

Sylvia D. A. J.

E

Esta nueva edición de la Revista Ocupación Humana, es un saludo a la fortaleza y hermandad profesional de los Terapeutas Ocupacionales latinoamericanos. Su nuevo formato, que incluye importantes avances como publicación científica indexada, demuestra la capacidad de la Terapia Ocupacional en Colombia para continuar su senda de desarrollo de acuerdo a las exigencias que el medio científico y tecnológico demanda.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (FMTO) reúne a 57 países; su misión es apoyar el desarrollo y el uso de la Terapia Ocupacional en todo el planeta, demostrando la relevancia y la contribución que esta profesión entrega a la sociedad. Representa a más de 160.000 Terapeutas Ocupacionales, miembros de asociaciones nacionales y 6.000 miembros individuales. La Asociación Colombiana de Terapeutas Ocupacionales es miembro pleno de la FMTO desde 1976.

La FMTO, a través de sus programas de "Cooperación Internacional", "Estándares y Calidad" y Educación e Investigación, genera activamente nuevas oportunidades e instancias para el desarrollo de la profesión. Ejemplos de esto son la creación de los grupos internacionales de expertos de la FMTO (International Advisory Group) en "Ciencia Ocupacional", "Evidencia en Terapia Ocupacional" y "Terapia Ocupacional y Salud Pública". Que ayudarán a enriquecer las ideas y los aportes de la profesión al bienestar de las personas en todo el mundo. La página web de la FMTO (www.wfot.org) es un instrumento útil para la creación de nexos entre Terapeutas Ocupacionales en diversas partes del mundo.

La capacidad de un terapeuta ocupacional para favorecer el bienestar ocupacional de las personas con las cuales trabaja es el resultado de una compleja interacción de conocimiento, juicio profesional, razo-

namiento de alto nivel, destrezas, valores y creencias. Para mantener y mejorar esta capacidad se hace imperativo desarrollar investigación en un estilo interdependiente, con todas las comunidades de Terapeutas Ocupacionales en el mundo, para que cada una de ellas tenga la oportunidad de desarrollar su propio conocimiento, nutriendo la comunidad internacional y a su vez aprovechando e integrando aquel conocimiento de carácter universal y científico actualizado.

Esta combinación de los aspectos locales y los internacionales se refleja claramente en las nuevas "Normas Mínimas para la Educación de los Terapeutas Ocupacionales", publicadas por la FMTO, las cuales están en sintonía con las necesidades culturales y económicas de cualquier país, enfocándose en las interrelaciones entre la ocupación, la persona, el medio ambiente y la salud.

La inversión en investigación mantiene la vitalidad de la profesión, permitiendo construir un cuerpo de evidencia que apoya la efectividad de las intervenciones. Esta evidencia es cada vez más necesaria, tanto para justificar nuestros tratamientos como para ir abriendo nuevos campos de ejercicio profesional, particularmente con las nuevas tendencias de trabajo en comunidad.

La Revista Ocupación Humana es un vehículo privilegiado para difundir este conocimiento, y su potencialidad no sólo se dirige a los Terapeutas Ocupacionales de Colombia, sino a toda la comunidad internacional, que por este medio puede compartir y utilizar el saber generado en cualquier lugar del mundo, y en particular el de habla hispana.

Enrique Henny
1st. Vice President
World Federation of
Occupational Therapists
www.wfot.org
henny-vargas@vtr.net

Contenido

Invitado



Editorial 1



Investigación:

Construcción de un futuro común

Ganadores concurso de Investigación

Gloria Serrato de Díaz

Nina Millán

Categoría Profesional

Fundamentos Epidemiológicos y perfil de la población con enfermedad

Hansen del Valle del Cauca

Maria Nora Hurtado De Bastidas

Categoría Estudiantes

Validación del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO) y consolidación del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO-V)

Marcela Gaitán Hortúa

Jenny Rodríguez Bonilla

Marcela Valbuena Pachón

Perspectivas de Terapia Ocupacional frente al Vih/Sida: Una Experiencia de VIHDA

Pilar Becerra

Maribel Moreno Sosa

Actualización



El Desempeño Ocupacional de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Tulia María Zuluaga de Garavito

Comportamiento y Competencias Motoras

Desempeño - Actividad con propósito -

Dieta Sensorial

Laura Alvarez de Bello

Cartas



Relación de artículos de la revista Ocupación Humana



Guía de Autores

4

6

15

27

40

52

65

66

83

Investigación: construcción de un futuro común

Ganadores concurso de Investigación
Gloria Serrato de Díaz, 2003

“La investigación es crítica para la supervivencia de la terapia ocupacional porque hace posible ofrecer aquellas respuestas sobre la ocupación humana con las cuales se ha comprometido ante la sociedad”

Alicia Trujillo Rojas¹

Para la asociación Colombiana de terapia ocupacional es un honor poder presentar los mejores trabajos seleccionados del concurso de investigación Gloria Serrato de Díaz. Desde el inicio para la junta organizadora y particularmente para el comité de concurso de investigación era claro el objetivo planteado: hacer de éste un espacio que reflejara la importancia que le corresponde, desmitificando la investigación como acción perteneciente y de exclusiva responsabilidad de quienes se desempeñan en el ambiente académico, haciendo un llamado a todas y todos los terapeutas ocupacionales que se desempeñan en la gerencia de servicios, sensibilizándonos en cuanto a nuestra responsabilidad y función esencial de realizar investigación en el día a día de nuestra labor como profesionales de la ocupación humana.

Para dar a conocer la realización de este concurso se realizó una amplia divulgación al interior de las universidades, así como a profesionales en las diferentes instituciones que ofrecen los servicios de terapia ocupacional, obteniendo un resultado de tres trabajos de investigación inscritos bajo la categoría estudiantes, y un trabajo en la categoría profesionales.

Cada uno de los trabajos fue revisado y calificado por tres jurados seleccionados de acuerdo a su experticia y conocimiento en el área en la cual se desarrolló el trabajo. Dando como resultado la selección de los trabajos de más alto nivel.

Y aunque es imposible que todos los trabajos inscritos hubiesen sido premiados, si queremos resaltar el gran sentido gremial de los participantes y su alto nivel de conciencia en

¹ Trujillo A. Terapia ocupacional, Conocimiento y Práctica en Colombia. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2002.

Nina Esperanza Millán Echeverría
Terapeuta Ocupacional
Comité organizador concurso de investigación

cuanto a nuestra responsabilidad profesional, no solo por hacer parte de éste concurso y compartir desinteresadamente su experiencia investigativa, si no también por la gran labor que llevan a cabo sustentando el desarrollo y la supervivencia de nuestra profesión con base en la evidencia científica. Por esto GRACIASI, gracias por ayudarnos a cumplir con nuestro compromiso ante la sociedad.

También quiero manifestar el inmenso agradecimiento a la Fundación Saldarriaga Concha y en particular al Director Ejecutivo Silvio Cárdenas Concha por apoyar el desarrollo de la investigación en Colombia y el reconocimiento de quienes laboran en pro de la misma. Gracias a ellos se pudo dar el debido reconocimiento a nuestras profesionales que hoy se destacan por su labor investigativa.

En la categoría profesionales la Terapeuta Ocupacional Nora Hurtado de Bastidas quien obtuvo el máximo puntaje con su Trabajo de Investigación: "Fundamentos Epidemiológicos y Perfil de la Situación de Discapacidad de la Población con Enfermedad de Hansen del Valle del Cauca"; y a las Terapeutas Ocupacionales Marcela Gaitán, Marcela Rodríguez y Marcela Valbuena quienes obtuvieron el primer pue-

to bajo la categoría estudiantil con su trabajo: "Validación del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO) y Consolidación del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado", así como a las Terapeutas Ocupacionales Pilar Becerra Becerra y Maribel Moreno Sosa quienes obtuvieron el segundo premio bajo la categoría estudiantil con su trabajo de investigación "Perspectivas de terapia ocupacional frente al Vih/Sida una experiencia de VIHDA".

La Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional hacen acreedoras a las anteriores terapeutas a la publicación de su trabajo en la revista Ocupación Humana, un paquete con todas las versiones editadas de la revista Ocupación Humana, a la financiación de la anualidad como socio activo de la asociación, una mención de honor y en efectivo, para el primer puesto categoría de profesionales y estudiantes, la suma de \$1.200.000; y para el segundo puesto categoría estudiantes la suma de \$600.000.

A continuación compartimos con todos nuestros asociados los mejores trabajos de investigación Gloria Serrato de Díaz 2003.

Fundamentos epidemiológicos y perfil de la situación de discapacidad de la población con enfermedad Hansen del Valle del Cauca

Maria Nora Hurtado De Bastidas¹

Asistentes de Investigación

Martha Cecilia Atehortúa²

Jorge Hernán Bravo³



¹ Investigador principal. Profesor Titular Universidad del Valle, Escuela de Rehabilitación Humana. tempo@uniweb.net.co

² Terapeuta Ocupacional. Profesor auxiliar Universidad del Valle, Escuela De Rehabilitación Humana

³ Ingeniero de sistemas

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Hansen, situación de discapacidad, perfil sociodemográfico

Introducción

En la actualidad, la enfermedad de Hansen (o lepra, como se conoce popularmente), como condición de salud, constituye un motivo de gran preocupación para el país por diversas razones como el número significativo de personas que la padecen, la creencia errada de que la enfermedad está en proceso de extinción, el desconocimiento acerca de su evolución, detección, prevención y consecuencias para el individuo su familia y para la comunidad en general. Sumado a todo lo anterior se anota la poca sensibilidad que muestra la población hacia la situación de discapacidad de las personas que la padecen.

Se realizó el presente estudio como respuesta a una convocatoria de la Secretaría de Salud Pública Departamental del Valle del Cauca, para contribuir con la búsqueda de información pertinente para los lineamientos de los programas dirigidos a la población con enfermedad de Hansen.

La primera etapa del estudio se basó en una revisión teórica sobre aspectos históricos, clínicos y legales relacionados con la enfermedad. En la segunda etapa se diseñaron los instrumentos de recolección de información sobre los aspectos sociodemográficos y las alte-

resumen

[summary]

El presente estudio identificó el perfil sociodemográfico y necesidades de la población de personas con condición de salud derivada de la enfermedad de Hansen.

Para definir el perfil de discapacidad se usaron los conceptos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud.

Los resultados definen los parámetros de la población:

- A nivel de las deficiencias, se encuentran alteraciones funcionales y estructurales del sistema nervioso periférico, piel y del movimiento.
- La limitación en la actividad se presenta para la ejecución de tareas y demandas generales, movilidad, autocuidado y vida doméstica.
- La restricción de la participación varía dependiendo de la zona, urbana o rural.

Las recomendaciones apuntan al establecimiento de programas de Rehabilitación integral, donde se articule la promoción de la salud, la prevención de la discapacidad, la rehabilitación funcional, profesional y social.

The present research identify the sociodemographic profile and need of the poblotion whith a health condition derivate of the Hansen's disease.

To determine the handicap profile we make use concepts development by World Health Organization (WHO) in the International Classification's Performance, of the handicap and health.

The result define a poblotion's characteristics:

- *On the handicap: we find funtionals and structurals disorder on the perfernc nervous sistem, skin and in the movement.*
- *On the activity limitation is present for the development taks and the general demands (movility, careself and household)*
- *On the participation restriction is depend on or upon a rural or urban zone.*

The recomendations point at the conformation of integral rehabilitation programs that united the health's promotion, handicap's preventions and funtional, professional and social rehabilitation.

raciones a nivel corporal (función y estructura) y social de la discapacidad, incluyendo además los factores contextuales en los que se desempeñan las personas afectadas de esta enfermedad.

Para la realización del estudio se tuvieron en cuenta los conceptos desarrollados por la OMS en la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, en Mayo de 2001.

Los resultados presentan los parámetros de la población estudiada: 112 personas con condición de salud de Hansen, reportados en la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, en tratamiento activo, residentes en los municipios del Valle del Cauca, excepto Cali.

1-EI Problema

1.1. Antecedentes del problema

La enfermedad de Hansen, fue la primera enfermedad infecciosa cuyo germen se aisló en el hombre (1873), y aunque hoy en día es prevalente en los trópicos, sin ser la más grave ni la más frecuente, es una de las que más estigmatización social origina.

1.1.1. Lepra y discapacidad en el mundo

Actualmente son cerca de 12 millones las personas marcadas de diversas formas por la enfermedad. Los países en los que está más difundida son 91, en 24 de los cuales constituye un problema de salud pública⁴

El objetivo que se planteó la OMS en el año 1994, fue que para el año 2000 la lepra dejase de ser un problema de salud pública –lo que significa que debía haber menos de un caso por cada 10 mil habitantes-, pero tras el 15º Congreso Internacional de la Lepra, celebrado en Pekín (China) en septiembre de 1998, se llegó a la conclusión de que habría que esperar unos años más para conseguir erradicar la lepra en el mundo.⁵

En el año 2000 se lanza el programa de la Alianza Global de la OMS donde plantea unos plazos para que se conformen grupos en los diferentes países se implanten programas a nivel de distritos entre el 2002 y 2003 para bajar la tasa de prevalencia en el 2005.

Cada 45 segundos, afirma la OMS, un ser humano, especialmente de bajos recursos económicos, contrae la enfermedad, ya que ésta requiere de las condiciones de pobreza para expandirse: mala calidad del agua, deplorables condiciones de salud e higiene y desnutrición.

1.1.2. Lepra y discapacidad en Colombia

En Colombia existe toda una historia de aislamiento y segregación de la vida en comunidad de las personas con Hansen que sólo hasta

1978, en el período conocido como "programa horizontal", se enfrenta, aunque con poco éxito, el problema de la integración social de estas personas.

La prevalencia de la enfermedad en Colombia es aproximadamente uno de una por cada mil habitantes (1‰). En algunas regiones y municipios, la prevalencia es del tres por mil (3‰). Los departamentos que más se ven afectados por la lepra en su orden son: Santander, Cundinamarca, Norte de Santander, Valle, Cesar, Huila y Tolima.⁶

Por otra parte, en el Estudio de Prevalencia de Discapacidad en el Valle del Cauca realizado en el 2001 por la Escuela de Rehabilitación Humana, y financiado por la Secretaría Departamental de Salud de Valle del Cauca⁷, se encontró una prevalencia de Deficiencia de 6.98% y de Discapacidad de 3.99%. De los hogares donde se encontró deficiencia, es de resaltar que 39.8% presentaban un NBI crítico. Igualmente, se encontró que las personas con discapacidad, comparándolos con sus iguales sin deficiencia, están en situación de exclusión social en relación a educación, trabajo, participación social. Como conclusión general del estudio, se identificó que la caracterización de la situación de discapacidad cobra sentido al incorporar el contexto familiar y local de las personas y que la pérdida de oportunidades de la persona con discapacidad tiene impacto negativo en las oportunidades de la familia, toda vez que disminuye su capacidad de manejo social de riesgos⁸.

Así, en la presente década, de acuerdo con los desarrollos dirigidos al fortalecimiento de las políticas sociales, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, el Gobierno Nacional formuló el Plan Nacional de Atención a las personas con Discapacidad 1998-2002.

⁴ BOLETÍN MEDICO, Issue No 8, 1995

⁵ INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO. La Milenaria Lepra. Periodismo de Ciencia y Tecnología. La Milenaria Lepra. Junio de 1999. <http://www.invdes.com.mx/suplemento/anteriores/Junio1999/htm/lepra.html>. Bajado el 30 de Sept./02

⁶ ibidem

⁷ OTOYA, María Cristina; et al. Prevalencia de discapacidad en el Valle del Cauca. Universidad del Valle. Cali, 2001

⁸ Ibidem.. Pág. 38

El Plan tiene como objetivo prevenir la incidencia de la discapacidad y mejorar la calidad de vida de esta población, por medio del fortalecimiento y la ampliación de los servicios existentes, facilitando su acceso, calidad y cobertura.

Desde la perspectiva de integralidad, el Plan empieza a desarrollar aspectos relacionados con la situación de discapacidad desde diferentes componentes estratégicos que permiten un manejo global: la Prevención, la Rehabilitación y la Equiparación de Oportunidades⁹.

1.2. Planteamiento del problema

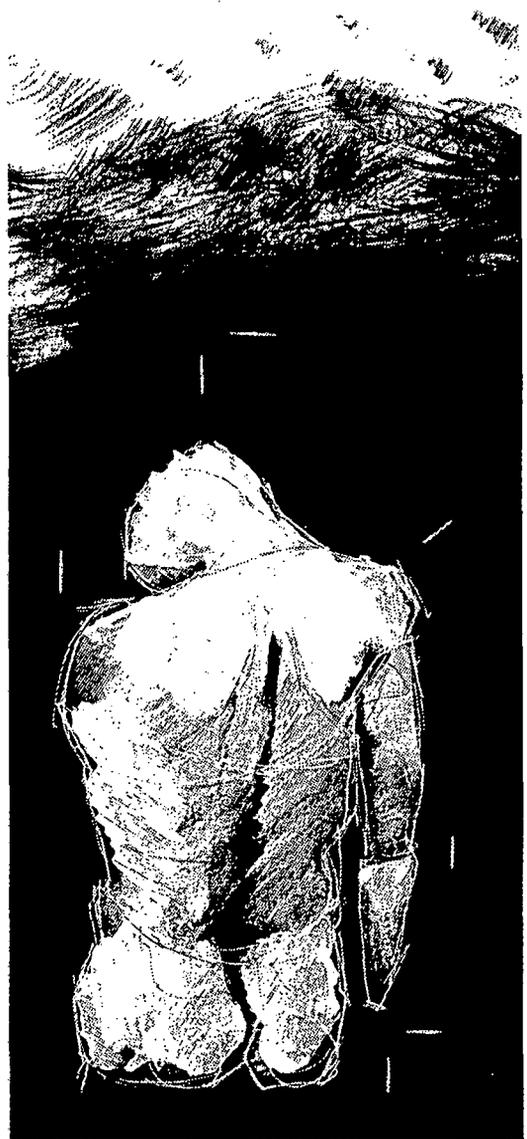
La lepra se constituye como motivo de gran preocupación en la actualidad, no sólo por el número de afectados, sino también por el desconocimiento de la existencia de la enfermedad, lo que lleva a retardo en la detección y tratamiento a tiempo, siendo esto generador de discapacidades en el individuo que producen consecuencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y social.

A pesar del trabajo realizado en los diferentes municipios del departamento en cuanto a estudios de las características de la enfermedad y programas de atención médica, existe el desconocimiento de las necesidades reales que demanda dicha población.

Lo anterior lleva a la necesidad de identificar la situación de discapacidad de esta población, de forma tal que se puedan plantear y establecer programas dirigidos a: educar a la población en general sobre las causas y la forma de prevenir la enfermedad, ofrecer servicios de rehabilitación acordes a las necesidades de los afectados y establecer acciones sobre el entorno que permitan la plena participación de estas personas en las actividades que le corresponden de acuerdo a su estatus de edad y condición social.

Actualmente, en el Valle del Cauca, la presencia de deficiencias causadas por la enfermedad, son el único criterio para la inclusión

⁹ FERRO SALZAR, Manuel, VELANDIA DE OCHOA, Emperatriz, et. Al. PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Manual Operativo. Documento de la Consejería Presidencial para la Política Social de la Presidencia de la República. Santafé de Bogotá, Septiembre de 2002.



Actualmente son cerca de 12 millones las personas marcadas de diversas formas por la enfermedad. Los países en los que está más difundida son 91, en 24 de los cuales constituye un problema de salud pública

de una persona en los programas de atención, sin que se intervenga sobre la limitación en la actividad y en la restricción en la participación en las actividades de su entorno.

De acuerdo con los planteamientos anteriores se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los perfiles sociodemográfico y de la situación de discapacidad de la población con diagnóstico de enfermedad Hansen en el departamento del Valle del Cauca?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general de la investigación

Definir el perfil sociodemográfico y la situación de discapacidad de las personas con enfermedad de Hansen del departamento del Valle del Cauca, excluyendo Cali, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (C.I.F.)

3. Marco Teórico

La lepra es una enfermedad infecciosa conocida desde los tiempos bíblicos, caracterizada por ocasionar lesiones cutáneas desfigurantes, lesiones neurológicas periféricas y debilidad progresiva.

La enfermedad tiene dos formas comunes de presentación: la tuberculoide y la lepromatosa, con subdivisiones adicionales. Ambas formas ocasionan lesiones en la piel, siendo más severa la lepromatosa porque produce la aparición de grandes nódulos desfigurantes. Todas las formas de esta enfermedad causan finalmente daño neurológico periférico (daño nervioso de las extremidades) que se manifiesta por la pérdida sensorial cutánea y por la debilidad muscular¹⁰.

Verdugo¹¹, Puig de la Bellacasa, hablan acerca de la evolución histórica de la disca-

pacidad, y la sintetizan en tres etapas: 1) el modelo tradicional, 2) el paradigma de la rehabilitación y 3) el paradigma de la autonomía personal o vida independiente. La primera le asigna el papel de marginación orgánico/funcional y social a las personas con discapacidad; el paradigma de la rehabilitación centra el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades. Por ello se precisa su rehabilitación (física, psíquica o sensorial), mediante la intervención profesional de diferentes especialistas que mantienen el control del proceso de rehabilitación. Los resultados de este proceso se miden por la recuperación de las habilidades funcionales de la persona. Mientras que desde el paradigma de la vida independiente, que surgió con los movimientos reivindicatorios de los derechos civiles de las minorías en los Estados Unidos, promovió un cambio en la concepción de la discapacidad y llevó a replantear los objetivos de la intervención y de la oferta de servicios de rehabilitación. Desde este paradigma la discapacidad se

explica en la relación existente entre el individuo y el entorno. Desde esta perspectiva se reconocen de manera interactiva las múltiples dimensiones de la vida humana tanto desde una constitución individual como social. La discapacidad se configura entonces desde la interacción de las dimensiones corporal, individual y social relacionadas con factores personales y del entorno.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la C.I.F., brinda un lenguaje unificado y estandarizado y un marco conceptual común para la des-

cripción del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud y los "estados relacionados con la salud". La clasificación en mención agrupa sis-

«La discapacidad no es sólo un problema de la persona que la vive o de su familia, sino que es un problema social, económico y cultural.

Por lo tanto, actualmente se habla de "situación de discapacidad"»

¹¹ Wolcott, Rolla. The Early symptoms and signs of Leprosy. Amer Practic 9. 235-342, Febrero de 1953

¹⁰ Verdugo Miguel Ángel. El papel de la psicología de la rehabilitación en la Integración de personas con discapacidad y en el logro de calidad de vida.

	PERSONA CON DISCAPACIDAD	SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
Se refiere a	Individuo	Grupo poblacional
Responde a	Necesidades individuales de atención a un problema individual	Necesidades de una población, que requiere respuesta a un problema social
Afecta a	Individuo, familia, comunidad cercana	Territorio (entorno)
Actúan	La persona con discapacidad, la familia y los profesionales	La comunidad organizada, OGs y ONGs
Qué se hace	Dar respuesta institucional/secretarial a la demanda	Construcción de una política Pública
Competencia de	Instituciones, entidades de y para	Sinergia Gobierno - Sociedad Civil

Cuadro 1. Persona con discapacidad vs. situación de discapacidad

temáticamente los diferentes dominios de una persona en un determinado estado de salud: lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer. El término funcionamiento se considera de una manera global, y hace referencia a todas las funciones corporales. Discapacidad engloba las deficiencias en función y estructura corporal, las limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación, al igual que tiene en cuenta las influencias positivas o negativas del contexto en que se desenvuelve el individuo.

Así, la discapacidad no es sólo un problema de la persona que la vive o de su familia, sino que es un problema social, económico y cultural. Por lo tanto, actualmente se habla de "situación de discapacidad". Las implicaciones del cambio de enfoque desde el concepto de persona con discapacidad al de situación de discapacidad, se muestran en el cuadro 1¹².

4. Metodología

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, puesto que con él se caracterizó la situación sociodemográfica y la situación de discapacidad de las personas que tienen

diagnóstico de enfermedad de Hansen en el Departamento del Valle del Cauca.

La población objeto de estudio corresponde al grupo de personas con diagnóstico de enfermedad de Hansen, registradas en la Secretaría de Salud Departamental como casos nuevos. El estudio presenta los parámetros de la población: 112 pacientes con enfermedad de Hansen. No participaron: las personas que por voluntad propia no quisieron participar en el estudio (10); los que habían cambiado de domicilio y no reportaron (10); los que vivían en zona de riesgo para los encuestadores (12). Se presentan resultados de 70 pacientes. Para la recolección de la información se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Se diseñó un formato para recolección de datos sociodemográficos de cada persona, consistente en un formulario de pregunta dirigida, previamente preparado y normalizado.
- Se aplicaron los instrumentos de recolección de información con base en la propuesta conceptual de la C.I.F.

