ayuda y / o apoya la ejecución de la tarea. Esta dominancia puede ser asumida por cualquiera de los Hemisferios Cerebrales: lateralidad Derecha o izquierda (Bisell, 1986).

- Problemas que se pueden presentar:
 - Deficiente motricidad fina.
 - No hay definición de la mano preferente y la mano auxiliar (hacia los cuatro años).
 - No hay clara definición de la lateralidad (hacia los siete años).
 - Regular coordinación.
 - Mal manejo de elementos como lápiz, tijeras o cubiertos.
 - Pobre conocimiento de la Derecha e Izquierda.
 - Lentitud para tareas motoras.

- Estrategias útiles:
 - Actividades bimanuales que permitan hacer algo con una mano mientras la otra sostiene: revolver mezclas, rasgar papel, tapar y destapar frascos, vestir un muñeco.
 - Utilizar elementos como lápiz, tijeras, cubiertos.
 - Manejar herramientas de carpintería.
 - Amasar plastilina o masa.
 - Ensamblar fichas.
 - Hacer origami.
 - Hacer actividades que favorezcan el cruce de la línea media: pintar en el tablero, hacer líneas horizontales en un papel, seguir caminos con carritos.
 - Pasar objetos con las dos manos en el círculo al compañero de al lado.
 - Hacer actividades con una sola mano: entregar un objeto, abrir una puerta, tirar algo en un blanco.
 - Entregar los objetos en la línea media para que el niño los coja con la mano que quiera.
 - Reforzar el uso de la mano preferente en actividades escolares después de los cuatro años.
 - Reforzar el uso de la mano dominante en las actividades escolares después de los siete años.
 - Enseñar a identificar la mano dominante con alguna marca: un reloj, una manilla o pulsera, un lunar, una estrella pintada.

◆ **Plan escolar para favorecer una buena postura sentado:**

Para poder utilizar en forma eficiente las manos para trabajar, es necesario asumir una buena postura. Esta postura correcta depende de:

- Una adecuada silla y mesa las cuales estén acordes con la estatura del niño.
- Una espalda fuerte, buen equilibrio y capacidades para quedarse quieto.
- Una constante retroalimentación al niño para que aprende la adecuada posición.
- El reforzamiento positivo al niño cuando está bien sentado.

A continuación se encuentran algunos consejos para favorecer en el niño la buena postura:

- Recalcar la necesidad de asumir una buena postura para trabajar: demostrarla, colorear un niño bien sentado, recordar la buena postura antes de empezar a trabajar.
- Colocar en buena posición a todos los niños antes de empezar a trabajar: Pies apoyados en el suelo, silla cerca de la mesa (cuatro dedos entre el cuerpo y la mesa), Codos ligeramente flexionados sobre la mesa.
- Promover maneras de trabajar en mesa que mejoran la postura: Sentarse con el espaldar del asiento al contrario (estómago contra éste), hacer actividades parado frente a la mesa, pasar haciendo a los niños presión sobre los hombros y la cabeza para que se enderecen.
- Reforzar la buena postura: Hablar de la buena postura, pasar corrigiendo posiciones sin decir nada, repetir varias veces la mejor manera de sentarse, hacer una cartelera de "niños bien sentados del día".

◆ **Plan casero para desarrollar el autocontrol:**

La capacidad que tengo para organizarme, atender, terminar mis trabajos y entretenerme tranquilamente se llama autocontrol. Para desarrollarlo necesito que me ayuden en casa así:

- Controlemos el ambiente de la casa par facilitar mi actitud calmada:
 - En el cuarto: limitemos el número de juguetes, evitemos los colores fuertes como el rojo, naranja o los fosforescentes, mantengamos mis cosas en orden.
 - En el comedor: debemos comer siempre en el mismo lugar y a horas, no me puedo parar sino hasta terminar, no voy a jugar mientras como.
 - Cuando traiga tareas: Siempre debo tener un lugar y una hora fija para hacerlas, necesito tener un sitio para dejar mi maleta, antes de iniciar la

tarea debo tener listos todos los implementos necesarios, cuando esté haciendo la tarea limitemos la actividad de las personas a mi alrededor para que no me distraigan.