¹² Tomado de: Ortiz Karam, María Clara; Caicedo, María Eugenia; Vergara de la Rosa, Carmen Helena. Metodología para la Formación de Política Pública en el Área Social. Proyecto Piloto Discapacidad. Consejería Presidencial para la Política Social. Bogotá, Mayo 2002.



- Se revisó la información incluida en la ficha individual que maneja la Secretaría de Salud del Departamento, con el fin de seleccionar la que fuera relevante para el estudio.

La información recolectada se procesó y analizó mediante un software, SICIF –Sistema de Información sobre el funcionamiento la discapacidad y la salud - que se diseñó para la identificación de la situación de discapacidad y contiene además la Clasificación Internacional de las Enfermedades C.I.E 10, para identificar estados de salud asociados. Con este instrumento también se pretende medir la situación de discapacidad en personas con otras condiciones de salud diferentes a la lepra.

5. Análisis de Resultados

Como datos relevantes en el perfil epidemiológico se obtuvieron:

Un 61% de la población corresponde al género masculino y el 39% al femenino.

El 67% viven en estratos 1 y 2; un 18% vive en zona rural y 14% en estrato 3.

Un 12% no han tenido acceso a la escuela, son analfabetas.

En relación con la condición de salud:

Un 39% presenta la enfermedad desde hace 2 a 5 años y un 35%, más de 5 años.

La mayor frecuencia en cuanto a la forma clínica de la enfermedad, se da en la forma lepromatosa, con un 47%, seguida de la tuberculoides, con un 24%.

Un 35% tiene familiares con enfermedad de Hansen. Se encontraron 3 familias con varios miembros con esta condición de salud.

El 80% acude al servicio de dermatología; un 22% a trabajo social y psicología y 20% a fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y psiquiatría.

El 16% necesita ayudas técnicas. El 10% requieren órtesis y prótesis; un 8% ayudas para la movilidad personal; 6% ayudas para la protección y cuidado personal y para las tareas domésticas; 4% requieren ayudas y equipamiento para mejoras ambientales y herramientas. Del total de ayudas técnicas que se necesitan, solamente se ha dotado un 8%, todas con órtesis y prótesis. Solo un 10% tiene ingresos por trabajo independiente; 16% están pensionados, un 31% tiene salario laboral; el 4% reciben subsidio, un 45% depende económicamente de la familia.

Los resultados del estudio son coherentes con lo encontrado en la revisión teórica sobre la patología: alteraciones funcionales en piel, movilidad, sensación de dolor; temperatura y otros estímulos, estructuras de piel y miembros superiores.

Al relacionar los resultados de la investigación con la revisión de la literatura, se podría establecer que la mayor alteración a nivel de capacidad de ejecución de las actividades se da en las tareas, demandas generales, autocuidado, movilidad y vida doméstica.

En general, los resultados reflejan restricción en la participación en los aspectos relacionados con la consecución de bienes, lo que podría ser consecuencia de la restricción en la participación en un empleo que genere ingresos. Otro aspecto que se ve restringido, y que puede incidir en la consecución de empleo es el acceso a la formación profesional. Igualmente se observa restricción en la participación de actividades de tiempo libre y ocio, lo que lleva a la conclusión de que la restricción se presenta en las actividades que implican relacionarse con otras personas diferentes a su medio familiar, como son: empleo, formación profesional y ocio.

El entorno presenta barreras relacionadas con: recursos económicos que les permitan el acceso a productos, transacciones, objetos, bienes o propiedades, entre otros; servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo. La actitud de la sociedad es otro factor considerado como barrera que podría explicar la falta de accesibilidad a las actividades mencionadas anteriormente.

6. Conclusiones y Recomendaciones

- Existen fichas de identificación y seguimiento que miden el grado de deficiencia de la población en estudio, y se les brinda atención médica y farmacológica, lo cual ha permitido el control de la deficiencia en la medida de lo posible, dependiendo de las diferentes manifestaciones de la enfermedad.
- De acuerdo a lo establecido por la C.I.F., la situación de discapacidad de la población estudiada se puede ubicar a nivel de deficiencia en alteraciones funcionales y estructurales del sistema nervioso periférico, piel y del movimiento. La limitación en la actividad se da para la ejecución de diversas actividades: tareas y demandas generales, movilidad, autocuidado y vida doméstica. La restricción de la participación de la población en estudio varía dependiendo de la zona, urbana o rural, encontrándose que las personas que viven en la primera tienen menos barreras en servicios, sistemas y políticas.
- Los resultados muestran que la población que vive en la ciudad cuenta con más facilitadores que la rural, lo que hace que la situación de estos últimos sea más difícil y requiera mayores acciones si se quieren mejorar sus condiciones de vida.
- Existen servicios, sistemas y políticas consideradas como facilitadores para las personas que pueden acceder a ellos, y al mismo tiempo, considerados como barreras para los que no tienen el acceso, lo que refleja que estos no se dan para toda la población y por lo tanto muestran algún grado de inequidad en la accesibilidad a estos.
- Teniendo en cuenta lo anterior, se considera cubierta la necesidad de atención a la deficiencia en la población estudiada, más no la situación de discapacidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos se sugiere para mejorar las condiciones de vida de la población en estudio:

- Programas de Rehabilitación Integral donde se tenga en cuenta en forma articulada la promoción de la salud, la prevención de la discapacidad, la rehabilitación funcional, profesional y social.
- Fortalecimiento de los programas existentes de promoción de la salud y prevención de la discapacidad, teniendo en cuenta que estas personas pueden adquirir otras condiciones diferentes que los llevarían a otra condición más precaria de salud.
- Aunque el estudio no evaluó directamente la limitación en la ejecución de las actividades, se pudo observar que la condición de salud afecta la independencia de estas personas y que la carencia de programas de rehabilitación hacen que cada vez sus complicaciones sean mayores, por lo que se considera importante los programas de desarrollo y mantenimiento funcional de acuerdo a sus necesidades. Teniendo en cuenta las condiciones de la población y de la región, estos programas deben diseñarse de forma tal que sus servicios no sean exclusivos de atención en centros de rehabilitación sino que puedan ser apoyados por la comunidad previamente entrenada.

- Teniendo en cuenta el aislamiento al que se ven sometidas estas personas y la baja accesibilidad a la participación en actividades de trabajo, formación profesional y ocio, que los pueden llevar a estados de depresión y de subvaloración personal, se recomienda el establecimiento de programas culturales y recreativos que fomenten la participación de estas personas; desarrollar actividades encaminadas a movilizar opinión y capacitar a la población en general con respecto a la enfermedad y lo que significa la situación para la persona y su familia.
- En relación con las dificultades de empleo y de accesibilidad a la formación profesional se propone el establecimiento de programas de rehabilitación profesional que permitan identificar las posibilidades de las personas afectadas, la oferta laboral y sus exigencias, con el fin de hacer los ajustes necesarios para permitir la accesibilidad de estas personas.
- Esto unido al desarrollo de una política de empleo equitativa facilitará el acceso a las personas que por sus potencialidades podrían desempeñar este rol.
- Articularse a nivel regional con la red existente que trabaja en Discapacidad.
- Dado que las necesidades de las personas no son puntuales, es preciso seguir buscando la intersectorialidad para que en los planes y programas aparezca el componente discapacidad.
- Facilitar procesos de formulación de políticas públicas

referencias

¹ BOLETIN MEDICO, Issue No. 8, 1995

² INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO: La Milenaria Lepra. Periodismo de Ciencia y Tecnología. La Milenaria Lepra. Junio de 1999. <http://www.invdes.com.mx/suplemento/antenas/Junio1999/htm/lepra.html>. 2002

³ Ibidem

⁴ OTOYA, María Cristina, et. al. Prevalencia de la discapacidad en el Departamento del Valle del Cauca. Universidad del Valle - Secretaría de Salud Departamental. Toro Corredor editores. Santiago de Cali. 2001

⁵ Ibidem. Pg. 38

⁶ FERRO SALZAR, Manuel, VELANDIA DE OCHOA, Emperatriz, et. AL PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS

PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Manual Operativo. Documento de la Consejería Presidencial para la Política Social de la Presidencia de la República. Santafé de Bogotá, Septiembre de 2002.

⁷ Wolcott, Rola. The Early symptoms and signs of Leprosy. Amer. Practic 9: 235-342, Febrero de 1953

⁸ Verdugo, Miguel Angel. El papel de la psicología de la rehabilitación en la integración de personas con discapacidad y en el logro de calidad de vida.

⁹ Ortiz Karam, María Clara; Caicedo, María Eugenia; Vergara de de la Rosa, Carmen Helena. Metodología para la Formación de Política Pública en el Área Social. Proyecto Piloto-Discapacidad. Consejería Presidencial para la Política Social. Bogotá, Mayo 2002.

Primer Lugar
CATEGORÍA ESTUDIANTES

Validación del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO) y Consolidación del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO-V)

Marcela Gaitán Hortúa¹
Jenny Rodríguez Bonilla²
Marcela Valbuena Pachón³

resumen

[summary]

El Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO - V), es un documento que recopila y describe los procedimientos de contextualización, evaluación e intervención ejecutados por el profesional de terapia ocupacional.

Constituye el primer sistema de clasificación validado que delimita el quehacer del terapeuta, facilitando así un proceso adecuado de toma de decisiones profesionales. Además, proporciona un lenguaje uniforme útil para el ejercicio de la terapia ocupacional en Colombia y promueve el establecimiento de estrategias de gestión como la elaboración de sistemas de registro o indicadores de calidad propios para la profesión y basados en la codificación establecida.

Entonces, el CPTO - V dará prestancia e identidad a la profesión puesto que facilita la clara exposición de las áreas de competencia profesional, la población beneficiaria de sus servicios y la sociedad. Además, caracteriza los terapeutas ocupacionales como una comunidad científica en desarrollo cuya evolución se ve reflejada en esta investigación.

The Validated Code of Procedures of Occupational Therapy (CPTO-V), it is a document that gathers and it describes the contextualization procedures, evaluation and intervention executed by the professional of occupational therapy.

It constitutes the first validated classification system that it defines the therapist's chore, facilitating this way an appropriate process of taking of professional decisions. Also, it provides an useful uniform language for the exercise of the occupational therapy in Colombia and it promotes the establishment of administration strategies like the elaboration of registration systems or own indicators of quality for the profession and based on the established code.

Then, the CPTO - V will give excellence and identity to the profession, since it facilitates the clear exhibition of the areas of professional competition, the population beneficiary of its services and the society. Also, it characterizes the occupational therapy as a scientific community in development whose evolution is reflected in this investigation.

Introducción

“En la terapia ocupacional colombiana, hasta 1998, no se conocían aportes que identificaran los procedimientos genéricos empleados durante el ejercicio profesional” (Trujillo, 2002, 211). Como respuesta a este vacío, surge el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO. Trujillo, 1998), el cual enlista procedimientos de evaluación y procedimientos de tratamiento / intervención propios del quehacer profesional del terapeuta. Sin embargo, las exigencias legislativas y la necesidad de contar con un documento validado que represente el arte y la ciencia de la profesión en Colombia, simbolizan la razón y el propósito del documento que se expone a continuación.

Esta investigación, producto de una exhaustiva revisión de conceptos de terapia ocupacional y el juicio de un grupo de expertos, delimita las acciones profesionales del terapeuta colombiano y se constituye como un sistema universal, útil y oportuno que da mayor relevancia y prestancia a la comunidad científica. El primer capítulo de este documento, presenta un compendio de la información acerca de los antecedentes que sobre códigos de procedimientos existen a nivel nacional e internacional. Además,

se explora la literatura relacionada con el ejercicio de terapia ocupacional en el ámbito legislativo, finalmente se exponen las razones para validar el Código propuesto por Trujillo (1998) y la trascendencia de esta investigación para la comunidad profesional. El segundo capítulo sustenta la validez de contenido del CPTO, con base en una revisión de literatura de los fundamentos teóricos y prácticos del ejercicio de la profesión. De esta manera se consolida el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Versión para Validación (CPTO – V). En el tercer capítulo se explica el tipo de estudio dentro del cual se desarrolla la validación. El cuarto capítulo muestra la información obtenida tras la evolución de la investigación y el juicio de expertos. Finalmente el quinto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación. Además, a manera de conclusión, se presenta el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO – V) que simboliza una perspectiva del progreso de la terapia ocupacional en Colombia.

¹ Terapeuta Ocupacional, Fundación FRICPE. machezzitta@hotmail.com

² Terapeuta Ocupacional. Jardín Infantil “Por un Mañana” - CEMPAI Ltda. jennyot81@hotmail.com

³ Terapeuta Ocupacional, Terapias y Tareas - Duendes y Hadas. aleidamarcela@tutopia.com

PALABRAS CLAVE

Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional, exhaustiva revisión literaria, validez de contenido, juicio de expertos, universal, útil, oportuno y único

1. Marco Conceptual

En este capítulo se presentará, a nivel internacional y nacional, un compendio de la información recolectada por las autoras de este trabajo acerca de los antecedentes que sobre códigos de procedimientos existen. Adicionalmente, se explora la documentación concretamente relacionada con el ejercicio de terapia ocupacional en el ámbito legislativo de la salud o propio de la profesión. De igual modo, se enuncia en este capítulo el problema de investigación junto con los objetivos por alcanzar. Finalmente, se exponen las razones para desarrollar la validación del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO) y su trascendencia para la comunidad profesional en el país.

1.1. Antecedentes

Como antecedentes en el ámbito internacional se exponen:

La Terminología Médica Procedimental Actualizada (CPT) que corresponde a un conjunto de categorías codificadas que describen servicios y procedimientos ejecutados por los médicos y otros profesionales de la salud en los Estados Unidos. La Clasificación de Procedimientos en Medicina modificación del fascículo V "Procedimientos Quirúrgicos", de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión (CIE - 9). A partir de este fascículo surge la Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina (CIPM), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978 a título de prueba (OMS, 1989, 23, 24). En esta clasificación el 90% de los procedimientos corresponden al área quirúrgica y el 10% restante a procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

La Terminología Uniforme para Terapia Ocupacional, Tercera edición publicado por la American Occupational Therapy Association. Este documento, "delinea y define las Áreas del desempeño ocupacional y los Componentes del desem-

peño ocupacional que se tratan en el servicio directo de terapia ocupacional" (Hopkins and Smith, 1998, 889).

La Clasificación y definición de conceptos para el ejercicio propuesto por la Canadian Association of Occupational Therapists (Trujillo, 1998, 72).

En el ámbito nacional se presentan los siguientes antecedentes:

En 1998, la revista *Ocupación Humana* publicó el Código de Procedimientos de Evaluación y Tratamiento de Terapia Ocupacional primer aporte hacia el establecimiento de un Código de Procedimientos para la profesión. Esta contribución se proyectó como una herramienta para el ejercicio de los terapeutas ocupacionales, pero según lo referido por la autora (Trujillo, A.), debía ser validado por toda la comunidad profesional.

El Ministerio de Salud adoptó la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) mediante la resolución 00365 de 1999, que agrupa las actuaciones de los profesionales de la salud en el ámbito nacional y obliga a su aplicación en todo el territorio. Además, la CUPS es el fundamento para la definición y presentación de planes, registros, manuales tarifarios, elaboración de protocolos y guías de atención entre otros. En este documento se conjugan todos los procedimientos, métodos y técnicas del área de la salud, enunciando con poca precisión y especificidad algunos procedimientos concernientes al ejercicio profesional de terapia ocupacional.

La Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional (ACTO) en 1999 realizó una convocatoria encaminada a revisar, analizar y hacer propuestas para complementar los procedimientos característicos de la profesión que serían incluidos dentro de la CUPS. El documento que reúne los procedimientos estima-

dos por los terapeutas ocupacionales participantes en dicha convocatoria se denominó: "Propuesta de reforma de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud".

- El 11 de septiembre de 2000 el Ministerio de Salud emite la primera actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (1ª A – CUPS) por medio de la resolución 2333. Esta versión fue complementada ampliando algunos de los procedimientos que hacen parte del ejercicio profesional.

1.2. Formulación del Problema

Se pretende validar el contenido de la propuesta de Trujillo (1998) a través de la revisión de literatura, estableciendo el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Versión para Validación (CPTO – V) que será sometido al juicio de un grupo de terapeutas ocupacionales expertos, en busca de agrupar y unificar los términos referidos a las acciones profesionales de la terapia ocupacional en Colombia consolidando el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO – V).

PROBLEMA:

¿Cuál es el grado de validez de contenido del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO) y cuál es la pertinencia del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Versión para Validación (CPTO – V), por juicio de un grupo de expertos?.

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivos generales

- Determinar la validez de contenido del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO).
- Determinar la pertinencia del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Versión para Validación (CPTO – V), por juicio de un grupo de expertos.
- Consolidar el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO – V).

1.3.2 Objetivos específicos

- Recopilar diferentes conceptos acerca de los Procedimientos de Evaluación identificados en el CPTO.
- Recopilar diferentes conceptos acerca de los Procedimientos de Tratamiento / Intervención identificados en el CPTO.
- Incluir, recopilar y clasificar conceptos de terapia ocupacional no identificados en el CPTO.
- Someter a consulta la pertinencia de los procedimientos incluidos en el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Versión para Validación por juicio de un grupo de expertos.

1.4. Justificación

La justificación se centra en la utilidad del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO – V), además de otros aspectos enunciados en la investigación. En razón a lo anterior, el objetivo del documento es convertirse en una referencia útil al terapeuta ocupacional colombiano en los siguientes aspectos:

Competencia profesional

- Apropiación del conocimiento de la comunidad científica: Conocer, acoger y discutir el CPTO – V facilita la adopción de una actitud idónea como miembro de la comunidad científica.
- El CPTO es un parámetro para unificar herramientas del ejercicio profesional: Este documento permite el inicio de la unificación de aspectos tales como el lenguaje terapéutico, sistemas de registro, instrumentos de evaluación e intervención y guías tarifarias, entre otros.

Optimización de la atención a los usuarios

- El CPTO – V brinda claridad para la planeación y ejecución de un abordaje integral: Es decir, permite al profesional tener claridad frente a cada acción desarrollada respetando el tiempo y las expectativas del usuario.

CONCEPTO	VARIABLE	INDICADOR	ÍNDICE
PROCEDIMIENTOS EVALUACIÓN	Según amplitud/profundidad Según instrumento Según énfasis ocupacional		<ul style="list-style-type: none"> ■ Pertinente ■ No pertinente ■ Comentarios
PROCEDIMIENTOS TRATAMIENTO/ INTERVENCIÓN	Según tipo de atención Según medios/modalidades empleados		<ul style="list-style-type: none"> ■ Pertinente ■ No pertinente ■ Comentarios
PROCEDIMIENTOS TRATAMIENTO/ INTERVENCIÓN SEGÚN ÁREAS Y COMPONENTES OCUPACIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenar/orientar Área de autocuidado • Entrenar/orientar Área de trabajo/estudio/actividades productivas • Entrenar/orientar componentes sensoriomotores del desempeño • Entrenar/orientar componentes cognoscitivos del desempeño • Entrenar/orientar utilización componentes socioafectivos del desempeño • Resaltar componentes espirituales del desempeño • Diseñar/asesorar/entrenar uso de órtesis/prótesis/tecnología de rehabilitación • Orientar manejo/adaptación de contextos accesibles: casa, trabajo, estudio, tiempo libre 	DEFINICIONES*	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pertinente ■ No pertinente ■ Comentarios
JUICIO	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Versión para Validación (CPTO-V) 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Pertinente ■ No pertinente ■ Comentarios
GRUPO DE EXPERTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Título y actualización profesional • Grado de experiencia en Área específica • Miembros ACTO, docentes y/o Investigadores 	Terapeutas Ocupacionales	Muestra representativa de la comunidad profesional

Cuadro 1. Operacionalización de términos

*El término DEFINICIONES, corresponde a la descripción de cada uno de los procedimientos contemplados en el CPTO y que por su extensión se presentan en el marco teórico de este documento.

Organización del servicio

- El CPTO – V facilita proceso de gestión de calidad: En este sentido, contar con una terminología uniforme facilitará el desarrollo de diversos procesos de gestión en pro de la calidad total.
- El CPTO – V posibilita el desarrollo de estrategias administrativas acordes a las características de cada servicio: Entonces, el documento brinda categorías y definiciones a partir de las cuales los

terapeutas podrán diseñar y desarrollar estrategias administrativas y por ende generar indicadores de calidad específicos para el proceso terapéutico.

Monitoreo

- Del servicio: El CPTO – V asistirá el monitoreo mediante la aplicación periódica de indicadores y la medición comparativa de resultados.

- Del proceso terapéutico: El CPTO – V permite al profesional comparar los resultados obtenidos durante su intervención y por ende la pertinencia de sus acciones terapéuticas.
- Adicionalmente, la continuidad del monitoreo propicia que los terapeutas ocupacionales valoren el impacto y la efectividad social de la profesión.

Costo-efectividad del servicio

El Código posibilita la creación de estrategias organizativas tanto para la administración del servicio como para la intervención del usuario. Generando así una cultura metódica y práctica que aumentan la asertividad y los logros obtenidos en el proceso.

1.5. Definición de términos

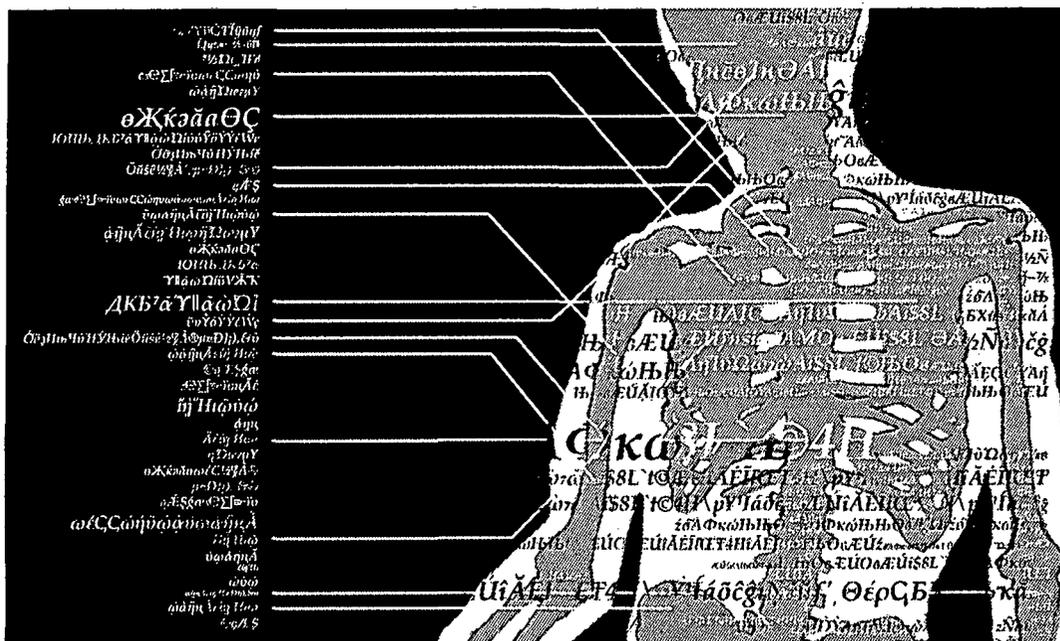
- Validez de Contenido del Código de Procedimientos: Condición deducida de la recopilación literaria acerca del listado de términos, agrupados en un sistema de clasificación enumerado que enuncia "los patrones de práctica que emplean

los representantes de una profesión" (Trujillo, 1998, 73), en este caso la terapia ocupacional en Colombia.

- Juicio de Expertos: Opinión de expertos con respecto a la pertinencia del contenido del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Versión para Validación (CPTO – V).
- Grupo de Expertos: Conjunto de profesionales de terapia ocupacional con conocimientos en un área específica de ejercicio, miembros de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional (ACTO), docentes universitarios y/o investigadores, que además den muestra de su actualización profesional.

1.6. Operacionalización de términos

El estado del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO), las definiciones establecidas en el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional versión para validación (CPTO – V) y los índices cualitativos que pretenden determinar el juicio del grupo de expertos, se esquematizan en el Cuadro 1.



2. Marco Teórico

En este capítulo se sustenta la validez de contenido del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO), con base en una revisión literaria de los fundamentos teóricos y del ejercicio de la profesión. De dicha revisión las autoras recopilan conceptos que demuestran la pertinencia de los procedimientos expuestos en el CPTO y que caracterizan el ejercicio de la terapia ocupacional. A la vez, se proponen procedimientos no incluidos en el artículo de Trujillo (1998) que serán explicados en la categoría correspondiente, consolidando así el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Versión para Validación (CPTO - V).