- A la hora de dormir: necesitamos en mi cuarto un ambiente tranquilo que me invite a descansar (música suave y luz baja), me convienen las cobijas pesadas y las pijamas abrigadas que me mantengan calientico para poder relajarme, es importante que me acostumbre a acostarme a la misma hora así no tenga sueño (puedo mirar un libro mientras viene el sueño).
- Mi cuerpo necesita estímulos especiales que contribuyan con mi organización:
 - Cuando estoy muy inquieto: abrácenme y consiéntanme, abríguenme que el calor me relaja, hablemos en voz baja, podemos mecernos suavemente.
 - A la hora del baño: me conviene que me jabonen despacito con una esponja, me pueden secar mucho rato.
 - La ropa: hasta el color influye en mi estado anímico por eso son mejores los colores suaves o el verde y el azul, me conviene los sacos y chaquetas y la ropa elástica que me quede ajustada.

Para concluir es importante anotar que en el programa de intervención ambiental del Jardín Infantil Por un Mañana tiene en cuenta los siguientes principios:

- Incluir a la familia en el equipo escolar: Ellos conocen muy bien las habilidades y la personalidad del niño. Además son más receptivos para ayudar si entienden qué es lo que se va a hacer en el jardín y lo que pueden hacer en casa para favorecer su desempeño escolar.
- Observar al niño en acción en su ambiente para identificar las estrategias de intervención que serán especialmente útiles en su caso particular.
- Facilitar la toma de decisiones del equipo escolar buscando metas comunes. Compartir un trabajo exitoso al hacerlo en equipo.
- Plantear un plan de acción que describa detalladamente qué se va a hacer, quién lo va a hacer, cuándo se va a hacer, dónde se va a hacer, y cómo se controlan los resultados.
- Proponer estrategias y actividades que sean prácticas, sencillas, poco intrusivas y lo más cercanas a la cotidianidad del niño y su grupo escolar.
- Mostrar a padres y profesores cómo trabajar con el fin de que ellos refuercen lo que se quiere hacer.

- Ayudar al niño y a los adultos a desempeñarse en sus roles y ocupaciones. No se pretende enseñarles a ser Terapeutas Ocupacionales sino que se busca trasladar el saber del terapeuta ocupacional para que lo utilicen.
- Estar dispuesto a adaptarse al estilo de cada ambiente escolar y ser flexible con el fin de modificar lo que sea necesario o adaptarlo de acuerdo con la situación y los recursos disponibles.

Para sintetizar es importante tener en cuenta la necesidad de crear y / o aplicar programas centrados en el niño, para el manejo ambiental con el fin de promover el adecuado desempeño escolar de éste. Un ejemplo de estos programas es el del Jardín Infantil Por un Mañana que plantea estrategias y actividades en respuesta a las necesidades propias de los escolares de nuestro entorno colombiano. Las estrategias y actividades se organizaron en cinco áreas las cuales corresponden al desarrollo de las habilidades que necesita un escolar para un desempeño exitoso.