Dada la extensión de este capítulo se ha resumido su contenido en el Glosario del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado. Por tanto se sugiere dirigirse a las páginas 12 a 29 de dicho documento y/o de la Versión electrónica o al trabajo de investigación. Este material puede ser consultado en la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Colombia, la Biblioteca de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional (ACTO) o en el Departamento de la Ocupación Humana de la Universidad Nacional.

3. Estrategia Metodológica

En este capítulo se explica el tipo de estudio dentro del cual se enmarca la validez del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO). Posteriormente, se presenta una definición conceptual de validez, validez de contenido y juicio de expertos. Finalmente, se describe el proceso de la prueba piloto y el desarrollo de la metodología.

3.1. Tipo de Estudio

La Psicometría es el conjunto de métodos e instrumentos de medida que se utilizan para la investigación, descripción y comprobación de datos. El estudio psicométrico es aquel que establece las características de estudios de validez de instrumentos ya elaborados. Entonces se considera que este estudio es psicométri-

co porque pretende determinar la validez de contenido del CPTO y comprobar la pertinencia del CPTO - V a través del juicio de un grupo expertos de terapia ocupacional.

3.2. Definiciones Conceptuales

- Validez: Como es bien sabido, se refiere al grado en que un instrumento mide lo que proyecta medir, es decir una medida exacta que no presente errores sistemáticos. En conclusión, es el concepto del cual se derivan la validez de contenido y el juicio de expertos para esta investigación.
- Validez de Contenido: Es el grado en que los elementos incluidos en un instrumento representan un universo o dominio objeto de la medida y representa un área de conocimiento. Este tipo de validez es determinado por medio de juicio de expertos. Entonces, se hablaría de validez de contenido si el CPTO - V comprende e identifica las acciones propias de la terapia ocupacional.
- Juicio de Expertos: Es el método por el cual un grupo de personas, consideradas expertas en una materia, examinarán y califican el grado de validez de los ítems de un instrumento.

3.3. Prueba Piloto

Es un estudio preliminar que se realiza sobre un número pequeño de personas para obtener información provisional acerca de los resultados que se espera encontrar al aplicar un instrumento. En este caso se realizó una aplicación previa del instrumento para expertos a siete terapeutas ocupacionales egresados recientemente, que demuestran orientaciones profesionales en diversas áreas. Con base en un instrumento diseñado para la prueba piloto, se obtuvo información que permitió realizar ajustes al instrumento para expertos que, en general, obtuvo calificaciones que confirmaban el cumplimiento de los objetivos propuestos.

NÚMERO DE PROFESIONALES

VEINTICUATRO (24)

ÁREA DE EXPERTICIA

Disfunciones Infantiles	3
Disfunciones Físicas	4
Geriartría	1
Salud Mental	6
Educación	4
Sociolaboral	6

TÍTULOS COMPLEMENTARIOS

Especialización	11
Magíster	8
Otros	5

CARGO PROFESIONAL ACTUAL

Docencia/Investigación	14
Instituciones	7
Consulta Privada	3

Cuadro 2
Caracterización grupo
expertos

3.4. Juicio de Expertos

Inicialmente, para determinar la validez de contenido del CPTO, se desarrolló una exhaustiva revisión teórica de la literatura propia de terapia ocupacional consolidando el "Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Versión para Validación (CPTO - V)". Luego, se lleva a cabo el proceso de juicio de expertos que permite determinar la pertinencia de los procedimientos propuestos en el CPTO - V y se establece finalmente el "Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO - V)".

Para el proceso de juicio de expertos se contó con un grupo de veintisiete (27) profesionales de terapia ocupacional, considerando que el número de expertos de cada área fuera equitativo.

4. Resultados

En este capítulo se recopila la información relacionada con los resultados de la investigación. Inicialmente se presenta la caracterización del grupo de expertos, luego los resultados obtenidos de su juicio y finalmente el análisis cuantitativo y cualitativo de ellos. A

partir de este análisis se consolida el contenido final del Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO - V).

4.1. Caracterización del grupo de expertos

De los veintisiete (27) convocados, se contó con veinticuatro (24) participantes, los demás por diferentes inconvenientes no hicieron parte de la investigación. Este grupo de expertos es considerado representativo de la comunidad científica de terapia ocupacional en Colombia y cumple con los criterios establecidos para la selección. Posterior a la convocatoria, se suministró el material que conformaba el instrumento para expertos y se inició la recolección de la información. La caracterización del grupo de expertos se presenta en el Cuadro 2.

4.2. Presentación de resultados

Los resultados se presentan en razón a la frecuencia o número de veces que fue calificado cada procedimiento como pertinente, es decir, propio del quehacer profesional del terapeuta ocupacional o el número de veces que

fue calificado como no pertinente, es decir, no propio del quehacer profesional del terapeuta ocupacional. Adicionalmente se consideran como resultados los comentarios de los expertos, los cuales se retoman en el análisis de resultados y en las modificaciones para consolidar el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO - V).

Puede apreciarse que de un total de 134 procedimientos 110 fueron calificados por todos los expertos como pertinentes. Los 24 procedimientos restantes recibieron las siguientes calificaciones:

- 17 procedimientos tuvieron 23 puntos de pertinencia.
- 6 procedimientos tuvieron 22 puntos de pertinencia.
- 1 procedimiento tuvo 21 puntos de pertinencia.
- 3 procedimientos no obtuvieron calificación por parte de 3 expertos.

Finalmente, los resultados obtenidos acerca del contenido del CPTO - V, pueden resumirse porcentualmente así:

TOTAL: 134 PROCEDIMIENTOS

99% pertinente
0,9% no pertinente
0,1% no obtuvo respuesta

Capítulo de Contextualización
98% de pertinencia

Capítulo de Evaluación
98,9% de pertinencia

Capítulo de Tratamiento/Intervención
99% de pertinencia

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

El desarrollo de esta investigación permite concluir que un Código de Procedimientos es una herramienta fundamental e indispensable para el ejercicio de la terapia ocupacional en Colombia. El código asiste el manejo de información y brinda mayor precisión y claridad en las descripciones de los procedimientos. Esto a su vez, facilita la medición e interpretación de resultados que caractericen las áreas de competencia de terapia ocupacional y posicionen esta profesión como parte fundamental de la atención en el sistema de seguridad social. Por tanto el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO - V) surge como un elemento fundamental para el progreso de la terapia ocupacional colombiana.

Adicionalmente, este es el primer Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado del que se tiene conocimiento a nivel nacional e internacional, razón que argumenta la importancia y novedad de esta investigación para el desarrollo de la profesión y el delineamiento de los parámetros legales que la rigen. Al proyectar el contenido de esta investigación hacia la difusión dentro de la comunidad de terapeutas ocupacionales colombianos y su inclusión en la legislación nacional, es viable optimizar procesos fundamentales en la prestación de servicios con calidad. Dentro de estos procesos es posible mencionar: idoneidad y cultura profesional, optimización de la atención a usuarios, organización de servicios e instituciones, monitoreo en el proceso terapéutico, monitoreo en el servicio, costo-efectividad, entre otros.

En relación con el problema de investigación es posible afirmar que el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional (CPTO) propuesto por Trujillo (1998), halló sustento en la exhaustiva revisión de literatura que diera lugar al Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Versión para Validación (CPTO - V). Esto permitió determinar la validez del contenido del CPTO y elaborar la versión complementada y actualizada

del código de procedimientos. Finalmente el juicio de expertos, que fortaleció el CPTO - V, permitió determinar la pertinencia del contenido de esta nueva propuesta. De esta manera, se resuelve el problema que dio origen a esta investigación y se consolida el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO - V). Evidenciada la evolución de este estudio y el juicio de expertos, que proporcionó contundente respaldo (basado en la medición de frecuencias) y lineamientos finales (correspondientes a la información cualitativa), puede afirmarse que el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO - V) establece una caracterización, basada en la evidencia, del quehacer del terapeuta ocupacional colombiano.

Finalmente, como resultado y principal conclusión de este proceso investigativo, se

presenta el Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO - V). A manera de síntesis, se expone en el Cuadro 3 el contenido del CPTO - V.

5.2. Recomendaciones

El Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO - V) es el consolidado que delimita las acciones específicas del quehacer de la terapia ocupacional. Al mismo tiempo, ante el principio de universalidad del CPTO - V, se hace necesaria la difusión y el análisis del mismo al interior de la comunidad de terapeutas ocupacionales colombianos, esto permitirá complementar y perfeccionar su contenido. Adicionalmente, por el grado de pertinencia determinado, es posible sugerir la aplicación del código en el ejercicio de los terapeutas en Colombia. En este sentido, es su

CAPITULO	CATEGORÍA	PROCEDIMIENTOS	PROCEDIMIENTOS DERIVADOS
1. Procedimientos de Contextualización	1.1. Única	1.1.01: hasta 1.1.03	Ninguno
	2.1. Según Amplitud/ Profundidad	2.1.01: hasta 2.1.07	Ninguno
2. Procedimientos de Evaluación	2.2. Según instrumento	2.2.01: hasta 2.2.08	Ninguno
	2.3. Según énfasis Ocupacional	2.3.01: hasta 2.3.08	Ninguno
	3.1. Según tipo de atención	3.1.01: hasta 3.1.06	Ninguno
3. Procedimientos de Tratamiento/ Intervención	3.2. Según medios terapéuticos empleados	3.2.01: hasta 3.2.05	3.2.04-1 hasta 3.2.04-4 3.2.05-1 hasta 3.2.05-7
	3.3. Según modalidades terapéuticas empleadas	3.3.01: hasta 3.3.06	Ninguno
	3.4. Según áreas del desempeño Ocupacional	3.4.01: hasta 3.4.03	3.4.01-1 hasta 3.4.01-14 3.4.02-1 hasta 3.4.02-11 3.4.03-1 hasta 3.4.02-5
	3.5. Según componentes del desempeño Ocupacional	3.5.01: hasta 3.5.04	3.5.01-1 hasta 3.5.01-19 3.5.02-1 hasta 3.5.02-17 3.5.03-1 hasta 3.5.03-14 3.5.04-1 hasta 3.5.04-4

Cuadro 3

Síntesis Código de Procedimientos de Terapia Ocupacional Validado (CPTO - V)

puesta en marcha lo que permitirá establecer si los planteamientos teóricos del CPTO – V corresponden a la realidad del ejercicio profesional del terapeuta ocupacional. Sin embargo, debe considerarse que la profesión cambia y se adapta ante las necesidades sociales, por tanto esta herramienta debe actualizarse y adaptarse periódicamente para garantizar su utilidad y aplicabilidad.

En el ámbito legislativo, el CPTO – V debe proyectarse como directriz de las nuevas normas y de la actualización de las existentes. Este documento facilita la identificación y caracterización de las acciones profesionales. Por esta razón, debe partirse de él para concertar las exigencias legales con el desempeño profesional y de este modo consolidar el CPTO – V como una herramienta que dé respaldo jurídico al ejercicio de los terapeutas ocupacionales colombianos.

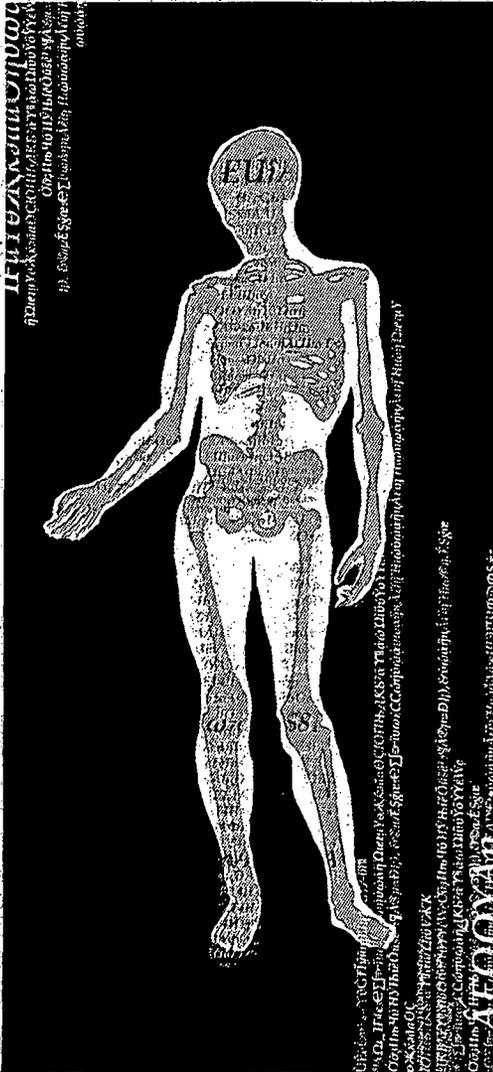
Entonces, en cuanto al ejercicio profesional, se propone emplear el CPTO – V en las diferentes áreas de competencia de la terapia ocupacional. Esta aplicación facilitará el registro y reporte de atributos propios del desempeño profesional. En este sentido, es posible estudiar aspectos tales como: procedimientos más empleados según diversos diagnósticos; tiempo de aplicación de los procedimientos empleados; procedimientos de mayor aplicación según área de intervención; nivel de efectividad de los procedimientos según diversas características (particularidades del servicio, población atendida, número de sesiones por usuario); entre otros. El análisis de este tipo de información dará origen a una caracterización objetiva del ejercicio de la terapia ocupacional. Dicha caracterización será un elemento útil para el reconocimiento social y el avance científico de la profesión.

Otro aspecto para destacar, es la necesidad de dar continuidad a la investigación con base en el CPTO – V. Para tal fin se recomienda, a partir de la caracterización del ejercicio profesional en cada una de sus áreas, orientar la exploración hacia temas como:

- Elaboración de guías y protocolos de atención: Construir esquemas de intervención como éstos da mayor relevancia al ejercicio profesional basado en la evidencia. Ello, indudablemente, se verá reflejado en múltiples beneficios dentro de los que podrían señalarse: mayor efectividad de la intervención, disminución de tiempos y costos de atención, organización de los servicios / instituciones, avance teórico, elaboración de esquemas que consideren las características poblacionales, entre otros.
- Recopilación y descripción de instrumentos de contextualización y evaluación: Considerando la importancia de estas fases, la recopilación de información detallada acerca de baterías, pruebas e instrumentos, facilitará la selección y manejo de los mismos.
- Técnicas de aplicación de procedimientos: La investigación en esta materia permitirá que las estrategias de desempeño profesional se delimiten, desarrollen y optimicen, favoreciendo el progreso en la ciencia de la terapia ocupacional.

Se sugiere, además, emplear el CPTO – V para enriquecer los aportes del terapeuta ocupacional en el planteamiento de herramientas de asistencia administrativa. Esta función cobra vital importancia en la prestación de servicios, a partir del régimen de seguridad social (Ley 100, 1993) y de la tendencia mundial hacia

“Construir esquemas de intervención da mayor relevancia al ejercicio profesional basado en la evidencia. Ello, indudablemente, se verá reflejado en múltiples beneficios”



*La profesión cambia
y se adapta ante las
necesidades sociales, por
tanto esta herramienta
debe actualizarse y
adaptarse periódicamente
para garantizar su
utilidad y aplicabilidad*

la cultura de calidad total. Por estos motivos el terapeuta ocupacional debe, de acuerdo a las exigencias sociopolíticas, proponer alternativas de gestión y gerencia para la prestación de sus servicios. Dentro de las que podrían derivarse del CPTO - V se mencionan: elaboración de manuales tarifarios, consolidación de sistemas de registro, manuales de procedimientos específicos para diferentes servicios de terapia ocupacional que contemplen como principio universal el CPTO - V, entre otros. Estos instrumentos permitirán emplear los recursos de manera adecuada y, a partir de ello, obtener los mayores beneficios.

referencias

- ¹ Trujillo, A. Terapia Ocupacional, conocimiento y práctica en Colombia. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2002. p. 211.
- ² Trujillo, A. Código de Procedimientos de Evaluación y Tratamiento de Terapia Ocupacional: Una Propuesta. Revista Ocupación Humana 1998 8; 1: 71-81.
- ³ Organización Mundial de la Salud (Ginebra). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): Informe de la conferencia Internacional. Décima Revisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989. p. 23-24.
- ⁴ Hopkins, HL, Smith HD, editores. Terapia Ocupacional. 8 edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 889.
- ⁵ Trujillo, A. Código de Procedimientos de Evaluación y Tratamiento de Terapia Ocupacional: Una Propuesta. Revista Ocupación Humana 1998 8; 1: 72.
- ⁶ Ministerio de Salud (Colombia). Resolución 00365: Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1999.
- ⁷ Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional. Propuesta de reforma de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud 1999.
- ⁸ Ministerio de Salud. Resolución 2333: Por la cual se adopta la Primera Actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (1° A - CUPS). Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
- ⁹ Trujillo, A. Código de Procedimientos de Evaluación y Tratamiento de Terapia Ocupacional: Una Propuesta. Revista Ocupación Humana 1998. p. 73.

Segundo Lugar
CATEGORÍA ESTUDIANTES

Perspectivas de Terapia Ocupacional frente al VIH/SIDA: Una Experiencia de VIHDA

Aida del Pilar Becerra Becerra¹
Maribel Moreno Sosa²

resumen

[summary]

Este escrito presenta los aportes generados a partir de la pasantía sistematizada de corte exploratorio cualitativo, dirigida a hombres y mujeres que viven con Vih/sida, beneficiarios del programa institucional Seguro Social - Clínica San Pedro Claver. Se describe la experiencia de diseño, ejecución y sistematización del programa/ pasantía VIHDA, a partir de lo cual se proponen alternativas de trabajo de terapia ocupacional con esta población.

Se reconoce como urgente un mayor posicionamiento de la profesión frente al Vih/sida, así como la necesidad de actuar de manera oportuna y transdisciplinaria en favor de esta población en aumento, y en pro de la prevención y control de esta realidad cuyo impacto trasciende de lo personal a lo social y de lo local a lo global.

Se desarrollan cinco puntos: 1. Presentación de los fundamentos de investigación 2. Antecedentes 3. Planteamiento de aproximaciones teóricas 4. Descripción del desarrollo metodológico y 5. Conclusiones y recomendaciones.

This setter presents the generated contributions from a systematized pasantia with qualitative and explorative orientation, lead to men and women who live with hiv/aids, who are beneficiary of the Seguro Social and Clinical San Pedro Claver institutional program. We describe the experience in the design, execution and systematization of the program / pasantia VIHDA, from which we purpose alternatives of work for the occupational therapy on this population.

It's recognized as urgent a more professional position before the HIV/AIDS, together with the need to act in a opportune and interdisciplinary way in favour of this growing population, as also for the prevention and control of the condition the world, which have wide effect from both personal to social, and from local to global situations.

We develop five points: 1. Foundations of research, 2. Antecedent, 3. Planning some theoretical approximations, 4. Description of the methodological development and 5. Conclusions and recommendations.



“Cada forma de vida está marcada no sólo por el ajuste al medio ambiente, sino por la rebelión contra ese ambiente: es a la vez criatura y creador; a la vez víctima de la fortuna y dueño del destino.”

Patrick Geddes

1 • Presentación de los fundamentos de la Investigación

Veintiún años después de la notificación de la primera prueba clínica del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida), más de 60 millones de personas se han infectado por el Vih y el Sida ha pasado a ser la cuarta causa de mortalidad en el mundo (1). Se estima que para el final del 2003 en todo el planeta habrá 46 millones de personas viviendo con Vih. En Colombia se encuentran 40.072 casos reportados de personas viven con esta condición de salud. (2)

Este panorama y los datos en aumento reportados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) permiten deducir el avance vertiginoso y el fuerte impacto sobre la sociedad contemporánea. Se ha identificado la propagación del Vih/sida como un “peligro” cuyas consecuencias inciden sobre el bienestar, progreso y estabilidad social y económica de las naciones. La consulta a especialistas, frecuentes hospitalizaciones, medicamentos de alto costo, tratamientos prolongados, toma de exámenes especializados y pensiones por invalidez, son algunos de los procedimientos de alto costo requeridos por estas personas.

Pero las implicaciones van más allá del manejo de lo biológico o individual que en fases crónicas o agudas se pueda hacer. Se permean

diversas dimensiones a partir de las cuales se establecen nuevas demandas/expresiones a nivel afectivo, laboral, escolar y recreativo, requiriendo establecer redes de apoyo familiar, social e institucional.

Es ante estas condiciones, que se propone vislumbrar el vivir con Vih/Sida desde una perspectiva humanista, participativa e inclusiva, con la cual se trasciendan las actitudes que se oponen a la realización humana, como lo son reacciones de temor al otro por ser identificado como portador, el señalamiento profesional/ familiar, la negación de si mismos y de la condición de salud, la pérdida de sentido de vida.

La conjunción de estas situaciones, hace que el desempeño ocupacional como expresión del quehacer humano, sufra grandes cambios que es importante conocer y comprender, razón por la cual se planteo como eje de investigación el siguiente problema: ¿Cuáles son los aportes y saberes teóricos y prácticos que se generan a partir de la sistematización del programa VIHDA?

Para dar respuesta a este cuestionamiento y frente a la necesidad de ahondar en las im-

¹ Terapeuta Ocupacional, Universidad Nacional de Colombia. Postulante Maestría Discapacidad e Inclusión Social de la Universidad Nacional de Colombia. pilihada@lycos.com

² Terapeuta Ocupacional, Universidad Nacional de Colombia. CIDIE. demi68@hotmail.com

PALABRAS CLAVE

Vih/sida; enfermedad crónica, psicosocial, desempeño ocupacional.

plicaciones en el desempeño ocupacional de quienes viven con VIH/sida, se diseñó y puso en marcha el programa VIHDA, orientado por los siguientes objetivos:

- Presentar el panorama internacional y nacional en la atención de personas que viven con VIH/SIDA
- Desarrollar una aproximación teórica en cuanto a las implicaciones individuales y colectivas del VIH/SIDA
- Diseñar un programa de terapia ocupacional para personas que viven con VIH/SIDA
- Diseñar un instrumento para la valoración del Desempeño Ocupacional Realizante.
- Ejecutar un programa de terapia ocupacional para personas que viven con VIH/SIDA.

2. Panorama internacional y nacional en la atención de personas que viven con VIH/SIDA

La participación de terapia ocupacional en programas de atención a personas con VIH/SIDA ha tenido diferentes visiones, enmarcadas permanentemente en los fundamentos filosóficos de la profesión que sustentan la intervención en la promoción del bienestar y prevención de alteración en el quehacer ocupacional de la persona que recibe su servicio. Partiendo de este supuesto tienen origen diversos programas, en los cuales la ocupación ha sido un medio eficaz para promover una vida más óptima.

Entre ellos se encuentran los realizados por Kent (citado en 3), Murphy (4) y las postulaciones teóricas realizadas por Caicedo (5), Galvis y Veloza (3) y Díaz y cols (6) entre otros. Sin embargo hasta la fecha en Colombia las aproximaciones teóricas o experiencias desde terapia ocupacional con un enfoque humanista en la atención de las personas que viven con VIH/SIDA son mínimas, lo cual pone en evidencia la necesidad y urgencia de incursionar en la atención, producción de conocimiento y elaboración de estrategias que

ratifiquen el valor de cada persona como ser individual y a la vez social, único e integral, importante para sí mismo y para quienes le acompañan. Así mismo posicionarse con una con una identidad ética y clara en su quehacer frente a otros miembros de los equipos de salud.

3. Aproximaciones Teóricas

Con el fin de proporcionar herramientas teóricas que permitan abordar desde la perspectiva integral la atención a personas que viven con VIH/sida se presentan a continuación los lineamientos orientadores de este trabajo de grado que toman elementos de las ciencias humanas y de una aproximación teórica de terapia ocupacional: el modelo Desempeño Ocupacional Realizante³. Con lo anterior se pretende, según lo menciona Trujillo (8), propiciar espacios de discernimiento que pongan a prueba la producción teórica realizada para identificar las competencias que hacen pertinente el actuar de los y las terapeutas ocupacionales frente a esta población.

3.1. Modelo Desempeño Ocupacional Realizante⁴:

El modelo Desempeño Ocupacional Realizante se plantea desde una visión humanista⁵, en la cual el ser humano está impulsado por una tendencia hacia la autorrealización, por medio de la ocupación, siendo una construcción individual y progresiva de experiencias de autocuidado, juego y trabajo que la persona aprecia y colma de significado para sí, pero que así mismo requiere esfuerzo y perseverancia (10). Este modelo da como valor agregado

³ El Modelo de Desempeño Ocupacional Realizante es una propuesta a nivel conceptual (estando relacionado principalmente con las ideas, el pensamiento abstracto y los fundamentos teóricos (7) desarrollado por docentes de la Universidad Nacional de Colombia, para entender el desempeño humano a través de la ocupación.

⁴ Última versión desarrollada por Méndez, Pérez, Trujillo y Zapata. 2001.(9)

⁵ En la actualidad, el término humanismo se utiliza para indicar toda tendencia del pensamiento que afirme la centralidad, el valor, la dignidad del ser humano, o que muestre una preocupación o interés primario por la vida y la posición del ser humano en el mundo (6).