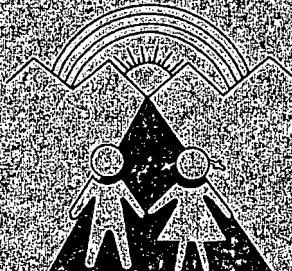
BIBLIOGRAFÍA

1. Allen Kauffman, Nancy (1998). "Terapia Ocupacional en el sistema escolar." En: Willard y Spackman. *Terapia Ocupacional*. Editoras Helen Hopkins y Helen Smith. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
2. Amaya de Lee, Mariluces, B. de Franco. C. E. De Prias. R. Lizarazo. M. Tobón. "Programa para el desarrollo emocional de los niños preescolares". En: *Revista Ocupación Humana*. Volumen 8 Número 1, de 1999. ACTO Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional. Bogotá, Colombia.
3. Bissell, Julie. J. Fisher. C. Owens. P. Polcyn (1988). *Sensory motor hand book, a guide for implementing and modifying activities in the classroom*. Sensory Integration International, Torrance, California. U.S.A.
4. Blanche, Emma. Boticcelli. Hallway (1995). *Combining Neuro-developmental treatment and Sensory Integration principles*. Therapy Skill Builders. Tuckson Arizona.
5. Chandler, Barbara (1992). "How to design and implement classroom programming". En: *Classroom applications for school-based practice*. Editor Charlotte Brassic. AOTA Self-study Series. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.
6. Dubois, Sue Ann. P. Levan. M. Mushlenhaupt. S. Mulligan. C. Summers. *Adressing Sensory processing in the Schools*. Editoras: Ivonne Swinth y Zoe Mailloux. O.T. Practice. Enero de 2002. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.

7. Dunn, Marsha (1990). Pre-scissor Skills. Therapy Skill Builders. San Antonio, TX. U.S.A.
8. Dunn, Marsha (1990). Pre-writing Skills. Therapy Skill Builders. San Antonio TX. U.S.A.
9. Dunn, Winie. G. DeGangi (1992). Sensory Integration and Neuro-developmental treatment for educational programming. En: Classroom applications for school-based practice. Editor Charlotte Brassic. AOTA Self-study Series. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.
10. Farr Collins, Laura. Models for effective school consulting. O.T, Practice. Jan. 1997. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.
11. Fisher, Anne. E. Murray. A. Bundy (1991). Sensory Integration, Theory and Practice. F. A. Davis. Philadelphia. U.S.A.
12. Hall, Laura. W. Robertson. M. A. Turner. Clinical reasoning process for service provision in the public school. Volumen 46 Número 10, oct. de 1992. The American Journal of Occupational Therapy The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.
13. Koomar, Jane (1990). Sensory integration treatment in the public schools. En: Environment, implications for Occupational Therapy. Editora Susan Cook. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.
14. Lane, Shelly. Nurture: Environmental influences on Central Nervous system Functions. En: Neuroscience and Occupation. Editor Charlotte Brassic. AOTA Self-study Series. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.
15. Mailloux, Zoe. Sensory Integration and role performance in students. En: Sensory Integration Special Interest Section Quarterly. Volumen 20 Número 1, marzo 1997. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.
16. Masagalani, Gladys (1998). "Fundamento del conocimiento especializado para el ejercicio de la Terapia Ocupacional". En: Willard y Spackman, *Terapia Ocupacional*. Editoras Helen Hopkins y Helen Smith. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
17. Mc. Ewen, Molly (1990). The human-environment interface in Occupational Therapy: A theoretical and philosophical overview. En: Environment, implications for Occupational Therapy. Editora Susan Cook. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.
18. Ritcher, Eileen. P. Oetter (1990). El uso de las matrices ambientales para el tratamiento de Integración sensorial. En: Environment, implications for Occupational Therapy. Editora Susan Cook. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.
19. Sarracino, Támara. Applying a sensory integrative frame of reference in school practice. En: Sensory Integration Special Interest Section Quarterly. Vol. 20 Number 3, 1997. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.

20. Stock Kranowitz, Carol. (1998). *The out-of-sync child, recognizing and coping with Sensory Integration Dysfunction*. Skylight Press Book. The Berkley Publishing Book. New York. U.S.A.
21. Storch, Beth. K. Goldrich-Eskow. *Theory Application by school-based Occupational Therapists*. Volumen 50 Número 8, Sep. 1996. The American Journal of Occupational Therapy The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.
22. Tobón, Martha María. "El juego, espacio natural para favorecer el desarrollo motor". En: *Revista Ocupación Humana*. Volumen 8 Número 1, de 1998. ACTO Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional. Bogotá, Colombia.
23. Trujillo Rojas, Alicia (2002). *Terapia Ocupacional, conocimiento y práctica en Colombia*. Unilibros. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
24. Young, Mary Helen. *The intervention-based model of evaluation*. En: *School System, Special Interest Section Quarterly*. Volumen 5 Número 2, Junio de 1998. The American Occupational Therapy Association. Maryland. U.S.A.