Figura 1. Modelo Desempeño Ocupacional Realizante

Tomado de Grupo Ocupación Humana, Documento en construcción. 2001. (9)

la concepción de un valor noético exclusivo al ser humano, complementando así perspectivas anteriormente manejadas en terapia ocupacional.

A partir de la integración dinámica de tres dimensiones (ver figura 1): las cualidades humanas, las demandas ocupacionales y el contexto físico, temporal y sociocultural que intervienen en las experiencias ocupacionales, se construyen los postulados de este modelo.

Con base en estos postulados y de acuerdo con la experiencia en el programa VIHDA se identificaron algunas implicaciones sobre el desempeño ocupacional, ya que el vivir con VIH/SIDA suscita múltiples factores que afectan de forma transversal las cualidades humanas, el desempeño en las demandas ocupacionales y la promoción en los propósitos de autonomía, socialización, productividad y realización.

En las personas que viven con VIH/SIDA la alteración en el desempeño está dado por las condiciones previas de salud⁶, los cambios consecuentes a la infección en las cualidades físicas, mentales, espirituales y sociales, y los generados por el contexto según creencias, costumbres y normas; limitando el grado de

satisfacción que producen las ejecuciones y la capacidad de recibir gratificación por personas o situaciones que antes del diagnóstico eran importantes y trascendentales.

La presencia de infecciones oportunistas, el cambio de hábitos necesarios para seguir el tratamiento antiretroviral, la carga emocional al conocer el diagnóstico, el cuestionamiento espiritual al considerar la justicia o injusticia de este, la posible afección a nivel mental al conjugarse factores previos (antecedentes psiquiátricos), actuales (manejo del diagnóstico) y futuros (desarrollo de demencias consecuentes al diagnóstico) y la restricción de sus capacidades sociales al tener que enfrentar el ser portador del virus, coactan la tendencia hacia la realización y afectan no solamente la ejecución satisfactoria de las demandas de automantenimiento, trabajo/estudio/hogar y juego/esparcimiento, sino además valores y conceptos sobre si mismo al sentir que no res-

⁶ Teniendo en cuenta, como lo menciona la OMS, que salud es el bienestar físico, mental y espiritual, y no solamente la ausencia de enfermedad.

⁷ Los comportamientos asumidos pueden manifestarse en la tendencia a replegarse sobre si mismos para eludir la dificultad que supone la interacción con el contexto social en que están inmersos, fomentando el deterioro, ruptura y baja calidad en los vínculos afectivos.

ponde a las exigencias planteadas por el medio, disminuyendo la calidad y sentido de las acciones.

Es necesario aclarar que estas situaciones no solamente son vividas por la persona portadora, sino que se hacen extensivas al interior del grupo social inmediato: quienes conviven con estas personas cumpliendo con roles de padres, pareja, hijos o amigos, compartiendo particularidades y dificultades propias del diagnóstico (deterioro y dependencia física y mental, estigma y rechazo social); y adoptando comportamientos ante los sentimientos de pérdida⁷, desconcierto, culpa, miedo, desesperanza, soledad, inutilidad y reproche que se generan al conocer el diagnóstico y contribuyen a agudizar los signos y síntomas de la enfermedad.

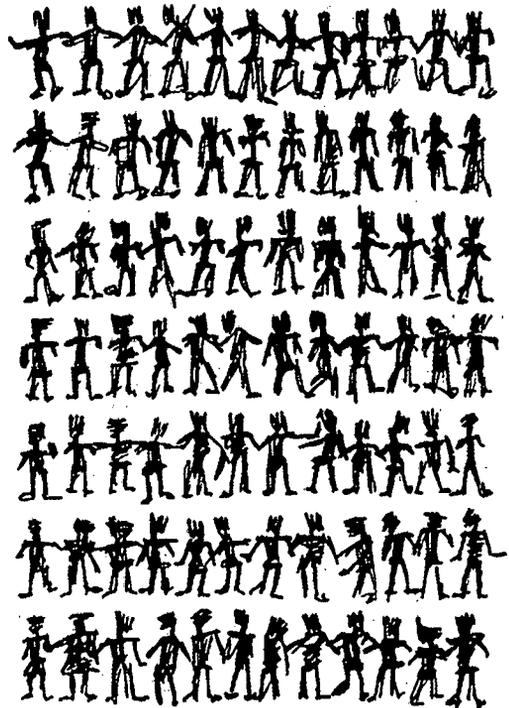
Sin embargo el vivir con VIH/SIDA puede brindar una mayor plenitud en el diario vivir cuando la persona ha elaborado su proceso de duelo y acepta su condición de salud sin culpas ni reproches, se sobrepone a las crisis y supera, en algunos casos⁸, los pronósticos médicos en cuanto a cantidad de días de vida; con lo anterior se confirman los enunciados de Frankl y del modelo Desempeño Ocupacional Realizante en cuanto a que la tendencia realizante de los seres humanos, según diversas variables, se potencializa o se detiene ante situaciones adversas o límite.

3.2. Una mirada desde las Ciencias Humanas para el análisis Social

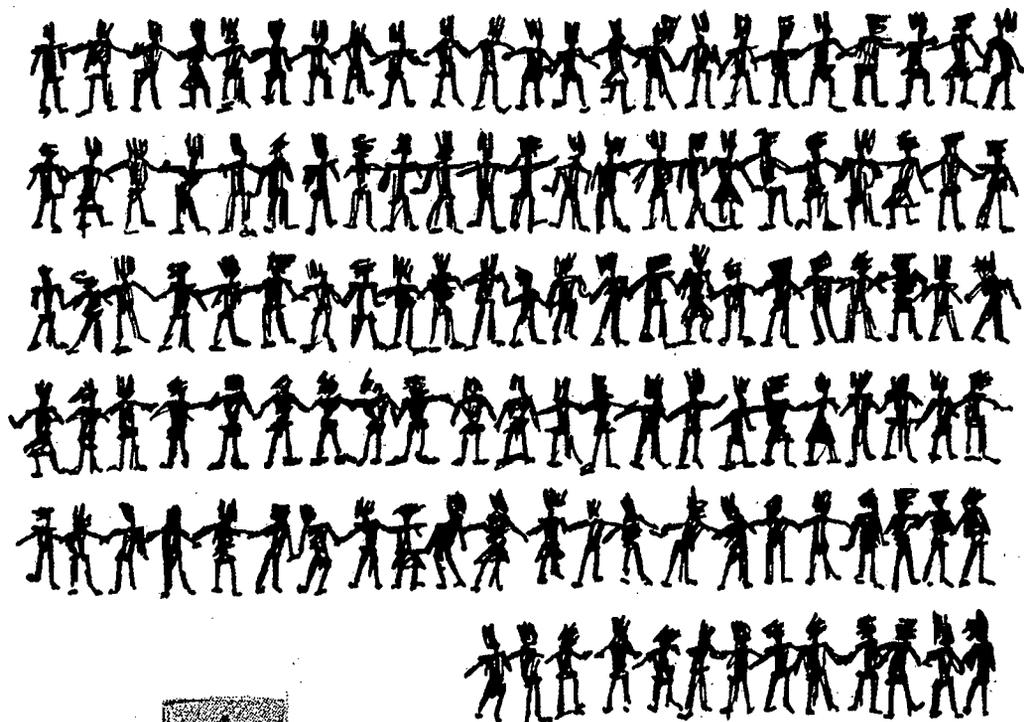
El VIH/SIDA es una enfermedad que más que destruir físicamente a la persona, altera aspectos no tangibles del ser humano, como son sus afectos, creencias, emociones y deseos. Dicha alteración está directamente relacionada con el origen asignado a la enfermedad, ocasionando la pérdida o disminución en valores

⁸ Según FRANKL el ser humano tiene la capacidad de encontrar un significado y un sentido a su existencia en cualquier circunstancia de la vida, aun en los momentos más absurdos y dolorosos (11).

⁷ Desafortunadamente esto no corresponde con el enfoque de las campañas de prevención del VIH/SIDA que se han desarrollado en América Latina, las cuales se han dirigido, en su mayoría a la utilización del condón, más que a la estabilidad de pareja, los valores y afectos, lo cual hace que "sean insuficientes o estén en contra de sus objetivos".



El vivir con VIH/SIDA suscita múltiples factores que afectan de forma trasversal las cualidades humanas, el desempeño en las demandas ocupacionales y la promoción en los propósitos de autonomía, socialización, productividad y realización.



fundamentales para la convivencia; como lo son la confianza, el respeto, la honestidad y el afecto⁹.

Los valores sociales asociados al Vih/sida van ligadas a otras categorías culturalmente cuestionadas: el género (masculino femenino), la orientación sexual (homosexual, bisexual, heterosexual), la clase social, la procedencia, el grupo étnico y el estilo de vida. La conjunción de estas variables permiten entender al Vih/Sida como una "epidemia democrática", que afecta en proporciones tan distintas como distintos son los niños y niñas, hombres y mujeres, que viven con el virus; siendo la ética y el respeto uno de los apoyos más efectivos para la disminución del impacto de la vulnerabilidad generada por el impacto del personal y social que connota esta situación.

La conjunción y presencia de las categorías mencionadas en relación con el VIH/SIDA pueden, en resumen: impedir el acceso a los servicios de salud, propiciar situaciones y conductas de riesgo al contagio como la migración y el desplazamiento, o disminuir la accesibilidad a oportunidades laborales, a programas de información para la promoción de la salud y prevención de la propagación del virus. Lo anterior tiene serias implicaciones en la calidad de vida, en el disfrute en la cotidianidad, en propiciar mayor vulnerabilidad y en afectar la tendencia a la realización de las personas que viven con Vih/Sida.

4. Desarrollo Metodológico

Para responder al problema de investigación y desarrollar los objetivos, presentados en la primera parte de este texto, la realización del programa VIHDA, contó con tres momentos metodológicos: la planeación, ejecución y resultados, los cuales se describen en este aparte.

4.1 Planeación

A partir del diseño inicial, se presentó el proyecto del programa VIHDA a el gerente de clínica San Pedro Claver y la coordinadora del programa de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA del Seguro Social, en el cual se desarrollo la pasantía, a partir de las cuales se hicieron ajustes de tipo metodológico (forma de acceder a la población y distribución horaria)

De acuerdo al objetivo central del programa, promover el desempeño ocupacional realizante en las personas con VIH/SIDA vinculadas programa VIHDA, se trazaron objetivos específicos acordes con los propósitos ocupacionales y el contexto, como se describe a continuación.

Autonomía

- Favorecer habilidades para automantenimiento físico, mental, social y espiritual.
- Fomentar desarrollo de actividades de acuerdo a las propias capacidades.
- Brindar estrategias que orienten la toma de decisiones.

Socialización

- Favorecer participación en actividades de tipo grupal.

- Desarrollar habilidades de comunicación asertiva.

Productividad

- Optimizar sentido de utilidad en las propias acciones.
- Orientar en la re-estructuración de rutinas
- Propiciar desarrollo de habilidades productivas.
- Desarrollar habilidades para la utilización significativa del tiempo.

Realización

- Favorecer búsqueda de sentido de vida.
- Orientar habilidades hacia la satisfacción y el disfrute de la vida.

Contexto

- Promover interacción con el contexto familiar para el desarrollo o mantenimiento de sus propósitos realizantes.
- Apoyar al acudiente en el proceso de aceptación y acompañamiento.

De acuerdo a estos objetivos y a la definición conjunta de criterios de inclusión y exclusión por parte de l@s profesionales del programa del Seguro Social y las pasantes, se inició el proceso de captación de la población. Cuadro 1.

VARIABLE	PROYECTO INICIAL	PROGRAMA VIHDA
Duración Total	1 Semana	5 Semanas
Revisión de historias clínicas	Revisión aleatoria hasta captar 20 usuarios	Revisión minuciosa 3 grupos de formulación durante 5 semanas
	Total estimado: 120 Historias Clínicas	Total logrado: 500 Historias clínicas revisadas
Volumen de captación	Total estimado: 40 personas entre los 18 y 45 años, 10 de las cuales serían remitidas por el equipo interdisciplinario	Total logrado: 15 personas entre los 26 y 49 años, 4 de los cuales fueron remitidos por los profesionales
Estrategias de captación	Revisión de Historias Clínicas Remisión Profesional	Revisión de Historias clínicas Remisión Profesional Plegables Invitación en cartelera Comunicación verbal

Cuadro 1. Resultados y Adaptaciones en el proceso de captación del programa VIHDA

Género	Femenino: 1 - Masculino: 14
Orientación sexual	(HSH): 10 - Bisexual: 2 - Heterosexual: 2
Estado Civil	Soltero: 2 - Unión libre: 2 - Viudez: 1
Grupo etáreo	Entre los 26 y los 49 años
Procedencia	Rural: 7 - Urbana: 8
Nivel de estudios	Universitario: 6 - Técnico: 2 - Básica Primaria/Secundaria: 5
Estado laboral	Activo: 5 - Cesante: 5 - Pensionado (en proceso): 5

Cuadro 2. Ficha técnica: Grupo participante programa VIHDA

4.1.1. Valoración de la población

Una vez finalizado dicho proceso y firmado el consentimiento informado por parte de las personas vinculadas VIHDA, se inició el proceso de la valoración de la población. Ante la necesidad de una estructura evaluativa coherente con los aportes y la población objeto, se diseñó, sometió a juicio de expertos y a prueba piloto un instrumento para la valoración del desempeño ocupacional realizante, que incluye un manual, un formato de valoración cualitativa y un formato de valoración cualitativa denominado perfil del desempeño ocupacional, los cuales pueden ser consultados en el trabajo original.

El grupo valorado estuvo conformado por 15 personas, de las cuales presentamos los datos característicos en el Cuadro 2.

Teniendo en cuenta las respuestas dadas en el formato de Valoración del Desempeño Ocupacional y el registro de esta información en el Perfil se identificaron como puntos de intervención prioritaria el propósito de Productividad y la variable de Contexto. Este último fue el de más baja calificación al resaltar el bajo apoyo que los usuarios perciben del contexto a nivel social.

En el propósito de productividad se identificaron como aspectos deficientes que, en la mayoría de los casos, las actividades significativas en las cuales las personas se consideraban buenas no eran realizadas en la actualidad, y que la sensación de desaprovechamiento del tiempo se daba por no tener actividades gratificantes en las cuales ocuparse.

El total de personas que integran el grupo

son independientes en las actividades de automantenimiento (cuidado personal, higiene, toma de medicamentos, asistencia médica). Dichas actividades tienen la mayor dedicación por parte del grupo, seguidas en menor proporción por actividades de ocio, el acompañamiento de las personas cercanas y el ejercicio de alguna ocupación remunerada. Se identificaron sentimientos de inconformidad frente a utilización del tiempo, distribución de actividades a lo largo del día, monotonía frente al diario vivir, limitación para la iniciación de nuevas ocupaciones, planteándose como alternativa el entablar nuevas relaciones interpersonales para realizar diversas actividades y disminuir la sensación de soledad. La mayoría de personas activas laboralmente consideraron sus roles laborales actuales no les posibilitan el desarrollo de capacidades ni la aprensión de nuevas habilidades; en el resto, la dificultad para conseguir empleo, la exigencia de certificados de salud por los contratantes, la toma de medicamentos, el temor a enfermarse, entre otros, inciden en la no realización de actividades gratificantes y económicamente útiles que les permitían aportar en su contexto familiar y les brinden sentido de utilidad social.

Los propósitos de realización y socialización se presentaron como variables que requieren intervención para su fortalecimiento, al ser un reflejo de las limitantes presentadas en el proceso de productividad y en la variable de contexto. El interactuar y ayudar a otros dan un gran valor a las experiencias de vida de estas personas. El sentirse solos o tristes

puede se identifica como una causa y también como una consecuencia del aislamiento, la agresividad, le negación y el rechazo tanto de desde y hacia ellos mismos y las personas que les rodean. En la toma de decisiones influyen de manera importante varios aspectos como el dinero, la negación o expresión de su diagnóstico y la opinión y apoyo dado por las personas. La conjugación de estos factores incide en la baja sensación de autonomía de sus actos y se expresa en situaciones percibidas como ajenas del propio control imposibles de manejar.

4.2 Ejecución del Programa

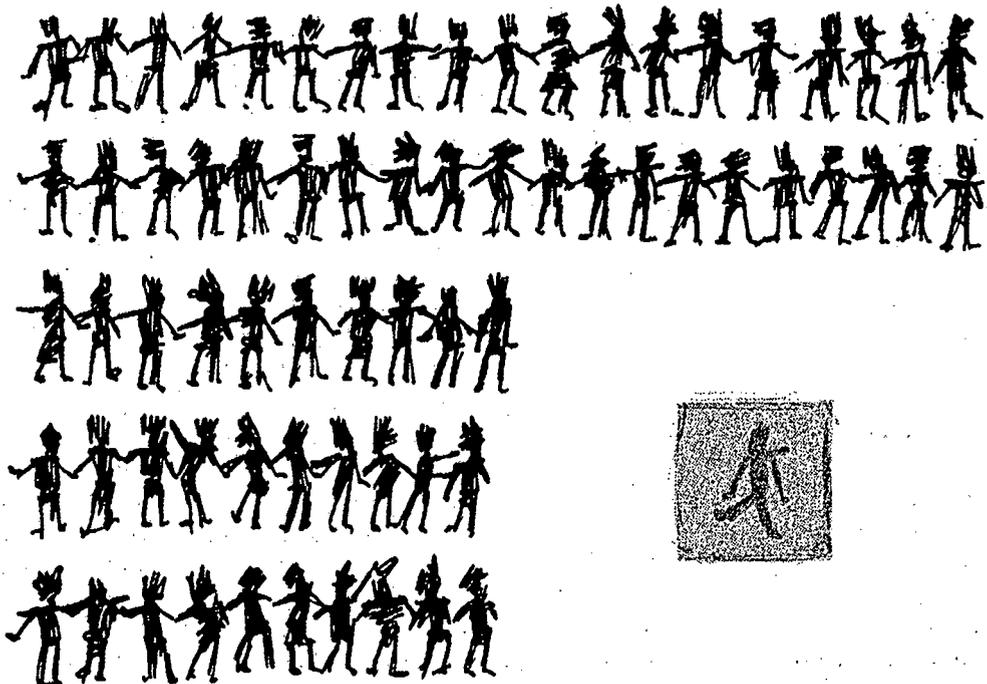
Posterior a la Planeación, se puso en marcha el programa VIHDA. Se hicieron los ajustes previstos sobre el proyecto inicial en respuesta a las prioridades de intervención, disponibilidad horaria de los participantes, recursos disponibles y a las necesidades, capacidades, gustos e intereses identificados en la valoración del Desempeño Ocupacional Realizante.

Con el fin de aumentar la cobertura e impacto del programa VIHDA y para implementar acordemente las estrategias de intervención propuestas se enfoco en el desarrollo de atención directa e indirecta.

4.2.1 Atención directa

Se orientó a la facilitación de expresión de capacidades y necesidades, lo cual favoreció el inicio de un proceso de empoderamiento frente al automantenimiento físico, emocional, espiritual e intelectual al tiempo que interactúa y se confronta con personas que comparten su misma condición de salud. Las acciones desarrolladas fueron las siguientes.

- Acompañamiento Terapéutico Individual: fue un medio de comunicación personalizada y confidencial que permitió establecer una relación terapéutica empática, identificar participativamente estrategias de manejo o prevención de factores de riesgo en el desempeño ocupacional. Para el desarrollo de este acompañamiento se tuvieron en cuenta los aspectos prioritarios identificados en la valoración y las expectativas de la persona, principalmente. Los motivos de consulta, en términos de fueron la pérdida del rol laboral- familiar- de pareja, limitaciones en la distribución del tiempo libre y hábitos y rutinas y bajo autoconcepto, entre otras.



- Talleres de Socioproduktividad (velas y papel artesanal). Se eligieron teniendo en cuenta los riesgos, alternativas y demandas ocupacionales, el manejo terapéutico que permite y el costo de su implementación. Dada la dificultad del programa del Seguro Social para la consecución oportuna de recursos, no fue posible llevar a cabo el taller de Velas Artesanales.

Se llevaron a cabo talleres de elaboración de Elaboración y Productos de Papel (papel artesanal), que permitieron el reconocimiento y desarrollo de habilidades y destrezas, la toma de decisiones colectiva, la participación activa, y el trabajo cooperativo con resultados gratificantes para los participantes. Se orientó a los participantes en técnicas de ahorro de energía y simplificaciones de trabajo (aplicables y necesarias en los momentos de exacerbación de síntomas) higiene postural y organización del puesto de trabajo. El interés manifiesto por la participación, estuvo dado principalmente por el aprendizaje de una técnica y desarrollo de nuevas habilidades, y el sentido de gratificación y utilidad (económica en algunos casos) otorgado al producto terminado. Se identificó que este tipo de talleres que involucran la actividad con significado y a la vez un producto tangible, tuvieron mayor número de participantes frente a los talleres de autonomía y realización (que se explican a continuación); es posible que esta está dada por la utilidad práctica/ remunerada que representa el producto terminado.

- Talleres de Autonomía y Realización: La temática de estos talleres se estructuró de acuerdo a las prioridades de intervención identificadas en la valoración. Estas actividades permitieron a los participantes confrontar(se), expresar(se), escuchar(se) y retroalimentar(se) a partir de las propias vivencias, compartiendo sus historias, sentires, alegrías y dolores del diario vivir. Las estrategias utilizadas para el desarrollo de estas activi-

dades estuvieron orientadas a que en la búsqueda del sentido gratificante en el desempeño ocupacional se incluya como determinantes el (re)conocimiento personal, la autoconciencia corporal, la elaboración de procesos de duelo, la estructuración de hábitos y rutinas saludables, la utilización productiva del tiempo libre y el sentido de vida. Las metodologías y estrategias se apoyaron en la utilización de plegables referentes a los temas a tratar, y que permitían a la vez retroalimentar sobre las experiencias vividas en los talleres.

En el desarrollo de las actividades un factor común fue la baja asistencia, pese a los diversos medios utilizados para contrarrestarla. Presumiblemente una de las causas es que el asistir a grupos terapéuticos está erróneamente relacionado a enfermedad, discapacidad o necesidad de ayuda, lo cual requiere el reconocimiento y aceptación de las diferentes implicaciones del diagnóstico, no siendo evidente en las primeras fases de la enfermedad al encontrarse asintomática. El plantear la necesidad de colaboración y/o ayuda profesional, o el proyectar la discapacidad de otros usuarios en sí mismos, confronta a la persona y hace inminente el temor a los cambios funcionales que se pueden generar en el futuro, siendo la no asistencia a la institución o a grupos de apoyo una forma de negación a la situación de salud vivida.

Así mismo, durante el desarrollo de los talleres, fue evidente el temor al cambio o modificación en la estructura de la cotidianidad, que en la mayoría se encontraba bajo rutinas rígidas, al planteamiento de nuevas metas y desarrollo actividades. Dichas actitudes, se justificaban por la disminución en la motivación de vivir, en la confrontación con su propia mortalidad, en el temor al rechazo y prevención al establecer nuevos vínculos sociales con personas que comparten el diagnóstico, la negación a exponerse al fracaso, juzgamiento y censura por los demás participantes de los talleres. Las anteriores razones limitan la sensación de satisfacción y gratificación que

se pueden experimentar en los procesos realizantes y en el desarrollo de sus cualidades humanas, pero que representaba seguridad ante lo ya conocido.

La dinámica grupal permitió favorecer los propósitos de socialización entre los participantes en cuanto se posibilitó la toma de decisiones conjunta dando soluciones efectivas y pertinentes a las situaciones planteadas en las actividades. Así mismo se percibieron actitudes de solidaridad, compañerismo y apoyo intragrupal posibilitaba gratificación e interacción satisfactoria.

El desarrollo de las actividades permitió un crecimiento recíproco en la dinámica interna (terapeutas-usuarios), y la retroalimentación de experiencias. Este factor fue favorecido por la orientación humanista e integradora de lo individual con las colectividades dado por la aproximación teórica realizada.

4.2.2 Atención Indirecta

Este tipo de atención dirigida a la pareja, familiar o amigo de la persona asistente al programa VIHDA, tuvo como finalidad promover el codesarrollo de metas terapéuticas y potencializar el desempeño ocupacional dentro del escenario social primario. Aunque se hizo citación vía telefónica, en cartelera y personal a los asistentes a los talleres y formulaciones, no se obtuvo respuesta de las personas convocadas a este servicio. Esto evidencia que el impacto a nivel del núcleo social de la persona que vive con Vih/Sida es también significativo y que refleja la negación de la condición de salud de su familiar, el anonimato, el reproche o el desconocimiento de ésta.

Por tanto, el espacio destinado para el trabajo indirecto, los participantes de VIHDA identificaron y proyectaron la utilidad y necesidad de la articulación de redes de apoyo a nivel familiar-social e institucional, identificando grupos de autoapoyo, programas y servicios estatales y no estatales, entre otros. Al realizar esta actividad se evidenciaron vínculos disfuncionales e inexistentes, que en algunos casos obedecían al temor al estigma social, al aislamiento y pocos puntos de apoyo en las redes realizadas, ante lo cual las terapeutas brin-

Las estrategias utilizadas para el desarrollo de estas actividades estuvieron orientadas a que en la búsqueda del sentido gratificante en el desempeño ocupacional se incluya como determinantes el (re)conocimiento personal, la autoconciencia corporal, la elaboración de procesos de duelo, la estructuración de hábitos y rutinas saludables, la utilización productiva del tiempo libre y el sentido de vida

daron opciones de vinculación a programas que favorezcan el desarrollo de los propósitos realizantes.

4.2.3. Historias de vida

A partir de las experiencias de VHIDA originadas por la interacción con las personas asistentes al programa, se presentan en el trabajo original 3 historias de Vida, que plasman la cotidianidad del vivir con Vih/Sida y como las categorías sociales, mencionadas con anterioridad, marcan pautas importantes dentro del desempeño ocupacional. Se describe paralelamente el análisis desde terapia ocupacional en cuanto a la conjunción o compensación entre implicaciones físicas, mentales, sociales y espirituales y sus propósitos tendientes hacia la realización y teniendo en cuenta la relación única e individual establecida con su entorno social y familiar, y en últimas, frente a sí mismas.

Con esta reconstrucción, se pretende, acercar al lector a la realidad multifacético del Vih/Sida y contribuir al cambio positivo en la concepción, principalmente en la actitud entre seres humanos; y quizás descubrir nuevas significancias del virus no solo en cuanto a lo trágico, lo devastador y lo infeccioso, que bastante difusión ha tenido ya en la sociedad, sino también lo positivo, lo espiritual, lo constructivo, el renacer y el reconocer en el vivir o convivir con el VIH/SIDA "Valores e Ilusiones que Humanizan"

¹⁰ Parafraseando a Juan Carlos Riascos en entrevista televisada a propósito de su libro "En el laberinto de la esperanza"

5. Conclusiones y Recomendaciones

El diseño, ejecución y posterior sistematización del Programa VIHDA, permitieron a las autoras identificar diversas variables útiles en el desarrollo de una pasantía dirigida a personas que viven con VIH/SIDA. Con el presente escrito se espera contribuir al enriquecimiento de la perspectivas de terapia ocupacional frente al VIH/SIDA y promover nuevos planteamientos que apoyen las acciones académicas e institucionales desarrolladas en Colombia.

- Se sugiere a las personas o instituciones interesadas en el abordaje del VIH/SIDA, considerar la importancia de desarrollar o adaptar las estrategias planteadas por el programa VIHDA. Se espera el aporte teórico y práctico que se registra en el presente escrito, sea replicable en cuanto al desarrollo de las estrategias de valoración e intervención; a la utilización del instrumento para la Valoración del Desempeño Ocupacional Realizante; a las contribuciones al modelo Desempeño Ocupacional Realizante y a la propuesta para el abordaje de personas que viven con VIH/SIDA.
- La dificultad e impacto que representa para la sociedad el convivir con el VIH/SIDA y las implicaciones en cuanto al estigma social que se tejen al respecto, fueron puestas en evidencia con las respuestas obtenidas en el proceso de Valoración y con la no asistencia de acudientes a las actividades programadas para la atención indirecta. Se recomienda a quienes trabajan a favor de las personas que viven con VIH/SIDA, consideren la necesidad de involucrar en el tratamiento a personas que conviven con VIH/SIDA como apoyo para el mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida individual y colectivo. Así mismo se sugiere que terapia ocupacional y las demás disciplinas involucradas en la atención de esta población, desarrollen estrategias de intervención transdisciplinaria (en clínica o domicilio) para las personas que se encuentran en fase de exacerbación de síntomas y por tanto tienen limitado el desplazamiento y acceso a este tipo de programas.
- Con referencia al perfil del terapeuta ocupacional, a partir de la experiencia en el programa VIHDA se evidenció la necesidad del trabajo del terapeuta ocupacional. Es preciso complementar estos saberes con un perfil personal que permita al terapeuta actuar como un medio facilitador del desempeño ocupacional realizante. Se sugiere a los terapeutas ocupacionales en formación

dar continuidad a este tipo de experiencias prácticas, y a los profesionales valorar y adaptar las estrategias aquí presentes, para la intervención para la valoración e intervención de esta población. Así mismo se recomienda el trabajo Inter y transdisciplinario para con esta población. Sobre el desarrollo de la investigación de corte cualitativo bajo modalidad pasantía, se puede recomendar como de gran utilidad la estrategia investigativa de sistematización para presentar y analizar resultados a nivel conceptual, metodológico y personal, y contribuir al conocimiento más allá de la presentación de un informe final exclusivamente. La sistematización permitió reconstruir, comprender y transformar las experiencias y conocimientos generados a partir del desarrollo del programa VIHDA, siguiendo una articulación dialéctica de teoría - práctica - teoría. Para las autoras dicha opción investigativa representó un aporte significativo, en cuanto permitió evidenciar al cumplimiento de los objetivos propuestos en el proyecto y de las expectativas personales y académicas de la pasantía.

referencias

- ¹ ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Revisado en Pág. Web: www.onusida.org.com, 2003.
- ² Beltrán Manuel y cols. "V. Estudio Gintinela Nacional de Vigilancia de Infección por VIH-1 Colombia" en Informe Epidemiológico Quincenal Nacional. Vol. 5 N° 23 y 24. 200. Págs. 355- 375 y 371- 379.
- ³ Galvis, Angie & Veloza, Adriana. Programa de Terapia Ocupacional para personas con VIH/SIDA. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina Carrera de Terapia Ocupacional. 1999.
- ⁴ Murphy, Nancy y cols. "The Village AIDS/HIV treatment program: a model of interdisciplinary and interdependent care" en American Journal of Occupational Therapy. Vol. 53 N° 6, 1999. Págs. 561-565.
- ⁵ Caicedo, Bibiana y cols. Intervención de Terapia Ocupacional sobre los efectos psicosociales ante la respuesta en pacientes con VIH. Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Carrera de Terapia Ocupacional. 1996.
- ⁶ Díaz, Magda y cols. Terapia Ocupacional para personas con enfermedad incurable: una visión desde la logoterapia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Carrera de Terapia Ocupacional. 2001.
- ⁷ Trujillo, Alicia y cols. "Diseño de modelos en Terapia Ocupacional" en Terapia Ocupacional y Universidad. Universidad Nacional de Colombia. 1994. Págs. 91 - 98.
- ⁸ "Modelo Desempeño ocupacional y realización humana: su origen y alcances" en Terapia ocupacional y universidad. Universidad Nacional de Colombia. 1994. Págs. 99 - 114.
- ⁹ Grupo Ocupación y Realización Humana. Definición conceptual de los componentes del modelo Desempeño Ocupacional Realizante. Documento en construcción. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Terapias. Unidad de la Ocupación Humana. Abril, 2001.
- ¹⁰ Trujillo, Alicia. "Desempeño Ocupacional Realizante: un modelo sobre los propósitos de la Terapia Ocupacional" en Revista Ocupación Humana Vol. 6 N.2, 1995. Pág. 12.
- ¹¹ Frankl, Victor. Psicoterapia y humanismo: ¿tiene un sentido la Vida?. Fondo de Cultura Económica. México. 1978. Pág. 37.

El desempeño Ocupacional de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Tulía María Zuluaga de Garavito¹

resumen

[summary]

Se presenta una revisión del déficit de atención y el desempeño ocupacional en la infancia, con una reflexión en la que se plantea cómo las dificultades en las funciones ejecutivas interfieren en este desempeño diario, que representa un verdadero reto para los niños y jóvenes con déficit de atención, y los lleva a situaciones de estrés. Se hace un paralelo con el modelo de ocupación humana planteado por Gary Kielhofner, enriquecido con estudio y experiencias como integrante permanente del seminario investigativo sobre temas relacionados con Terapia Ocupacional en pediatría, con Olga Susana Mejía y Pilar Páez. Basadas en el ejercicio profesional como Terapeuta Ocupacional, con niños con déficit de atención, y problemas de atención en general. Fue presentado en el pasado XIII Congreso Colombiano de la Asociación de Terapia Ocupacional ACTO, Individuo, Ocupación y Paz, en Bogotá, mayo de 2003.

The article exposes a revision about attention deficit disorder and the occupational performance in childhood, and a reflection in which is presented how the difficulties in the executive function interfere the diary occupation, in an organized way, represents a challenge to children and young people that has attention deficit disorder, and how this situation could take them to an stress situation. The article presents a parallel with the human occupational model posed by Gary Kielhofner. It is enriched with studies and experiences obtained as a permanent member of the investigative seminar about issues related with occupational therapy in pediatric. All this is based on the professional exercise as a Occupational Therapist, with children that presents attention deficit and attention problems in general. It was present din the last XIII Colombian Occupational Therapy Summit ACTO, Individual, Occupation and Peace, Bogotá, May 2003.

Introducción

El desempeño ocupacional humano, reto fundamental de la Terapia Ocupacional, en relación con el bienestar de los individuos y la influencia en su desarrollo, me ha llevado a plantearme en mi quehacer como terapeuta, como los individuos con trastorno por déficit de atención (TDAH), presentan alteraciones en su desempeño diario, las cuales inciden en su realización individual y en su calidad de vida.

Esto me motivó a analizar la influencia del TDAH en el desempeño de los individuos, teniendo en cuenta los subsistemas del modelo

¹ Terapeuta Ocupacional, Escuela Colombiana de Rehabilitación, Universidad del Rosario, Especialista en integración sensorial ACTO. Especialista en déficit de atención e hiperactividad, Albor Chos, España. tmzto@yahoo.com



de la ocupación humana, para plantear como los síntomas del déficit de atención producen un estilo ocupacional de los individuos que lo presentan, para determinar los elementos que permiten orientar las modificaciones individuales, y enfocar el tratamientos para mejorarlas. El desempeño ocupacional de los individuos permite su realización personal, por tanto es un desafío para las terapeutas ocupacionales contribuir a que los individuos con Tdah, puedan superar las dificultades que no les permites desempeñarse en forma adecuada.

PALABRAS CLAVE

Atención, desempeño ocupacional, meta cognición, funciones ejecutivas

1.1. Desempeño Ocupacional

El modelo de ocupación humana de Gary Kielhofner² desarrollado en la década de los 80, plantea al hombre como un ser biopsico-social, en constante relación con el ambiente, cuya interacción está influenciada por tres subsistemas: La voluntad responsable de escoger la ocupación, los hábitos que le permiten persistir con eficacia en el objetivo y la ejecución, cuyas habilidades son responsables de producir las acciones del sistema humano. El individuo está en permanente interacción con el ambiente que influye en el desempeño de sus acciones.

El subsistema de voluntad, que le da un sentido, un significado a la actividad y la humaniza. Es la energía personal y las "imágenes emocionales" que se guardan internamente de las vivencias. Esta relacionado con la metacog-

nición y las emociones. En este se relacionan los intereses, los valores, y la "causación persona" que se refiere a la creencia individual sobre sus capacidades e influencia en el ambiente, las expectativas de éxito y fracaso, que influyen en la elección de las ocupaciones.

Los Hábitos son los responsables de organizar el comportamiento en rutinas de acuerdo a los roles que debe ejecutar diariamente. Se aprenden en la infancia y se realizan posteriormente de una manera automática.

La ejecución se realiza de acuerdo con las habilidades del individuo, responsable de la producción de los comportamientos ocupacionales. Está compuesto de las destrezas, siendo éstas perceptuales, motoras, de procesamiento, de comunicación y de interacción. Figura 1.

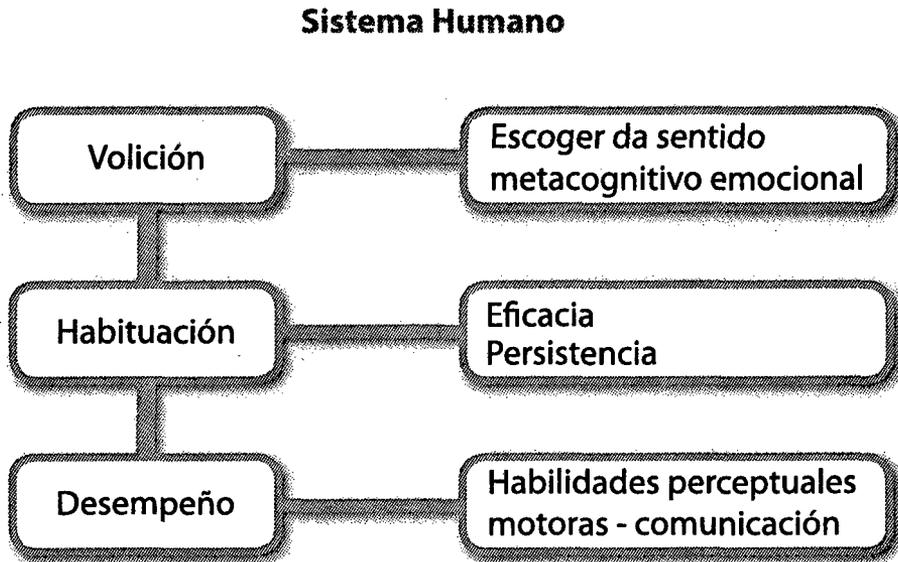


Figura 1

Sistema Humano. Los tres subsistemas, enlace con lo que se relacionan

² Kielhofner, Gary. Model of Human Occupation. Theory and application. Baltimore: Williams and Wilkins. 1978

Zenke en 1994 describió la ocupación en términos de productividad, placer y descanso. El equilibrio en el desempeño de éstas, permite al individuo una convivencia sana y armónica. Las tres áreas ocupacionales de desempeño descritas son: autocuidado, recreación o esparcimiento y productividad que es trabajo o estudio.³ El tiempo diario destinado a ellas depende de las necesidades del individuo, la edad, salud, historia, desarrollo, exigencias del ambiente y cultura.

A diferencia de los animales, la actividad del hombre no se limita únicamente a hacer cosas rutinarias, preestablecidas por los sentidos, sino que este humaniza su acción en la medida que le da un significado. Así el subsistema de voluntad percibe la razón de ser de la actividad, que permita al individuo motivarse y decidirse a ejecutar dicha acción. Como es lógico, no todas las ocupaciones del hombre están movidas por la razón, pero cuando adquiere un significado, el obrar su vuelve más humano y realizante.

Alicia Trujillo (1995- 2002) plantea que el desempeño ocupacional de los individuos, es un actuar en ambientes específicos. "Es el proceso durante el cual la persona se motiva, inicia y completa distintas ocupaciones. Es una trayectoria individual en la cual intervienen las capacidades personales, las exigencias ocupacionales y las demandas del medio ambiente. El medio ambiente está compuesto de cualidades físicas, mentales, sociales y espirituales. Las cuales experimenta la persona cuando se involucra en el autocuidado, juego/esparcimiento, y el trabajo/estudio. Estas ocupaciones se llevan a cabo en un ambiente temporal, físico y sociocultural".⁴

El desempeño ocupacional varía de acuerdo al estadio de vida del individuo; infancia, adolescencia y edad adulta.

En la infancia, las actividades ocupacionales son académicas, autocuidado, sociales, de juego y el descanso. La productividad en este estadio es académica actividad que ocupa una parte importante del día.

El desempeño ocupacional es un proceso personal, ligado a las capacidades indi-

No todas las ocupaciones del hombre están movidas por la razón, pero cuando adquiere un significado, el obrar su vuelve más humano y realizante.

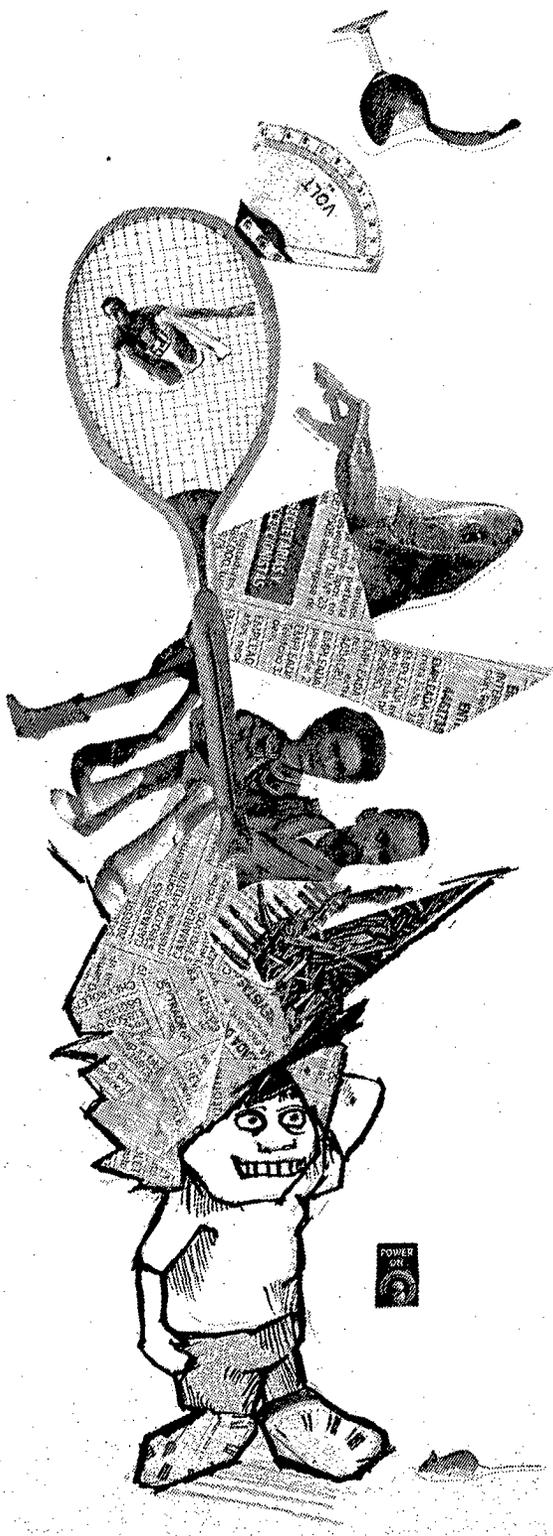
viduales, las exigencias ocupacionales y las demandas del ambiente donde vive el niño. Esta actividad humana se vuelve realizante, en la medida que este movida por unos valores personales y este presente un reconocimiento del medio, este reconocimiento es afectivo y contribuye a elevar el autoestima de los individuos.

En la infancia el desempeño es realizante cuando las actividades ocupacionales que se le exige desempeñar al niño, van de acuerdo a su edad, su desarrollo, sus capacidades, y cuando hay reconocimiento de los padres, maestros, porque el rol que desempeña el niño, es el esperado y los resultados satisfactorios, esto le aumenta la motivación por la actividad, lo lleva a decidirse y a la ejecución propiamente dicha, que son los momentos que describe Gevaert⁵ que se presentan en la acción humana. El éxito en el desempeño ocupacional diario determina la elección o el rechazo de las actividades, y la realización personal. El aspecto emocional y las capacidades propias del individuo son determinante en esta realización.

³ American Occupational Therapy Association, 1994 Uniform terminology for occupational therapy (3ª. Ed.) American Journal of Occupational Therapy, 48(11)

³ Trujillo Rojas, Alicia. Terapia Ocupacional Conocimiento y práctica en Colombia. Colección Sede. UN. 2002.

⁴ Gevaert, Joseph. El problema del hombre. Ediciones Sígueme. Salamanca. 1984



1.2. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Es una alteración del comportamiento que se presenta en los individuos desde la infancia. Las manifestaciones varían de acuerdo a la edad y el medio ambiente. Es una dificultad generalizada en tiempo y espacio, para regular y mantener la atención, que se acompaña de actividad motora. Es una inmadurez en las habilidades conductuales de autocontrol y reflexividad y en las habilidades cognitivas de las funciones ejecutivas. Los indicadores se agrupan en tres, inatención, hiperactividad e impulsividad.

Síntomas⁶ de inatención:

- Dificultad para mantener la atención períodos prolongados. Especialmente en tareas aburridas o repetitivas.
- Dificultad para focalizar y centrar su atención en un estímulo.
- No permanecer en las tareas hasta terminarlas.
- Distraerse con estímulos externos. Ruidos, objetos, etc.
- Dar la impresión de no estar escuchando cuando se le habla.
- Dificultad para organizar las tareas escolares
- Pierde con frecuencia los elementos necesarios.
- Olvidadizo para seguir las reglas de la vida cotidiana.
- Dificultad para seguir instrucciones.

Síntomas de Hiperactividad:

- Movimientos constantes, jugar con manos o pies.
- Dificultad para mantenerse quieto en el salón de clase o en actividades en las que se espera que permanezca sentado.
- Corretear o trepar sin prever situaciones peligrosas.
- Moverse de manera rápida
- Estar ocupado haciendo algo, la mayor parte del tiempo.
- Dificultad para inhibir comportamientos inadecuados.
- Hablar excesivamente.

1.2.1. Síntomas de Déficit de reflexividad e impulsividad

Para hablar del déficit de reflexividad debe abordarse antes el tema de las habilidades metacognitivas.

Habilidades Metacognitivas:

La metacognición es una habilidad cognitiva, conciente, que se relaciona con las funciones ejecutivas y la autonomía del individuo. La describió Mecheinbaum en la década de los 80, pero solo en estos últimos años ha tomado importancia. La metacognición es la habilidad que tiene el individuo para conocer o tomar conciencia del conocimiento que tiene del conocimiento y del control de los procesos cognitivos. Esta es la habilidad para pensar sobre el pensamiento de uno mismo, Sonia Gladys Bernal en su artículo "Estimulación de la metacognición: estrategias y habilidades"⁶ (julio 2002), haciendo referencia a Bruer (1995) la describe como "habilidad para pensar sobre el pensamiento, para tener conciencia de que uno mismo es capaz de solucionar problemas, y para supervisar y controlar los propios procesos mentales". La metacognición se

refiere a dos aspectos, el conocimiento de la cognición y la regulación de la cognición. Se relaciona con la autorregulación, porque es el conocimiento de cómo, cuando, donde, activar o desactivar adecuadamente las habilidades propias del sujeto, con los procesos cognitivos conductuales adecuados, responder a las demandas del ambiente con los procesos

La metacognición se relaciona con la autorregulación, porque es el conocimiento de cómo, cuando, donde, activar o desactivar adecuadamente las habilidades propias del sujeto, con los procesos cognitivos conductuales adecuados, responder a las demandas del ambiente con los procesos adecuados

adecuados. La autorregulación es previa a la acción del sujeto, implica pensar el proceso que se va a usar de acuerdo a la demanda, plantearse como solucionarla.

La metacognición tiene tantas modalidades como procesos cognitivos existen, y estas son: metarrepresentación, metaatención, metamemoria, metamotivación, metapensamiento, metalenguaje, metapercepción, metaaprendizaje. Con base en estas modalidades metacognitivas, se han desarrollado estrategias, que han sido eficaces en el desarrollo y tratamiento de la atención.

1.2.2. Síntomas de Déficit de reflexividad e impulsividad

Retraso en las habilidades cognitivas: se presenta inmadurez en la autorregulación de la conducta mediante verbalización interna. Bornas⁸ hace referencia en la dificultad para parar y pensar antes de actuar, esperar su turno. Se presenta un retraso en la maduración el comportamiento impulsivo con el que los niños pequeños responden a los estímulos del medio ambiente, por un comportamiento reflexivo que se inicia

hacia los 5 o 6 años de edad, con la mediación de los procesos atencionales. Estas habilidades están relacionadas con la capacidad para solucionar problemas, fluidez y flexibilidad cognitiva, que se manifiesta en los niños con TDAH en su comportamiento inflexible para adaptarse a cambios y actividades nuevas. La autorregulación, que Bornas la define como "el proceso que permite responder a la demanda con éxito, sin depender de los demás". El autocontrol de impulsos que es la autoobservación de los procesos, que permite ejercer un control permanente sobre la acción. Estas habilidades cognitivas están ligadas a la autonomía del niño, que se evidencia en las etapas tempranas en una autonomía motora, como

⁶ American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder. May 2000 Vol. 105 No.5

⁷ Bernal, Sonia Gladys. Estimulación de la metacognición: estrategias y habilidades. Diplomado virtual Atención y funciones ejecutivas en la infancia. U. Rosario 2002

⁸ Bornas, Xavier. La autonomía personal en la infancia. Editorial siglo XXI. España. 1994

caminar, comer solo. Se desarrollan posteriormente la autonomía cognitiva que es pensar, planificar, decidir, que son funciones ejecutivas y metacognición.