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



POR UN MAÑANA

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. 1174-51 San José de Bavaria

Ponencia presentada en el Segundo Encuentro de Profesionales de la Salud

Hotel Tequendama. Diciembre 3/2002

*Aída Navas de Serrato**

Al dirigirme a ustedes, por honrosa distinción de la Confederación de Organizaciones de Profesionales de la Salud, COPSA, quisiera, en primer lugar, hacer llegar un afectuoso saludo de felicitación a los profesionales de la Medicina en la celebración del Día Panamericano del Médico.

La Confederación creada en 1976 agrupa a las siguientes Asociaciones Científicas: Federación Odontológica Colombiana, Asociación Colombiana de Fisioterapia, Asociación Sindical de Trabajadores Sociales, Federación Colombiana de Optometría, Asociación Colombiana de Nutrición y Dietética, Colegio Nacional de Bacteriólogos, Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje, Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos, Asociación Colombiana de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia y Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional.

Sus objetivos son promover, impulsar, respaldar y defender para sus asociados el desarrollo del ejercicio profesional autónomo, responsable y efectivo y generar todas aquellas acciones que garanticen el reconocimiento de su valiosa intervención para la salud del país y sus gentes, por parte del Estado y de las instituciones.

Cumplir estas metas ha implicado un proceso de tiempo, que nos ha llevado a romper paradigmas, a satisfacer con la evidencia científica, social y humana la real

* Terapeuta Ocupacional Universidad Nacional. Presidenta de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional. Vicepresidenta Asorreforma Ley 100/93.

importancia de nuestro accionar profesional, a lograr que desde el Ministerio de Salud los proyectos y documentos no solamente se escriban en términos médico-quirúrgicos, muy importantes pero no únicos. También hace parte de un continuo, genuino y empeñado deseo por hacer evidente que no sólo somos colaboradores, que no somos paramédicos, prefijo este, que le permitió a uno de nuestros políticos en desafortunada intervención afirmar que así como había paramédicos que le ayudaban a los médicos también había paramilitares que ayudaban a los militares, sino que, desde la particularidad de nuestra formación profesional y de los procedimientos que utilizamos trabajamos en una relación interdisciplinaria transversal, coordinada y dinámica, que respeta las jerarquías en tanto ellas respondan a esquemas de organización que validan la pluralidad del conocimiento, básicamente, porque esto va a incidir de manera positiva en el mejor estar y en el bienestar de la persona o grupo poblacional objeto de nuestra intervención.

El trabajo conjunto de nuestras asociaciones, representado en COPSA, con las organizaciones de profesionales de la medicina en sus diferentes especialidades alrededor de los postulados de ASOREFORMA se constituye entonces en una iniciativa multifactorial y proactiva que centra su gestión en el hecho insoslayable de la necesidad de establecer mecanismos, hacer propuestas y llegar a acuerdos que aseguren la revisión de la Ley 100 de 1993. Queremos creer en la posición del Gobierno al manifestar su reconocimiento como interlocutores a un número inmenso de profesionales de diferentes disciplinas que han asumido su responsabilidad no sólo como actores diarios en el difícil arte de proporcionar salud y aliviar la enfermedad, sino como colectivo pacífico, pensante y dialogante que quiere, con la fuerza de las ideas, asegurar la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales de la población, representados aquí en el derecho a la salud.