En los niños con TDAH, se demora en madurar estas habilidades y se manifiesta de la siguiente forma:

Manifestaciones:

- Tomar decisiones deprisa, sin pensar las consecuencias.
- Actuar de acuerdo a primera idea, responder deprisa, aparentemente sin pensar.
- No aceptar y compartir opiniones de los demás.
- No esperar su turno
- Dificultad para realizar tareas que requieran analizar las situación, reflexionar y secuenciar.
- Entrometerse e interrumpir a los demás cuando hablan o hacen algo.
- Dificultad para trabajar en grupo.

Funciones Ejecutivas:

Los individuos con TDAH presentan alteraciones en sus funciones ejecutivas, (Barkley)⁹. Son un conjunto de habilidades cognoscitivas, que permiten planear, organizar, dirigir, secuenciar, anticipar, las acciones, para establecer una meta específica. Implica tener conciencia de la causa-efecto personal en el medio, metacognición, prever las consecuencias de las acciones y planear las metas futuras. Se desarrollan paralelamente a las funciones del lóbulo prefrontal, desde los 3 años y medio del niño, hasta aproximadamente los 15 años de edad. Siendo entre los 6 y los 8 años de edad el periodo de mayor desarrollo (Pineda).¹⁰

Las alteraciones en las funciones ejecutivas hace referencia a la deficiencia en la habilidad para inhibir la conducta, (autocontrol),

autorregular las acciones, para guiar, dirigir y persistir en la tarea hacia las metas, y para acrecentar los resultados futuros. La memoria de trabajo, la interiorización del lenguaje. Acciones necesarias para regular el comportamiento humano y el desempeño ocupacional.

Manifestaciones secundarias al TDAH:

El TDAH conlleva a otras deficiencias, que se manifiestan paralelamente, sin ser parte del déficit:

- Deficiencia en el control de las emociones:
Dificultad para ejercer control sobre la intensidad de sus reacciones emocionales, la forma como manifiesta sus emociones son con mayor intensidad y duración que los otros niños de su edad, sobre-reaccionan ante las dificultades que se les presentan para resolver un problema, esto los hace ver como inmaduros.
- Atraso curricular:
La inmadurez en la capacidad para mantener la atención, en los niños con TDAH, interfiere en su proceso académico, sea la capacidad cognitiva del niño, promedio o alta, lo que produce en los primeros años un atraso en la adquisición de las habilidades académicas, que posteriormente se puede convertir en un fracaso escolar recurrente que conduce a frustraciones repetidas y baja autoestima.
- Inhabilidad social:
El incipiente autocontrol, pocas habilidades reflexivas, la dificultad para seguir instrucciones, le imprime un estilo propio de actuar, que es molesto para las personas que lo rodean, lo que le ocasiona recibir un mayor número de recriminaciones, desde los primeros años de vida. Esto da origen a problemas en su autoconcepto y su autoestima y marca la difícil relación con su entorno.
- Déficit de refuerzo positivo:
La falta de atención prolongada, el déficit de reflexividad y la hiperactividad, producen fracaso escolar. Como consecuen-

⁹ Barkley, R.A., Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing and unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin, 1997 121, 65-94

¹⁰ Pineda, David. La función ejecutiva y sus trastornos. Publicación en internet, I Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología 1998.

TDAH - Sistema Humano

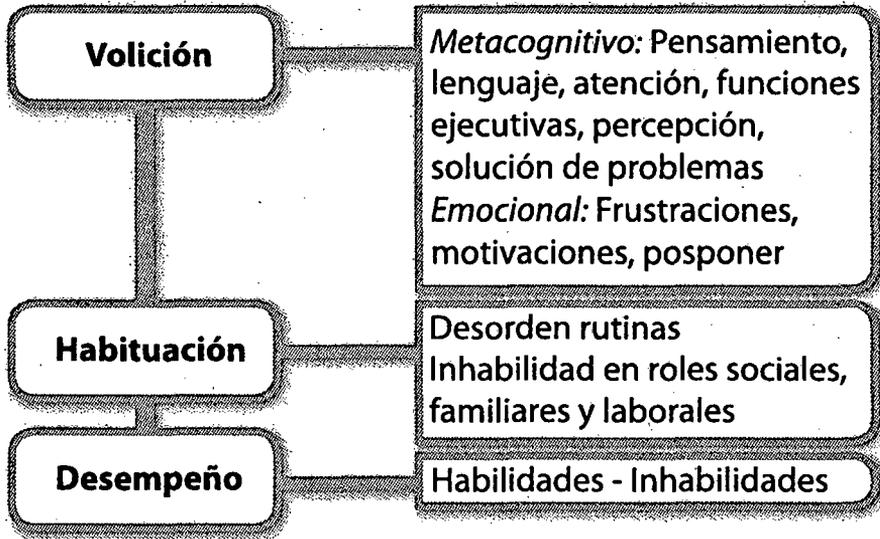


Figura 2

Dificultades que se presentan en cada uno de los subsistemas del individuo, relacionadas con el trastorno por déficit de atención. Tullia Maria Zuluaga Garavito 2000

cia los niños con TDAH, recibe castigos generalizados y escasos elogios, originando un déficit de refuerzo positivo, esto produce síntomas de ansiedad crónica, acompañada generalmente por rebeldía, inadaptación, mal autoconcepto y baja autoestima. (El modelo operativo del TDAH, de Albor-Cohs).¹¹

1.3. Consecuencias del TDAH en el Desempeño Ocupacional

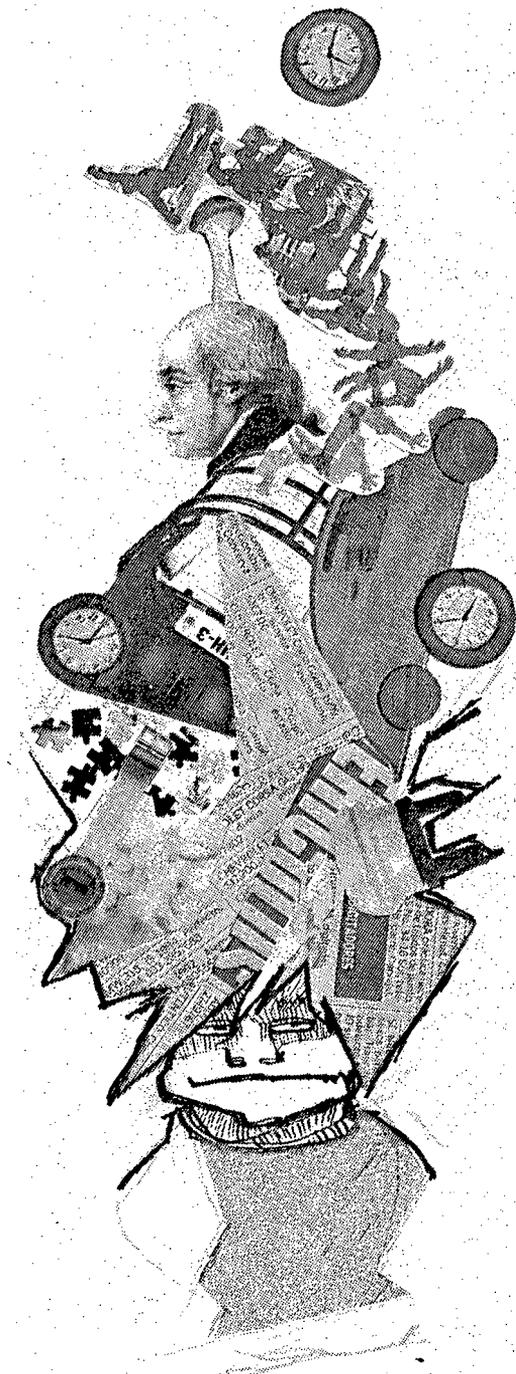
Las funciones ejecutivas, la atención, las habilidades, destrezas del individuo, sus emociones y el ambiente socio-cultural en el que vive, influencia el desempeño ocupacional. Los individuos con TDAH, en promedio, demoran más en desarrollar estos procesos, y dan origen a dificultades en su desempeño ocupacional.

A continuación planteo cuales son las dificultades que se presentan en cada uno de los subsistemas del individuo, relacionándolos con las manifestaciones del TDAH. El siguiente es un planteamiento que se presentó en el congreso latinoamericano de déficit de atención en Puerto Rico en el año 2000. Figura 2.

En el subsistema volitivo producen resultados inapropiados, que influyen negativamente en dos aspectos principales el Metacognitivo y el emocional. En el aspecto emocional en la autoestima, auto concepto, las motivaciones y el manejo de las emociones. En la capacidad para posponer la gratificación y en el manejo de los comportamientos y las emociones. En el aspecto Metacognitivo, debido a la falta de autocontrol y auto monitoreo de las conductas dirigidas a lograr una meta específica, el posponer, o dejar las acciones o comportamientos que resuelven un problema o desarrollan una actividad, para el último momento. La inmadurez en la meta cognición, en la autoconciencia de la causa - efecto que tienen las acciones propias sobre el medio. Estas son características de los individuos con TDAH, que le imprimen un estilo ocupacional propio, que es dependiente y sin resultados satisfactorios, lo que produce efectos negativos sobre las emociones, y desmotiva para actuar.

En el subsistema de hábitos, los niños con TDAH son desordenados en sus rutinas, requieren del monitoreo del adulto, para reali-

¹¹ Modelo operativo Albor-Cohs España. 2000



zar las actividades de la vida diaria. El rol que desempeñan no siempre es el esperado por el adulto con el que convive, sea su familia, sus profesores, sus vecinos, esto produce frustración en los adultos y en él, y conduce a castigos generalizados y a escasez de elogios, que influyen su autoestima, su auto concepto, y su comportamiento, que se vuelve rebelde, inadaptado, con ansiedad.

El subsistema de ejecución se caracteriza por las habilidades y destrezas de la persona o sus inhabilidades, que le permiten llevar a cabo las actividades, sean de auto cuidado, recreación o productividad. Estos niños con TDAH pueden tener muchas habilidades, pero son lentos en desarrollar las destrezas suficientes que les permitan actuar de acuerdo a las exigencias del medio. Algunas veces presentan otros déficit concomitantes como déficit de integración sensorial o problemas de aprendizaje, que acompañan el TDAH pero que no son parte de él, pero si debilitan el desempeño apropiado de las actividades académicas. Los problemas de comportamiento que se asocian con TDAH, como oposición y rebeldía, producen ansiedad y determinan el desempeño ocupacional del infante.

Los niños con TDAH tienen un estilo propio de desempeño ocupacional, (figura 3), por la inmadurez en las funciones ejecutivas, la reflexividad, la atención, el autocontrol, la capacidad para posponer la gratificación y dirigir su comportamiento a metas. Son más dependientes del adulto que los niños en general, requieren de una verbalización externa permanente, para guiar el comportamiento hasta terminar la actividad que está realizando, y para solucionar los problemas. Esto le da al niño una idea de fracaso, junto con los constantes castigos y el escaso refuerzo positivo, porque no cumple las expectativas del adulto (padres y maestros), que influye en su causación personal, su motivación e ilegítima su desempeño ocupacional, dándole una idea de ineficiencia, que determina el rechazo o elección de las actividades que desempeña.

En la infancia la capacidad de atención está claramente ligada al desarrollo de otras capacidades sensoriales, cognitivas, emocionales y ambientales, tales como el lenguaje interior, la memoria operativa, las funciones ejecutivas, el pensamiento. El proceso de autorregulación y autocontrol en la infancia esta ligado al desarrollo de autonomía, meta cognición, pensamiento y se relaciona con los estímulos que recibe el niño directamente del ambiente y determina el desarrollo de estas habilidades.

Sistema Humano - TDAH

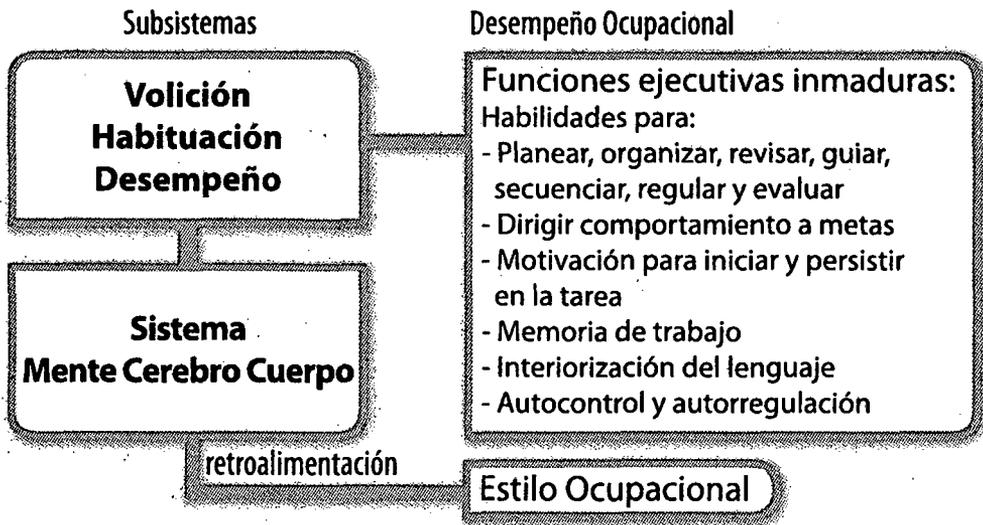


Figura 3
 El estilo ocupacional de los niños y jóvenes con déficit de atención relacionado con el sistema humano. Tulia María Zuluaga Garavito 2000

TDAH - Infancia



Figura 4
 Relación de síntomas de déficit de atención en la infancia y los tres subsistemas del sistema humano. Tulia María Zuluaga Garavito 2000

Conclusiones

La realización de las personas se hace a través del desempeño ocupacional diario. El contexto social aprueba o legitima ese quehacer ocupacional. El niño que ejecuta sus actividades diarias, con resultados satisfactorios y el rol esperado, recibe un reconocimiento del medio donde se desenvuelve, sea este escolar, social, familiar. Produce en el infante auto motivación, y decisión para continuar ejecutando las actividades diarias. Lo lleva a ser creativo, madurar en su autonomía, su autoestima y lo prepara para un desempeño realizante.

En los niños que presentan TDAH, el desempeño ocupacional diario es un reto poco gratificante, porque la inmadurez en las funciones ejecutivas, en la atención, el poco autocontrol y reflexividad, que presentan, determinan un quehacer diario cuyos resultados no son los esperados. Son desorganizados, no planean lo que deben hacer y como hacerlo, no se mantiene hasta terminar la actividad. Lo que ocasiona escasos elogios y frecuentes castigos, y se vuelve un círculo, que desmotiva al niño para continuar desempeñándose, le produce baja autoestima, y por tanto su quehacer no es "realizante".

El tratamiento en terapia ocupacional debe ser enfocado en el desarrollo meta cognitivo conductual, que planteó Michenbaum, en la década de los 80, pero que ha tenido nuevas revisiones en los últimos años. Este enfoque está encaminado a desarrollar en los niños las habilidades que les permita organizarse en su desempeño diario, solucionar problemas del diario vivir, ser independientes en sus hábitos, dando a los padres y maestros herramientas de trabajo tutorial diario, para que el niño alcance el objetivo. Dentro del tratamiento, el aspecto emocional es determinante con estos niños, porque necesitan sentirse aceptados, que se les contenga, gratificación y reconocimiento para que se motiven en su quehacer y lograr mejores resultados.



El trabajo debe ser en equipo, médico, psicología, terapia ocupacional, pedagogía y familia, porque una visión holística del individuo con TDAH, como se ha venido trabajando hasta ahora es muy útil, dando el espacio que se merece al desempeño ocupacional, que optimice la realización de los individuos con TDAH.

referencias

- ¹ Kielhofner, Gary. The model of human occupation. Conceptual Foundations of occupational therapy. F. A. Davis Co. Philadelphia. 1994
- ² American Occupational Therapy Association. 1994 Uniform terminology for occupational therapy (3^a Ed.) American Journal of Occupational Therapy, 48(11)
- ³ Trujillo R., Alicia. Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia. Colección Sede. Universidad Nacional de Colombia. 2002
- ⁴ Gevaert, Joseph. El problema del hombre. Ediciones Sigueme. Salamanca, España. 1984.
- ⁵ García Pérez M. y colaboradores. Conceptualización, identificación, valoración y tratamiento de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Grupo Albor-Cóns. Madrid España. 2002
- ⁶ American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder. Volumen 105 No.5 May 2000
- ⁷ Bernal, Sonia Glagys. Documento de Estimulación de la meta cognición: estrategias y habilidades. Diplomado virtual Atención y funciones ejecutivas en la infancia. Aula virtual U. Del Rosario. 2002.
- ⁸ Pineda, David. La función ejecutiva y sus trastornos. Publicación en Internet, I congreso virtual Iberoamericano de Neurología 1998.
- ⁹ Bornas, Xavier. La autonomía personal en la infancia. Editorial siglo XXI España. 1994
- ¹⁰ Barkley, R.A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing and unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin, 1997, 121, 65-94
- ¹¹ Laurence Jerome, FRCP, and AL Segal, Ph.D. ADHD, Executive Function, and Problem Driving. ADHD Report. Russell A. Barkley & Associates. Abril 2000. Vol. 8. Número 2.
- ¹² Alice D'Antoni-Phillips, Ed. D. Under Construction: Building Windows of opportunity for those with ADHD with the help of a personal organizer. ADHD report, April 1998. Vol.6 number two
- ¹³ B. Silver, Larry. Attention deficit disorder and learning disabilities. Ciba-Geigy corporation 1995
- ¹⁴ Barkley, R.A. Attention deficit hiperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford. 1990
- ¹⁵ Brooks, A. et al. Validity of the age-of-onset Criterion for ADHD Journal american academy, child adolescent, Psychiatry, 1997. 36:9:1211.
- ¹⁶ Kirby, Eduard A. Trastorno por déficit de atención. Estudio y tratamiento. 1992. Limusa, Noriega Editores. P.28
- ¹⁷ Gorostegui, María Elena. Síndrome de Déficit atencional con hiperactividad: Estilo cognitivo y rendimiento escolar. (un enfoque sistémico, ecológico). Psykhe. 1997. Vol.6 No. 2,63-70
- ¹⁸ Zuluaga de Garavito Tulia María. La atención: proceso y producto complejo. Ocupación Humana: 30 años. Vol.9 No.3 2002. ACTO.
- ¹⁹ Orjales V. Isabel. Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores. Editorial CEPE: S.L. Madrid 2000

Comportamiento y competencias motoras

Desempeño - Actividad con propósito - Dieta sensorial

resumen

[summary]

El propósito de este artículo es revisar los principios comúnmente aceptados sobre el comportamiento motor analizado desde el control, el aprendizaje y el desarrollo motor; y las competencias motoras vistas a partir de la planeación y el desempeño motor, en relación con los principios fundamentales que sustentan las prácticas de terapia ocupacional. Se centra en el análisis de la naturaleza de las tareas, el estado del aprendizaje, la retroalimentación y la práctica. Estos procesos son muy importantes en la adquisición de destrezas y la facilitación del acto motor. Plantea ejemplos específicos de cómo el terapeuta ocupacional puede utilizar el aprendizaje motor en la educación o reeducación de la función a través de la actividad con propósito y la dieta senso-

rial en los programas de atención directa e indirecta a población infantil.

The purpose of this paper is to review commonly accepted principles of motor behavior depend on the motor control, learner and development; and the motor competence conformed by motor planning and performance, suggest the application of these principles to occupational therapy practices. The objectives are based on the analysis of the task nature, the stage of the learning, the feedback and the practice. The processes are very important for skill acquisition and facilitation of motor skills. Specific examples of how occupational therapy can use motor learning principles in the training and retraining of the function, purposeful activity and the sensory diet.

Laura Álvarez de Bello¹

Introducción

El rol de las(os) terapeutas ocupacionales es la intervención sobre el desempeño funcional de las personas a través de la actividad con propósito y los aprendizajes significativos, reflejados en el actuar independiente y funcional en los eventos de la vida diaria. Entre los aspectos relevantes que enfrenta el profesional en el quehacer cotidiano están la búsqueda de cambios eficientes en la función alterada de las personas y los métodos más apropiados para los programas de atención; ambos procesos de alta complejidad que requieren revisión y clarificación por su uso frecuente y en algunos casos sinónimo o impreciso.

Este escrito plantea dos conceptos diferenciales del movimiento que están permanente interacción en el quehacer profesional cotidiano. El primero aborda los principios sobre el comportamiento y las competencias motoras fundamentando los procesos de enseñanza aprendizaje en las prácticas de terapia ocupacional. El segundo relaciona las implicaciones de éstos conceptos en los programas de intervención a partir del uso de la actividad con propósito y la dieta sensorial como mediadores en las ejecuciones significativas de las personas.

¹ Maestría en Desarrollo Educativo y Social. Universidad Pedagógica Nacional. Licenciada en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia. Profesora Asociada. Departamento de la Ocupación Humana. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. lalvarez49@latinmail.com

1. Fundamentos Conceptuales

Los conceptos aquí presentados envuelven aspectos comunes a la filosofía y prácticas de terapia ocupacional y plantean las diferencias inherentes a la significación de cada término, para precisar y diferenciar su uso en la intervención profesional con niños, niñas y jóvenes. Incluye dos tópicos centrales: el comportamiento y las competencias motoras.

1.1. Comportamiento motor

Constituye el estudio sobre el movimiento humano a partir, tanto, de los procesos básicos que determinan la ejecución motora, como de la modificación de conductas motoras. Está integrado por el control motor y el aprendizaje motor, aunque con frecuencia suele incluirse el desarrollo motor². Desde la perspectiva de los modelos de comportamiento motor Thorndike³ y más específicamente Hull⁴ delimitaron el concepto funcional de comportamiento como el producto de la interacción entre un organismo y el medio. Considerar al organismo como un sistema de procesamiento de la información, autorregulado a través del feedback constituye el modelo predominante de comportamiento motor, entendiéndolo como las diversas formas, fases y dimensiones del procesamiento de la información. El funcionamiento comienza con la llegada de uno o varios estímulos, o entradas (inputs) de información, a uno o más órganos sensoriales, a partir de ahí se inicia el procesamiento que termina con la emisión de una respuesta motora o salida (output).

El término *procesamiento*⁵ se usa en el ámbito motor para significar: a) la codificación de la información recibida, b) el cambio de formato de esa codificación, c) la combinación de una información con otra, d) la forma de control de la acción, y e) el sistema de almacenamiento en la memoria para futuros usos.

Desde una perspectiva más compleja

Goodman & Kelso⁶ consideran la integración de todos los componentes anatómicos implicados en una respuesta motora (músculos, sistema nervioso, receptores sensoriales) con los componentes comportamentales (unidades de información, niveles de procesamiento). Explican la conducta motora humana a partir de: un *mecanismo de referencia* conformado por la *información previa (feedforward)*, los objetivos para la ejecución correcta del movimiento, el *nivel ejecutivo* compuesto por los niveles de procesamiento de la información (identificación del estímulo, selección de la respuesta y programación de la respuesta). El *nivel efector* conformado por las estructuras físico-biológicas que producen el movimiento (sistema nervioso, músculos, articulaciones). La *retroalimentación* procedente tanto de la información propioceptiva (interna), como de la información de los resultados de la acción en el ambiente (externa).

Antes de entrar en el tema de la fundamentación es relevante reconocer la incidencia de los procesos enseñanza-aprendizaje en la práctica general de terapia ocupacional, pues con relativa frecuencia se considera este fundamento esencial para los profesionales que se desempeñan en el sector educativo. Ya desde 1986 Mosey⁷ atribuyó una escasa atención de los terapeutas a los procesos de ense-

² Singer R. Sport Psychology Today. Copenhagen (Suecia) Conferencia Inaugural. Actas VII Congreso Mundial de psicología del Deporte. 1985.

³ Thorndike E.L. Human Learning. Appleton-Century. 1931. 1931

⁴ Hull C.L. Principles of behaviour. New York (USA) Appleton-Century. 1943. 1943

⁵ Martinière R.G. Information processing in motor skills. New York (USA) Hofit, Rinehart, and Winston. 1976.

⁶ Goodman D. Kelso J.A. Are movements prepared in parts?. Not under compatible (naturalized) conditions. Journal of Experimental Psychology: General. 1980 109: 249-51.

⁷ Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York: Raven.

PALABRAS CLAVE

Comportamiento motor, control motor, aprendizaje motor, desarrollo motor, competencias motoras, plan motor, desempeño motor, actividad con propósito, dieta sensorial.

ñanza aprendizaje, pero en la medida que se fue ganando experiencia y aparecen textos referenciales del aprendizaje y enseñanza motora (Mosey y Trombly, 1989; Hopkins & Smith, 1988; Pedretti, 1990; Pratt & Allen, 1989), se comienzan a aplicar los principios de aprendizaje motor a la reeducación de pacientes con impedimentos neurológicos. A partir de la validación de programas y experiencias valiosas en personas con patologías, surgen nuevas ideas para mejorar las habilidades, destrezas y desempeños motores en otros grupos poblacionales.

En este orden de ideas, la literatura actual habla de aprendizajes significativos y más aún sobre la actividad con significado. En razón a las prácticas cotidianas basadas en el entendimiento y adquisición de destrezas de los usuarios de los servicios, en los que se parte del conocimiento previo del niño o paciente para planear la actividad con propósito, en los contextos de intervención. Recordemos que el aprendizaje significativo es aquel que conduce a la creación de estructuras de conocimiento mediante la relación sustantiva entre la nueva información y las ideas previas de la persona⁸. Esta concepción es inherente a los conceptos a continuación desarrollados.

1.1.1. Control motor

Históricamente ha habido una pugna entre dos posiciones en relación al control motor. Por un lado, están quienes afirman que el sistema nervioso actúan de forma reactiva; así, los más complejos movimientos están conformados por el montaje organizado de arcos reflejos y solo pueden presentarse por la presencia de estímulos sensoriales adecuados. Por otro lado, están quienes proponen que los comportamientos no son reactivos al medio; estos comportamientos (innatos) corresponderían a las pautas motoras fijas o patrones innatos de comportamiento.

Desde la consideración neuroanatómica⁹, el arco reflejo monosináptico es la base general sobre la cual se construyen los sistemas de control exhibidos en animales a lo largo de la

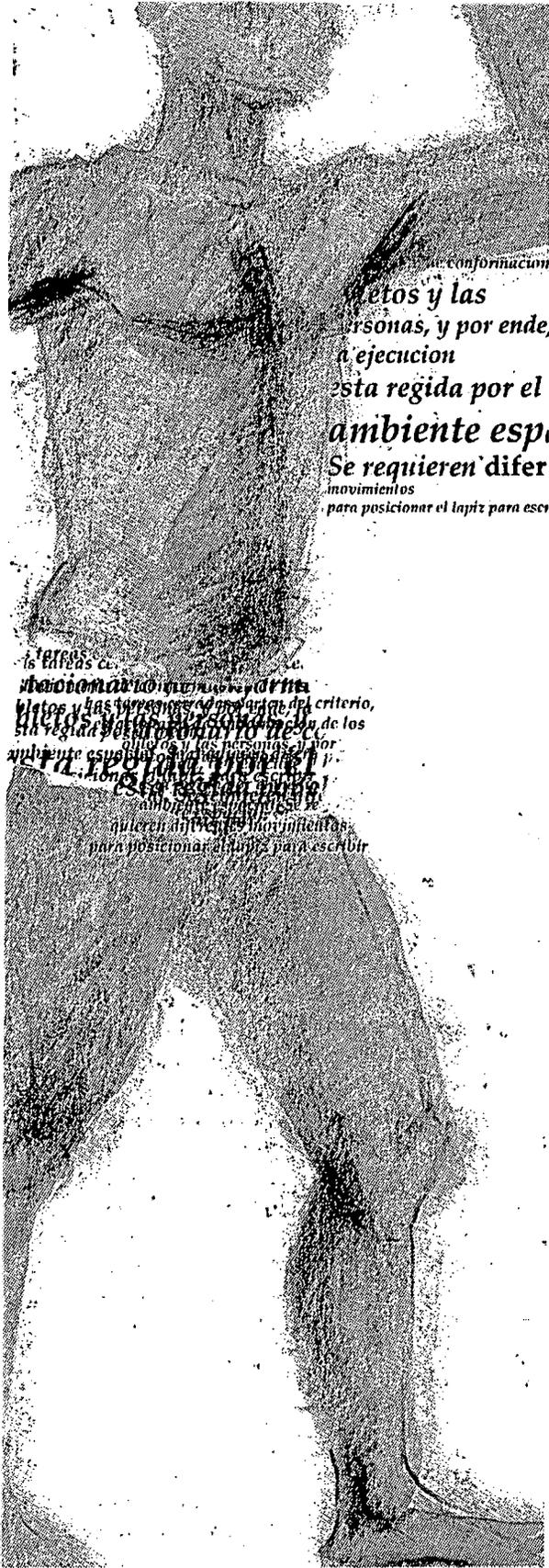
A partir de la validación de programas y experiencias valiosas en personas con patologías, surgen nuevas ideas para mejorar las habilidades, destrezas y desempeños motores en otros grupos poblacionales.

escala evolutiva; es organizado sobre la base de dos elementos o neuronas; una aferente, (asociada a un receptor) y una eferente (asociada a un efector), conectadas entre sí de forma directa, adquiere complejidad gracias a la inclusión progresiva de nuevos componentes. No obstante la simplicidad del mecanismo, en cualquier sistema biológico normal entran en juego un pool neuronal completo y un amplio complejo sináptico, con lo cual se potencian las capacidades de acción.; sin embargo, estas estructuras se hallan bajo control de niveles superiores alcanzando así una mayor flexibilidad y versatilidad funcional.

Otras consideraciones en los sistemas de control motor son la neuroquímica, fundamentada en las respuestas neuronales ante los impulsos, que no es objeto de revisión de este artículo, y los circuitos y redes neuronales de los que solo se detallarán algunos de los principios que rigen la conectividad sináptica necesaria para que se de este altamente organizado proceso: a) A pesar de que las palabras control motor posean en nuestras mentes una representación, no existe una raíz suficiente para hacer de este proceso algo potestativo de

⁸ Ausubel D.P. & Novak J.D Psicología educativa: Un punto de vista cognoscitivo. 1983. Mexico. Trillas.

⁹ Cárdenas F. Bases Neurofisiológicas Y Principios Generales Del Control Motor. 2002. Departamento de Psicobiología, Universidad de São Paulo - Brasil



los sistemas biológicos. b) Vale la pena llamar la atención sobre el hecho de que el mundo perceptual de cualquier organismo depende del tipo de información que sus órganos de los sentidos pueden extraer del mundo. c) A pesar de que no son estructuras iguales, ni anatómica ni fisiológicamente hablando; guardan una gran semejanza entre sí, pero no son iguales. d) Recuérdese que la activación de un nivel puede implicar la inactivación de los niveles siguientes, debido a la naturaleza inhibitoria de algunas conexiones sinápticas.

Uno de los modelos mas simples para describir el control motor, es el que plantea Schmidt¹⁰, conformado por la secuencia de tres puntos esenciales en el procesamiento central de la información para formular una respuesta de movimiento: la identificación del estímulo, la selección de la respuesta y la programación de la respuesta. (Figura 1)

La separación de estos tres componentes del control motor es difícil y muchas veces pueden estar interferidos como resultado de la experiencia. La identificación de estímulos es altamente dependiente de las cualidades de: la información recibida de los diferentes sistemas sensoriales; la precisión de la interpretación por el sistema nervioso central; y el estatus cognitivo de la persona.

1.1.2. Aprendizaje motor y sus variables.

Es definido como "el conjunto de procesos asociados con la practica o experiencia primaria, que produce cambios relativamente permanentes en la capacidad para responder"¹¹. Estos cambios de comportamiento son los que diferencian los aprendizajes en el tiempo y la calidad de la ejecución. Por ejemplo, después de practicar un traslado varias veces, el niño puede recordar como lo hizo, y esto mejora sus ejecuciones. Si no lo puede recordar al siguiente día, entonces la tarea no fue aprendida y por tanto el aprendizaje no fue significativo. Aquí entra el juicio profesional a determinar si se partió del conocimiento previo, si hay

¹⁰ Schmidt, R. A. Motor control and learning: A behavioral emphasis. Champaign, IL. Human Kinetics Publ Inc. 1988: Chapt 4.

¹¹ Fernández, G., Real C., Renal E. El ejercicio terapeutico

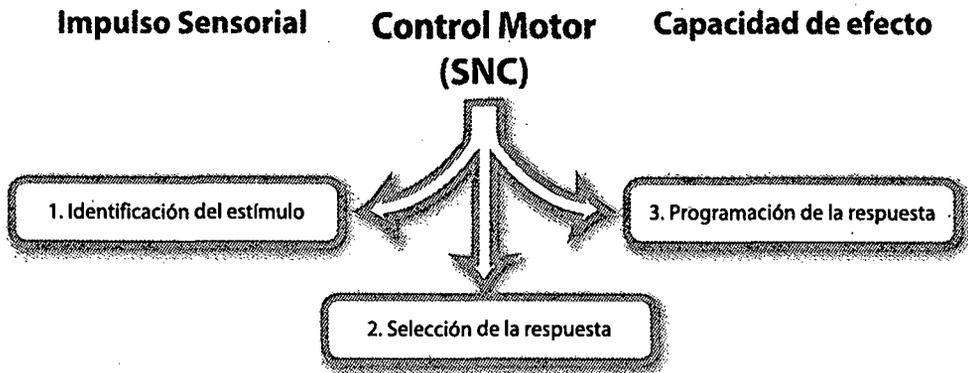


Figura 1
Pasos del Control Motor

una implicación cognoscitiva, si la actividad propuesta o intencionalidad del traslado tuvo un propósito. En cualquier caso, implica una mayor práctica, mayor feedback y más especificación de la tarea, entrando también en juego, el uso de la dieta sensorial para la práctica en el contexto familiar – escolar si es el caso.

Se reconocen cuatro variables de influencia en al aprendizaje motor: a) los niveles de aprendizaje, b) el tipo de tareas, c) la retroalimentación o feedback, y d) la práctica significativa. Estas variables son consideradas por los terapeutas en el diseño de los programas de intervención, sin embargo, Schmidt plantea que el feedback y la práctica son las dos variables más potentes en el aprendizaje motor.

Niveles de aprendizaje

Se reconocen tres niveles de aprendizaje motor: cognoscitivo, asociativo y automático¹². En el nivel cognoscitivo el aprendizaje real parte del entendimiento de los requerimientos de la tarea motora. Si la persona tiene una idea vaga o imprecisa de la tarea, o se siente inseguro en su ejecución, utiliza variadas estrategias y por tanto, desencadena una acción inconsistente o limitación en la función. En este sentido Adams¹³ hace un llamado al nivel motor-verbal debido a que el aprendiz puede

de necesitar como estrategia la verbalización del movimiento. En esta variable influye: la experiencia previa (base del aprendizaje significativo) aspecto restringido cuando enfrentamos niños y niñas con dificultades motoras desde la primera infancia, pues no cuentan con la experiencia previa del movimiento normal, como sucede con el joven o adulto que por algún déficit pierde total o parcialmente la función motora. Esto lleva a diferenciar las intervenciones en relación con la edad; el potencial cognoscitivo de la persona que le permita relacionar de manera no arbitraria y sustancial la nueva información; los procesos motivacionales y afectivos subyacentes al aprendizaje. Además, es importante recordar que hasta los ocho años los dominios motores dependen más del nivel subcortical.

En cuanto al nivel asociativo o nivel intermedio el aprendiz comienza a refinar sus destrezas, continúan las prácticas, la repetición, los errores disminuyen y el movimiento se aprende. Se produce el feedback sensorial, es decir, a través de la práctica el aprendiz desarrolla un correcto referente interno del movimiento. En consecuencia, las prácticas incorrectas de la tarea ocasionadas por un pobre entendimiento interfieren en la respuesta correcta. Ejemplos de este nivel asociativo se dan cuando la persona debe mantener la pierna en extensión para pararse, pero para ello requiere aumentar el tono o usar otros movimientos "extras" como morder los labios o apretar las manos.

¹² Fitts P. M. & Posner M. I. Learning and skill performance in human performance. Belmont (CA) Brooks/Cole. 1967.

¹³ Adams J. A. A closed-loop theory of motor learning. Journal of Motor Behavior. 1971. 3, 111-149

[En el nivel de automatización las destrezas no dependen del nivel cognoscitivo, o si lo hacen es en mínima parte cuando se sobrepone tareas o se presenta interferencia del medioambiente. Ejemplos de este nivel de aprendizaje motriz se dan cuando el paciente amputado puede manejar la prótesis, o cuando el niño puede comerse un helado caminando simultáneamente por la calle.

Tipos de tareas

Las tareas se clasifican de acuerdo al tipo de medio ambiente en los cuales se ejecutan¹⁴ y son abiertas, cerradas y de movimiento variable. Las tareas abiertas, se dan en ambientes que poseen una serie de rangos y reglas fijos que direccionan constantemente el cambio de postura o movimiento tales como la forma, el lado y tipo de manija de un pocillo esta diseñado de acuerdo a la configuración de la mano de las personas para su manipulación. Otro ejemplo, cuando un peatón que pasa una vía, marca el patrón y la velocidad de su movimiento acorde a la velocidad, localización y cantidad de vehículos en movimiento.

Las tareas cerradas parten del criterio estacionario de conformación de los objetos y las personas, y por ende, la ejecución esta regida por el medio ambiente espacial. Se requieren diferentes movimientos para posicionar el lápiz para escribir; estos dependen de cómo esta ubicado el lápiz, si con la punta hacia abajo, si está parado en una lapicera o acostado sobre el escritorio. El tiempo no es específico en las tareas cerradas porque ellas tienen su propio ritmo y el aprendiz decide comenzar o terminar la tarea. Muchas tareas del hogar son cerradas. Usualmente se guarda el material de higiene o maquillaje en el mismo lugar, derivando el uso de patrones consistentes de movimientos en tareas como maquillarse o limpiar los dientes. La conformación especial del medio ambiente puede variar a través del juicio. Gentile¹⁵ se refería a una tarea en la cual el objeto o las herramientas varían en la posición a través del tiempo, pero son estacionarios durante la ejecución, como tareas *sin movimiento variable*. Ejemplo comer, usar el baño, y algunos aspectos del vestido son ruti-

narios, sin embargo, también son ejecutados en ambientes ajenos al hogar, pudiendo manejar diferentes estilos de platos o tipos de comida o alturas del baño.

Las tareas abiertas como el soporte de superficies u objetos, cuando el medio ambiente externo controla la formación temporo espacial del movimiento y hace predecibles las demandas de la ejecución. Cuando el ambiente esta en movimiento, pero el movimiento permanece es el mismo a través de la experiencia o prueba, la tarea se refiere a una tarea en constante movimiento. Pisar la escalera eléctrica, levantar el equipaje de una cinta transportadora y sellar cajas moviéndose en una línea de ensamblaje son tareas de ejecución en movimiento constante. Las tareas que se ejecutan en aparatos mecánicos que controlan un rango de movimiento constante en el medio ambiente, son consideradas de movimiento predecible. En una verdadera tarea abierta, los cambios no son predecibles como son agarrar una bola que viene por el aire o caminar hacia abajo en un hall, o manejar un carro.

Algunas tareas rutinarias de la casa pueden tener un elemento abierto. Por ejemplo, la presencia de animales o niños jóvenes en movimiento dentro de la casa pueden forzar demandas predecibles en quien las hace. El ejecutor puede anticipar el sitio del niño o del animal para así evitar caerse sobre ellos o en algunas instancias el ejecutor puede agarrar el objeto en movimiento. Muchas ocupaciones como son chóferes, operadores de grúa, y trabajadores de servicios de comida desarrollan estándares de ejecución propios de tareas abiertas. La multitud de tareas que las personas hacen durante cualquier día varían entre tareas abiertas y cerradas.

Fuera del hogar, en el trabajo, la escuela o la comunidad, la persona debe monitorear continuamente en el medio ambiente objetos estacionarios, en movimiento o ambos simultáneamente. La responsabilidad del terapeu-

¹⁴ Gentile A. M. A working model of skill acquisition with applications to teaching. *Quest*, 1982. 17 3-23.

¹⁵ Gentile A. M. A working model of skill acquisition with applications to teaching. 1972. *Quest* 17. 3-23.



ta es entrenar a la persona a la ejecución de tareas en el medio ambiente apropiado para cada tarea. Este es un componente de la dieta sensorial.

La retroalimentación o feedback

Junto con la práctica son considerados los mayores potenciales de aprendizaje¹⁶. El feedback¹⁶ es la información que un individuo recibe como resultado de alguna respuesta, puede ser intrínseco o extrínseco. El feedback intrínseco hace referencia a la información sensorial desde los receptores en músculos, tendones y articulaciones, en combinación con los receptores de los sistemas visual y auditivo. Se refiere al conocimiento de la ejecución durante la práctica en referencia, a la forma en que está llevando a cabo la acción.

¹⁶ Bilodeau E.A. Bilodeau I.M. Variable frequency knowledge of results and de learning of simple skill. *Journal of Experimental Psychology*. 1958. 55 379-83.

¹⁷ Marteniuk Sagle G. 1977.

¹⁸ Adams J.A. A close-loop theory of motor learning. *Journal of Motor behaviour*. 1981.

Ocurre durante o después de la producción del movimiento, se aplica a tareas continuas susceptibles de reajuste durante la práctica. Por ejemplo, la persona siente que el peso de su cuerpo esta distribuido equitativamente en ambas piernas cuando esta parado.

El feedback extrínseco se refiere al conocimiento de resultados al final de la ejecución de una tarea con relación al objetivo a alcanzar. Se aplica en tareas discretas que no permiten la posibilidad de reajuste. Puede ser usado por la terapeuta en el aprendizaje temprano para generar o modificar cada patrón sucesivo de movimientos. Posteriormente este feedback ayudará a comparar los movimientos ejecutados a partir del referente correcto de ejecución, por tanto ayuda a corregir el error. Entre mas canales sensoriales se utilicen en el feedback, mas fuerte será la referencia de corrección¹⁸. Ejemplos de este feedback: cuando necesitamos trasladar el peso del cuerpo sobre la pierna derecha, cuando su a mano no abre suficientemente rápido.

Los tipos de feedback ayudan a facilitar y acelerar los procesos de aprendizaje. Carr y Shepherd¹⁹ pensaron que las terapeutas de-

ben emplear bastantes ejemplos de feedback verbal para reforzar el conocimiento de la ejecución y feedback visual para el conocimiento de los resultados. Se reporta que la visión juega un papel importante en la adquisición y control de movimientos²⁰. Con frecuencia se utiliza el feedback visual y verbal para facilitar la precisión del movimiento. En síntesis, el tipo y frecuencia del feedback está determinada por la tarea a ejecutar y el estado de aprendizaje.

Práctica

La practica repetida del patrón correcto es el mejor estímulo para el aprendizaje del control y la coordinación motora. Las distintas actividades interaccionan entre si en cada una de las etapas específicas del desarrollo normal y pueden reforzarse o competir entre ellas por breve tiempo. Cuando el niño intenta hacer algo que todavía le resulta difícil, practica el nuevo patrón con gran perseverancia²¹.

La distribución de la práctica constituye otro tópico importante que relaciona eficacia del aprendizaje y fatiga, la eficacia medida en relación a la intensidad del cambio de conducta motriz y el empleo del menor tiempo posible de práctica para conseguir dicho cambio. Es considerada como administradora de la información, relaciona la capacidad de procesamiento del sujeto, es decir, enfatiza la persona como protagonista de su aprendizaje. Por otra parte, se considera la variabilidad de la práctica²² que relaciona la influencia mutua entre las habilidades en el aprendizaje, permitiendo estudiar la transferencia.

Los modelos de control y procesamiento de la información aplicados al aprendizaje motor, hace que todos los tópicos de esta área puedan ser atendidos de forma interrelacionada en los programas de intervención de terapia ocupacional, superando la fragmentación que caracterizó los programas tradicionales.

1.1.3. Competencia motora

Entendiendo por competencia una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto con sentido²³. Se trata de un conocimiento asimilado con propiedad, que ac-

túa para ser aplicado en una situación determinada, de manera suficientemente flexible como para proporcionar soluciones variadas y pertinentes. La competencia esta siempre asociada con algún campo del saber o el hacer, en este caso el motor. En este sentido las competencias motoras son eventos interdependientes de actuación que poseen su propia especificidad a partir de la cual se construyen prácticas y discursos particulares sobre los principios de actuación motora. Los procesos que integran la competencia motora son la habilidad práctica y el desempeño motor.

1.1.4. Habilidad practica

Definida como la capacidad para planear y ejecutar actos de destreza motora no habituales²⁴. Incluye el plan motor²⁵ o concepto de una acción cuya ejecución requiere de la operación secuencial de varios programas motores de menor complejidad. Un programa motor²⁶ es el conjunto de reglas inherentes a la ejecución de un movimiento, dado por las características de los grupos musculares utilizarse (ejemplo: agonista, antagonistas, sinergistas, y fijadores) y el propósito de la acción esta relacionado con su predictibilidad. Un programa motor especifica la pertinencia de cada músculo (movimiento primario o anticipación) y una previsión exacta del movimiento en cuanto a su amplitud, velocidad, duración y ter-

¹⁹ Carr J.H & Shepherd. A motor learning model for rehabilitation. In J.H. Carr, R.B. Shepherd, J. Gordon, A.M. Gentile & J.M. Held (Eds).. *Movement's science: Foundations for physical therapy in rehabilitation*. Rockville. 1978. 31-91.

²⁰ Keele S.W., & Posner M.I. Processing of visual feedback in rapid movements. *Journal of Experimental Psychology*. 1968.77. 155-8.

²¹ Bobath B, Bobath K. *Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis infantil*. Buenos Aires (Argentina) Editorial Panamericana. 1992.

²² Shea J.B. & Morgan R.L. Contextual interference effects on the acquisition, retention, and transfer of a motor skill. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*. 1979. 5. 170-87.

²³ Grupo de trabajo Universidad Nacional. *Competencias y proyecto pedagógico*. Bogotá (Colombia) Unibiblos. 2001.

²⁴ Ayres J. *Sensory Integration and praxis test*. Los Angeles (California) Western Psychological Services. 1989.

²⁵ Marsden CD. In D. Evered and M.O'Conner (eds) *Functions of the basal ganglio*. Pitman Press. Ciba Foundation Symposium. 1997 (107):225-41.

²⁶ BENECKE r. Rothwell J.C. Disturbance of sequential movements in patients with Parkinson's Disease. *Brain*. 1987 (110): 361-79.

minación. Es generalmente aceptado el papel de los ganglios basales en el secuenciamiento del programa motor y por tanto complemento del plan motor. Posteriormente agregó que el programa motor está ligado al aprendizaje por la práctica. Por ejemplo, montar en bicicleta, cabalgar o manejar carro requieren entrenamiento y práctica. Posteriormente, cuando se ha practicado suficiente, la acción y movimientos no requieren del efecto consciente para realizar eficientemente la acción. Llama la atención que cuando la persona aprende a escribir, firma en diferentes circunstancias (ejemplo: verticalmente sobre el tablero, en papel sobre el escritorio, o en el espacio en contra de la gravedad) y las características de la firma pueden ser reproducidas. Aunque los movimientos no son ejecutados exactamente

a los iniciales, y el entrenamiento y la distribución de la contracción muscular varía de una circunstancia a otra, el objetivo es siempre ejecutado con el mismo grado de precisión. Bernstein²⁷ reportó "que los efectores centrales ejecutan la coordinación de movimientos solo por la reacción de plasticidad para la totalidad de señales del campo aferente adaptándola a la situación presente". Beneck²⁸ define el **plan motor** como la combinación de programas motores individuales requeridos para la conducción de actos motores más complejos. El **planeamiento motor** es el proceso central de selección, agrupar y ejecutar cada programa motor o serie de programas motoras (plan motor) que desencadena una respuesta de movimiento ante un estímulo. La ejecución sucesiva de movimientos depende en alto grado de un plan secuencial de control motor respondiendo al feedback adicional o cambio de la información.

²⁷ Ca. Bernstein N. The coordination and regulation of movements. Oxford. Pergamon Press. 1967

²⁸ *Ibíd.*



La práctica del patrón correcto es el

mejor estímulo

La práctica del patrón correcto es el

mejor estímulo

control de la

para el aprendizaje

coordinación motora

coordinación motora

distintas actividades interaccionan entre sí en cada una de

las actividades interaccionan entre sí en cada una de

las actividades interaccionan entre sí en cada una de

las actividades interaccionan entre sí en cada una de

las actividades interaccionan entre sí en cada una de

las actividades interaccionan entre sí en cada una de

las actividades interaccionan entre sí en cada una de

las actividades interaccionan entre sí en cada una de

las actividades interaccionan entre sí en cada una de

las actividades interaccionan entre sí en cada una de

las actividades interaccionan entre sí en cada una de

1.1.5. Desempeño motor

El desempeño motor es el aspecto visible del movimiento corporal con propósito. Expresa las cualidades del acto motor en cuanto a direccionalidad, fuerza, flexibilidad, velocidad, en el actuar o uso de los segmentos corporales en la interacción con el ambiente. Se caracteriza por la eficiencia, estabilidad, consistencia y constancia unidades al carácter de adaptabilidad constante al movimiento personal y de los objetos. Refleja las capacidades, aptitudes, disposiciones y tendencias en el uso del cuerpo versus interacción ambiental. La acumulación de desempeños eficientes alcanza la competencia motora. Light²⁹ define el desempeño motor como el conjunto de actuaciones mediante las cuales una persona se dispone mental, física, ocupacional y laboralmente, en condiciones de desenvolverse lo mas normal posible en su medio social.