Este movimiento no es sólo una unión de voluntades ni puede ser solamente el resultado de frustraciones acumuladas en el doble proceso de obtener y proporcionar salud y calidad de vida a nuestros conciudadanos. El doctor Mario Hernández Álvarez en su documento: "El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización", del cual dice que puede resultar incómodo para los optimistas, analiza, entre otros aspectos, lo que ha sido la intervención de los actores del sistema de salud en el debate sobre la Ley 100, mencionando que ni EPS ni ARS están dispuestas a suspender sus privilegios, que tanto los profesionales de la salud como los sindicatos de trabajadores de la salud han debatido sobre propuestas en las cuales se señalan como damnificados de la reforma planteando cambios

al sistema de salud sin llegar a acuerdos definitivos y que finalmente los planes de desarrollo de los gobiernos en general se han orientado a resolver las serias dificultades en cuanto a viabilidad y estabilidad financiera que presenta hoy el sistema.

No es extraño entonces encontrar profesionales escépticos, acomodados a sus dificultades y a las graves carencias del país en materia de salud, y funcionarios para los cuales el problema es cuestión de algunos ajustes.

Por eso, aunque suene a lugar común, no podemos ser inferiores al reto que nos hemos planteado; más allá de poder obtener prebendas personales, éste es un compromiso entre individuos, sociedad y nación para poder entender y pensar un sistema en el que la salud como derecho y como calidad de vida sea la base del bienestar de los individuos y el firme soporte del desarrollo social y económico del país.

Es necesario reconocer e involucrar la salud en el concepto de desarrollo y así lo han hecho países como Costa Rica, China, Sri Lanka y Cuba que cuentan con sistemas de salud fuertes e índices de salud similares a los de países desarrollados.

En términos de salud, las políticas deben abarcar los diferentes niveles de protección de este derecho, desde la promoción y prevención hasta el tratamiento y rehabilitación.

En esta última fase, la de tratamiento y rehabilitación, quiero hacer algunas reflexiones que están particularmente ligadas a las políticas de atención y al evidente incremento de los niveles de discapacidad de la población.

Si entendemos la discapacidad como una alteración de la calidad de vida, su incidencia en los parámetros de salud está generada por el incremento en las tasas de enfermedades, incremento de embarazos en adolescentes y en madres con mínimos niveles de nutrición y protección, altos índices de desnutrición en la población infantil que determinan alteraciones definitivas en el desarrollo y consecuentemente bajos niveles de desempeño en los procesos de aprendizaje y rendimiento escolar, incremento en las tasas de enfermedad mental como consecuencia del entorno de violencia intrafamiliar, social y del conflicto armado y bajos niveles de protección a la población de adultos mayores en condiciones de pobreza.

Igualmente, las enfermedades crónicas y degenerativas, las secuelas de traumas y los efectos devastadores de la violencia incrementan los índices de discapacidad y

representan para la nación una pérdida no cuantificable en términos de años de vida potencialmente perdidos y años de vida saludable perdidos.

Para Sara Rodríguez, terapeuta ocupacional experta en el desarrollo de proyectos para atención a la discapacidad, nadie está exento de encontrarse, en un momento de su ciclo vital, con una alteración en su capacidad funcional para ver, oír, hablar, moverse o caminar, cuidar de sí mismo o relacionarse con los demás, por lo cual existe una prevalencia de personas en situación de discapacidad y minusvalía en una comunidad.

Esta alteración de la capacidad funcional, como consecuencia de deficiencias de distintos grados de severidad, en la apariencia, función o estructura del sistema orgánico, ocasiona enormes costos personales, familiares sociales y económicos, al excluir del Sistema de Seguridad Social a las personas con discapacidad.

Desde otra perspectiva de la situación, el estudio descriptivo de los doctores Aldemar Jutinico Vega y Óscar Ashley Buitrago sobre la discapacidad física, psicológica y laboral causada por el conflicto armado, realizada entre enero y mayo de 2001 con una población de estudio de 240 militares y 75 ex guerrilleros con discapacidad, señala que existe un grave desconocimiento del problema, razón por la cual las políticas y programas de prevención y rehabilitación integral tienen enfoques meramente asistenciales que subestiman e inhiben las capacidades y aportes a la sociedad de estas personas.

La rehabilitación física de estas víctimas del conflicto armado se realiza de manera incompleta e irregular centrada especialmente en las intervenciones quirúrgicas; pero los tratamientos de rehabilitación son deficientes y muchas veces el acondicionamiento de sillas de ruedas, bastones y muletas no tiene entrenamiento previo. La rehabilitación psicológica no se da como un programa de rehabilitación funcional que responda con continuidad y efectividad a los efectos del impacto del estrés postraumático en el estado de salud mental. El programa de rehabilitación ocupacional no define los perfiles ocupacionales de los discapacitados y las iniciativas existentes se pueden clasificar como proyectos de generación de empleo basados en la asignación de subsidios, pero con recursos de capital y asistencia técnica insuficientes.

Aunque el estudio señala que no pretende hacer generalizaciones o inferencias absolutas, sí es claro al recomendar que a través del Plan Nacional para la

Discapacidad se implementen programas sostenibles y continuos para esta población y para los niños víctimas de minas antipersonales.

Ante esta situación de incremento en los niveles de discapacidad, consideramos prioritario asegurar la viabilidad de las políticas y lineamientos que desde el Gobierno están propuestas en el Plan Nacional de Atención a la Discapacidad y que plantean un manejo global de la prevención, la habilitación/rehabilitación y la equiparación de oportunidades.

Resulta necesario establecer un registro sistemático que permita cuantificar los niveles de discapacidad y su prevalencia.

Desde la normatividad de la Ley 100 aunque se reconocen los beneficios a que tienen derecho las personas con discapacidad, en uno de sus párrafos se regula que el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinarán los beneficios a que tendrán derecho los limitados de escasos recursos no afiliados, hasta el año 2001, fecha en que la cobertura será universal.

El POS excluye de sus beneficios las sillas de ruedas y elementos de órtesis y prótesis, audífonos y aquellas actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas. La norma hace que en la mayoría de las EPS, que tienen centros de atención en rehabilitación, los programas estén destinados a atender rápidamente los eventos y no a implementar conjuntos de acciones en rehabilitación que aseguren la recuperación de la independencia funcional.

Sobre la base de lo anterior, la atención a la población con discapacidad, entendida como alteración en las condiciones biológicas, sensoriales y ocupacionales, debe estar centrada no sólo en el diseño de programas de atención sino en el fortalecimiento de los centros de rehabilitación en los tres niveles de atención y, básicamente, en la revisión de la normatividad que permita que los objetivos, lineamientos y acciones idealmente planteados desde los macroproyectos sean viables y efectivos en la cotidianidad de la atención, en el día a día y en la particularidad de los procedimientos para asegurar a cada niño, hombre y mujer colombianos la recuperación o adecuación de su potencial físico, mental, espiritual y ocupacional.

CONSTRUYAMOS INDIVIDUOS PARA PODER CONSTRUIR NACIÓN

SUSCRIPCIÓN REFERIDA

Referido por:

Terapeutas Ocupacionales:
Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional
Carrera 8 N° 66-33 - Of. 301 - Telefax: 3480452 - e-mail: acto@telefonica.net.co - Bogotá.
acto73@hotmail.com

Deseo suscribirme a: Asociación Colombiana de T.O.

- Estudiantes:** Socios adherentes
Inscripción \$ 60.000
Cuota Anual \$ 60.000
- Profesionales:** Socios activos
Inscripción \$ 90.000
Cuota Anual \$ 90.000

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

- Cuota US\$ 20**
- Revista Ocupación Humana de T.O. \$ 40.000**
2 Ediciones + Boletines. Esto incluye porte de correo
 Inscripciones fuera del país US\$ 90

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	\$ 120.000
Media página	\$ 70.000
Cuarto de página	\$ 42.000
Contraportada	\$ 275.000

Más de 500 lectores respaldan su inversión.