2. Implicaciones para la Práctica

Idealmente las intervenciones enfrentan los procesos de educación o reeducación de destrezas y tareas motoras en los diferentes ambientes: el hogar, el sitio de trabajo-estudio, el juego, el esparcimiento y deporte. Alcanzar una cobertura óptima en todos los ambientes de interacción de las personas no es siempre factible, pues la atención se brinda con alta frecuencia en espacios clínicos, con la expectativa que las destrezas adquiridas se transfieran a los ambientes del hogar, la escuela y el trabajo. y de mecanismos efectivos para el desarrollo de habilidades que repercutan en desempeños no solo funcionales, sino también gratificantes para las personas.

Para brindar continuidad a las intervenciones, y abarcar los contextos naturales de interacción se usa la dieta sensorial, que tal como lo plantea Wilbarger³⁰ un programa de actividad basado en el procesamiento sensorial es útil en el mantenimiento de los comportamientos atípicos. La aplicación de estos principios a la cotidianidad del niño esta siendo

orientada a padres y maestros, privilegiando los espacios naturales de contacto.

Si en los modelos vigentes de comportamiento motor en general y el aprendizaje motor en particular, la información se convierte en la unidad de referencia, en el elemento que tenemos que utilizar para producir control-ejecución-repetición, en la dieta sensorial se aplica el estímulo sensorial en la actividad de baño, alimentación, estudio, posición que implique la tarea. Es decir, la madre o tutor apoyan el aprendizaje en el contexto real de actuación del niño a partir de la orientación y seguimiento que el terapeuta brinda, y que además esta en relación directa con las actividades con propósito que utiliza en su atención.

La información suministrada a los sujetos debe ser precisa, clara, operativa y ajustada a las posibilidades de procesamiento del sujeto, por tanto, la información inicial se estructurará en función de las claves de eficacia mecánica del acto motor, ajustándola a las capacidades que en ese momento posee el sujeto que aprende. La dieta sensorial del hogar debe contemplar aquellos aspectos del acto motor que la madre pueda controlar y aplicar eficazmente, aunque sean tareas muy cortas y precisas, si son claras el efecto es visible.

Las fuentes de información han de utilizarse de forma de variada y complementadas en función de las necesidades de aprendizaje de la persona. Las fuentes más comunes son: a) el terapeuta mediante el diseño estructurado de actividades con propósito, selección de modalidades sensoriales de apoyo, y el uso de instrucciones más implícitas que explícitas que conlleven a un aprendizaje significativo. b) El par o compañero de actuación que puede sustituir, complementar o enriquecer la orientación del terapeuta haciendo más productiva la interacción. c) La adaptación de los am-

²⁹ Light K.E. Information processing for motor performance in aging adults. Phys Therapy. 1990 (70): 74.80

³⁰ Wilbarger P. Sensory Integration. The Sensory Diet: ACTIVITY Programs Base don Sensory Processing Theory. Published Quarterly by the American Occupational Therapy Association, Inc. 1995 June 18;2.

bientes de trabajo y la adecuación de espacios para situaciones concretas de aprendizaje, y codéanos de desempeño que propicien la re-orientación. d) El uso de tecnologías de apoyo que permitan registrar de forma fiable y versátil la información de los parámetros significativos del acto motor: tiempos, aciertos, distancias, etc. Permitiendo la manipulación de dicha información según las necesidades de la persona, presentándola en el momento y la forma adecuada. e) el programa de apoyo en casa y escuela o dieta sensorial que apoya las ejecuciones cotidianas en actividades inherentes al actuar en casa.

La búsqueda de la automatización de movimientos permitirá explotar una de las tendencias actuales de aprendizaje motor significativo, y un objetivo terapéutico fundamental: el autocontrol del proceso que mejorará la eficacia del aprendizaje y posibilitará una mayor autonomía de la persona.

El uso de procedimientos de control, la organización de la información y la práctica como medios para obtener el aprendizaje de una tarea deben complementarse en función del desempeño, el nivel de la persona y el tipo de tarea.

Propiciar la transferencia de habilidades aprendidas, planeándola como un problema de procesamiento de la información, cuidando que la persona utilice los elementos comunes de las dos habilidades y no confunda aquellos que marquen diferencias fundamentales en la eficacia mecánica del acto motor.

Conclusión

Los principios de control motor implícitos en el comportamiento motor de las personas ofrecen herramientas importantes para los programas de intervención, clarificando las tareas, niveles, prácticas y principios de re-orientación, que aplicados durante las actividades de orientación directa, de apoyo en casa y cuando es posible en escuela, permiten al terapeuta guiar eficazmente el aprendizaje con una información precisa acerca de cuáles son los movimientos, desempeños, o competencias correctos y cómo se pueden alcanzar.

Por otra parte, esta revisión permite un acercamiento al manejo de las competencias motoras, diferenciando no solo la terminología, sino precisando en que niveles de desempeño se debe enfatizar en competencias y cuando y como se desarrollan los comportamientos motores.

referencias

- ¹ Adams J. A. A closed-loop theory of motor learning. *Journal of Motor Behavior*. 1971. 3, 111-149
- ² Ausubel D.P. & Novak J.D. *Psicología educativa: Un punto de vista cognoscitivo*. 1983. Mexico. Trillas.
- ³ Ayres J. *Sensory Integration and praxis test*. Los Angeles (California) Western Psychological Services. 1989.
- ⁴ Benecke R. Rothwell J.C. *Disturbance of sequential movements in patients with Parkinson's Disease*. *Brain*. 1987 (110): 361-79.
- ⁵ Bernstein N. *The coordination and regulation of movements*. Oxford. Pergammon Press. 1967
- ⁶ Bilodeau E.A. Bilodeau I.M. Variable frequency knowledge of results and de learning of simple skill. *Journal of Experimental Psychology*. 1958. 55 379-83.
- ⁷ Bobath B, Bobath K. *Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis infantil*. Buenos Aires (Argentina) Editorial Panamericana. 1992.
- ⁸ Cárdenas F. *Bases Neurofisiológicas Y Principios Generales Del Control Motor*. 2002. Departamento de Psicobiología, Universidad de São Paulo - Brasil
- ⁹ Carr J.H & Shepherd. A motor learning model for rehabilitation. In J.H. Carr, R.B. Shepherd, J. Gordon,
- ¹⁰ A.M. Gentile & J.M. Held (Eds).. *Movement's science: Foundations for physical therapy in rehabilitation*.
- ¹¹ Rockville. 1978. 31-91..
- ¹² Fernández, G., Real C., Renal E. *El ejercicio terapéutico*. 1998. Paidós
- ¹³ Fitts P. M. & Posner M. I. *Learning and skill performance in human performance*. Belmont (CA) Brooks/Cole. 1967.
- ¹⁴ Gentile A.M. A working model of skill acquisition with applications to teaching. 1972. *Quest* 17. 3-23.
- ¹⁵ Goodman D. Kelso J.A. Are movements prepared in parts?. Not under compatible (naturalized) conditions. *Journal of Experimental Psychology: General*. 1980 109: 249-51.
- ¹⁶ Grupo de trabajo Universidad Nacional. *Competencias y proyecto pedagógico*. Bogotá (Colombia) Unibiblos. 2001.
- ¹⁷ Hull C.L. *Principles of behaviour*. New York (USA) Appleton-Century. 1943.1943
- ¹⁸ Keele S.W., & Posner M.I. Processing of visual feedback in rapid movements. *Journal of Experimental Psychology*. 1968.77. 155-8.
- ¹⁹ Light K,E. *Information processing for motor performance in aging adults*. *Phys Therapy*. 1990 (70): 74.80
- ²⁰ Marsden CD. In D. Evered and M.OConner (eds) *Functions of the basal ganglio*. Pitman Press. Ciba Foundation Symposium. 1997 (107):225-41.
- ²¹ Marsden CD. *The mysterious motor function of the basal ganglia: The Waterberg Lecture*. *Neurology*. 1982; 32:514-39.
- ²² Martiniqne R.G. *Information processing in motor skills*. New York, Hoit, Rinehart, and Winstoin. 1976.
- ²³ Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York: Raven.
- ²⁴ Schmidt, R. A. *Motor control and learning: A behavioral emphasis*. Champaign, IL. Human Kinetics Publ Inc. 1988: Chapt 4.
- ²⁵ Shea J.B. & Morgan R.L. Contextual interference effects on the acquisition, retention, and transfer of a motor skill. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*. 1979. 5. 170-87.
- ²⁶ Singer R. *Sport Psychology Today*. Copenhague (Suecia) Conferencia Inaugural. Actas VIU Congreso Mundial de psicología del Deporte. 1985.
- ²⁷ Thorndike E.L. *Human Learning*. Appleton-Century. 1931. 1931
- ²⁸ Wilbarger P. *Sensory Integration. The Sensory Diet: Activity Programs Base don Sensory Processing Theory*. Published Quarterly by the American Occupational Therapy Association, Inc. 1995 Junio (18) 2.

Cartas al editor

La interlocución es base importante para la evolución de conceptos, proyectos o sueños. Y para la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional la Revista Ocupación Humana configura uno de los más importantes.

Por este motivo se vislumbra esta publicación como un espacio de intercambio y debate, a cerca del ejercicio profesional, las experiencias de vida y sus aportes a los escritos que se albergan en estas paginas.

Las ideas tienen un nuevo sitio de reunión, esperamos recibir y construir conjuntamente con ustedes lo que será Ocupación Humana.

Gracias

Estimado Lector:

El Comité Editorial y la Junta Directiva quieren darle a conocer la relación de los artículos que hasta el momento han sido publicados; esperamos que sea de utilidad en sus consultas. Le recordamos que si no posee algún número de la Revista y está interesado en adquirirlo puede acercarse a la sede de la ACTO o hacérselo saber vía correo, fax o correo electrónico.

Relación de artículos

de la revista

Ocupación Humana

1984

VOLUMEN 1 NÚMERO 1

- Rehabilitación del Enfermo Mental Crónico: Rol del Terapeuta Ocupacional.
T.O. María Eugenia Caicedo ◊
- Tendencia del ejercicio Profesional de Terapia Ocupacional en la Regional No.1 de Bogotá.
T.O. Martha Lucía Montenegro
T.O. Martha Lucía de Tovar
Alicia Trujillo Rojas. M.A., O.T.R.
- Corrector de Postura para Niños Quemados.
T.O. Lucy Carrizoza.

1985

VOLUMEN 1 NÚMERO 2

- Experiencia de Terapia Ocupacional en un Programa de Pensionados.
T.O. Claudia María Payán
- Revisión de la Neuroembriología, Teratología y Ontogénesis de las Malformaciones Congénitas del Sistema Nervioso Central.
M.D. Carlos Medina Malo
- Terapia Ocupacional en Fármacodependencia
T.O. María Eugenia Caicedo

VOLUMEN 1 NÚMERO 3

- Desinstitucionalización en Rehabilitación.
T.O. Martha Bazzani Pedraza. Mg.
En Administración de Salud
- Principios Básicos para Diagnóstico Diferencial en Patologías Infantiles.
María Mercedes Esguerra, Psicóloga,

M.A. en Lenguaje.
T.O. María Antonieta Ortega.

- Enfermedad Genética del Sistema Nervioso Central (Segunda Parte).
M.D. Carlos Medina Malo.
- Comentarios del Libro: A Model of Human Occupation. Theory and Application.
Gary Kielhofner, Dr., P.H., O.T.R.,
E.A.. O.T.A.

1986

VOLUMEN 1 NÚMERO 4

- Palabras de la Presidenta a los Participantes en el V Congreso Nacional de Terapia Ocupacional.
T.O. Belkis Abáunza Forero.
- La Importancia de las Medidas y el Desarrollo de Instrumentos para Terapia Ocupacional.
T.O. Patti A. Maurer.
- Estudio Comparativo de las Conductas Motriz, Adaptativa y Personal Social de Niños Colombianos, partiendo de las Estandarizaciones Clásicas.
T.O. Elsa María Márquez de Gómez
- Sistema de Evaluación Integral para Adultos con Incapacidades Físicas en el Centro Nacional de Rehabilitación-TELETÓN.
T.O. Janeth Bernal.
T.O. Juana Castilla.
T.O. Clara Cortés.
T.O. Azucena Díaz.

T.O. Beatriz Lee.
T.O. Esperanza Ulloa.

- Terapia Ocupacional en Columna Vertebral.
T.O. Liliana Tenorio.
- Aporte y Acción de la Terapia Ocupacional en la Renovación Educativa.
T.O. María Cristina París.
- Modelo de Terapia Ocupacional en Gerontología
T.O. Consuelo Adames.
T.O. Mercedes Cifuentes.
- La Edad Motriz como Predictor de la Capacidad Laboral del Retardado Mental.
T.O. María Clemencia Duque de Manzúr.
- Experiencia de la Terapia Ocupacional en una Comunidad Damnificada.
T.O. Lidia Victoria Acosta.
T.O. Dora Maritza Cabrera.
T.O. Carolina Rodríguez de la P.
- Selección y Desarrollo de Instrumentos de Medición para Terapia Ocupacional.
T.O. Patti A. Maurer.

1987

VOLUMEN 2 NUMERO 1

- Conceptualización y Praxis de la Terapia Ocupacional.
T.O. Martha Acero.
T.O. María Eugenia Caicedo. ☉
T.O. Margarita González.

T.O. María Antonieta Ortega.

- Reflexiones sobre la identidad del Terapeuta Ocupacional.
Alicia Trujillo Rojas. M.A., O.T.R.

VOLUMEN 2 NÚMERO 2

- Jornada de Trabajo Científico "Aproximación al Desarrollo de la Terapia Ocupacional."
T.O. María Cristina Tafur.
- Terapia Ocupacional en Dolor Lumbar.
T.O. María Cristina Tafur.
- Importancia de abordar la Persona con Deficiencia Física como Totalidad.
T.O. María Antonieta Ortega.
- Asimetría Funcional Cerebral.
T.O. Maritza Casanova

1988

VOLUMEN 2 NÚMERO 3

- Terapia Ocupacional y Educación: Un Modelo de Interacción en la Básica Primaria.
Lic. Jeannette Vargas
T.O. Martha Perea R.
- Una Propuesta de Intervención para Terapia Ocupacional en problemas Emocionales severos.
T.O. María Antonieta Ortega
- Fundamentos para una Terapia de Integración Sensorial en el Autismo Infantil.

Alicia Trujillo Rojas. M.A., O.T.R.

- Evolución Histórica y Cultural de la Ocupación en la Tercera Edad.
T.O. María Victoria Urrea

VOLUMEN 2 NÚMERO 4

- Discurso Inaugural del VI Congreso Nacional de Terapia Ocupacional. Bogotá 1988.
T.O. Adriana Ordúz de Cáceres.
Presidenta
- Aproximación al Modelo de la Ocupación Humana en la Formación Profesional en Terapia Ocupacional.
T.O. María Nohra de Bastidas.
T.O. Liliana Tenorio de Santaella
- Pruebas y Mediciones basadas en la Ocupación Humana.
Patti Maurer, Ph.D., O.T.R., FAOTA.
- Desarrollo del Modelo de Ocupación Humana en Niños de Alto Riesgo.
T.O. Emma Grimaldo Giraldo
- La Ocupación Humana: Un Desafío para los Terapeutas Ocupacionales.
T.O. Martha Acero.
T.O. María Antonieta Ortega.
T.O. Margarita González
T.O. María Eugenia Caicedo.

1989

VOLUMEN 3 NÚMERO 1

- Perspectiva Histórica sobre la Disciplina de la Ocupación Humana.
Alicia Trujillo Rojas. M.A., O.T.R.

- La Ocupación Humana: Un Desafío para los Terapeutas Ocupacionales .
T.O. Martha Acero
T.O. María Antonieta Ortega
T.O. Margarita González
T.O. María Eugenia Caicedo. 7

VOLUMEN 3 NÚMERO 2

- Un análisis del Modelo de la Ocupación Humana a la luz de cinco Componentes de un Campo del Conocimiento.
T.O. Martha Torres de Tovar
- Eficacia de un Método Grupal de Actividades Estructuradas sobre las Habilidades de Comunicación Interpersonal en Esquizofrénicos Crónicos.
T.O. Cenia C. Quevedo
T.O. Melba C. Ramírez
T.O. Virginia Pacheco
Alicia Trujillo Rojas. M.A., O.T.R.
- Abstracts de Investigación.

1990

VOLUMEN 3 NÚMERO 3

- Conceptualización y Praxis de la Actividad Ocupacional en el Contexto Social.
T.O. Sara Rodríguez Ospina.
- Trastorno de la Personalidad Borderline y su Tratamiento en Terapia Ocupacional.
T.O. Luisa Fernanda Roa.
T.O. Beatriz Helena López.
T.O. Mariana Lara.

- Protocolo de Intervención para Lesiones de Tendones Flexores.
T.O. María del Carmen Vallejo.

VOLUMEN 3 NÚMERO 4

- Desarrollo Integral del Terapeuta Ocupacional desde la Perspectiva Humanista.
T.O. Psicóloga María Victoria Zapata.
- Hacia una Formación Integral Científico-Humanística del Terapeuta Ocupacional colombiano.
Estudiante de T.O. Myriam Alonso.
- Efectos de un Programa de Independencia Funcional para Mejorar la Adaptación Social en Sujetos con Retardo Mental.
T.O. María Helena Muñoz.
T.O. Claudia P. Escandón.
T.O. Elizabeth Castro.
Alicia Trujillo Rojas, M.A., O.T.R.

1991

VOLUMEN 4 NÚMERO 1

- Reflexiones sobre Terapia Ocupacional.
T.O. María Antonieta Ortega
- Elementos que integran el Componente Investigativo en el Currículum de Terapia Ocupacional.
T.O. María Nohra de Bastidas
- Naturaleza y Evolución de la Terapia Ocupacional como disciplina en la Universidad del Rosario.
T.O. María Cristina París.

- Historia, Filosofía y Políticas de la FEES como Entidad Formadora de Recurso Humano en Terapia Ocupacional.
T.O. María del Rosario Ángel.
- Evolución y Cambios en la Estructura Curricular.
T.O. María Emma Angulo.
- Identidad como Terapeuta Ocupacional a través del Proceso de Estructuración Curricular
T.O. Mireya Elena Cano.
- Identidad de Recurso Humano formado en la Fundación Educativa de Estudios Superiores, a partir de la Evolución de la Práctica Profesional en Terapia Ocupacional.
Tecnóloga Especializada Claudia Viviana Suárez.
- La Posición del Estudiante dentro de una Profesión Nueva y Cambiante.
Estudiante T.O. Constanza Robayo Gómez.
- La Universidad Colombiana y los Universitarios ante el Papel protagónico que les Confiere la Sociedad, como Agentes Gestores de Cambio y Transformación Social.
Estudiante T.O. Myriam Alonso
Estudiante T.O. Mireya Avellaneda.
Estudiante T.O. Leonor Puentes.
Estudiante T.O. Diana Rodríguez.
- Compromiso del Estudiante de Terapia Ocupacional Frente a la problemática Nacional.
Estudiante T.O. Giovanna Lucía Troncoso.
- Comentarios de Libros: Pediatric Occupational Therapy, Sensory Integration.
Junta Directiva A.C.T.O.

VOLUMEN 4 NÚMERO 2

- El Modelo Ocupacional en un Programa de Rehabilitación en Disfunción Psico-social.
T.O. Liliana Tenorio de Santaella
T.O. María Nohra de Bastidas.
- Implementación de un Programa para Personas con Retardo Mental Institucionalizadas.
T.O. Juliette Niño.
- Modelo de Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Comunidad.
T.O. Claudia Payán
Estudiante T.O. Gloria Marmolejo.
Estudiante T.O. Bibiana Luna.

1992

VOLUMEN 4 NÚMERO 3

- Informe ante la Asamblea General A.C.T.O.
T.O. María Antonieta Ortega, Presidenta
- Cualidades del Terapeuta Ocupacional Colombiano: una visión de progreso.
Alicia Trujillo Rojas. M.A., O.T.R.
- El Rol del Terapeuta Ocupacional en Salud Mental.

T.O. Gloria Constanza López
T.O. María Antonieta Ortega.

- Comentarios de Libros: Occupational Therapy: Overcoming Human Performance Deficits.

VOLUMEN 4 NÚMERO 4

- Informe Asamblea General de la A.C.T.O.
T.O. María Antonieta Ortega
- Terapia Ocupacional y el Infante Prematuro.
T.O. Maritza Ferro.
- Posición Oficial de la A.C.T.O en Disfunción Física.
Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional.
- Factores Ocupacionales en los Síndromes de Sobreuso.
T.O. María Cristina Tafur.
- Enfoque de Terapia Ocupacional en la Educación Actual.
T.O. Elvia Cuartas Nieto.
T.O. Lilibiana Aguado Osorno.

1993

VOLUMEN 5 NÚMERO 1

- Ciencia y Tecnología: la Terapia Ocupacional hacia el Siglo XXI.
Alicia Trujillo Rojas, M.A., O.T.R.
- La Alteración de la Acción Ocupacional del Niño por una Inhabilidad Manual.
T.O. Sylvia Cristina Duarte Torres.

- El Medio Ambiente Habitual Consideraciones para la Tercera Edad.
T.O. María Victoria Urrea

- Informe de la Presidenta de la A.C.T.O.
T.O. María Eugenia Caicedo

VOLUMEN 5 NÚMERO 2

- Aportes de la Terapia Ocupacional al Sector Laboral. Parte I: "Condiciones de Trabajo"
T.O. María Nohra de Bastidas.
- Programa de Vigilancia epidemiológica del Ambiente y de los Trabajadores Expuestos al Riesgo de Posturas Inadecuadas y al Manejo de Cargas.
T.O. María Emma Angulo
- El Terapeuta Ocupacional, un profesional clave en el Bienestar del Trabajador y la Productividad de la Empresa.
T.O. Martha Torres de Tovar.

1994

VOLUMEN 5 NÚMERO 3

- Informe de la Junta Directiva.
T.O. María Eugenia Caicedo, Presidenta.
- Terapia Ocupacional en el Sector Educativo Colombiano: una Perspectiva Histórica y de Modernización.
T.O. Laura Álvarez de Bello, Mg. En Educación.

- Aportes de la Terapia Ocupacional al Sector Laboral. Parte II: Análisis Ergonómico.
T.O. María del Pilar Zapata.
T.O. María Nohra de Bastidas.
- La Rehabilitación por medio del trabajo en América Latina.
T.O. María Eugenia Caicedo. Master en Psicología Comunitaria.
- Modelo de Intervención de Terapia Ocupacional en la Atención Integral del Recién Nacido de Alto Riesgo Neurológico.
T.O. Claudia María Payán. Mg. en Administración de Salud.
Estudiante T.O. Liliana Arrechea
Estudiante T.O. María Isabel Botero.
Estudiante T.O. Martha Cecilia Dehakis.
Estudiante T.O. Olga Lucía Posada.

1995

VOLUMEN 6 NÚMERO 1

- Diseño, Confiabilidad y Validez del Test de Actividades de la Vida Diaria (TAVD).
Arango y Rodríguez.
T.O. María Fernanda Arango.
T.O. Elizabeth Rodríguez.
"Premio de Investigación GLORIA SERRATO DE DÍAZ 1992-1994."

VOLUMEN 6 NÚMERO 2

- Desempeño Ocupacional Realizante: un Modelo sobre los Propósitos de la Terapia Ocupacional.
Alicia Trujillo Rojas., M.A., O.T.R.

- Bienestar Ocupacional del Escolar T.O. Laura Álvarez de Bello. Mg. en Educación.
- Parámetros generales de Intervención Ocupacional en Enfermedades Reumatoideas.
T.O. Sylvia Cristina Duarte Torres.
- Estrategias de Apoyo Social a la Tercera Edad.
T.O. María Teresa Rodríguez.

1996

VOLUMEN 6 NÚMERO 3

- Efectividad de la Rehabilitación Fisioterapéutica, Ocupacional y Fonoaudiológica, un Marco de Referencia. (I Parte)
Alicia Trujillo Rojas., M.A., O.T.R.
Fonoaudióloga Clemencia Cuervo.
Fisioterapeuta Martha Escobar de Villate.
- Tecnologías en Rehabilitación, un Escenario de Acción para Terapia Ocupacional.
T.O. Karin Garzón Díaz, Aspirante a Mg. en Desarrollo Educativo y Social
- Trabajo y Educación en las Cárceles Colombianas.
T.O. Ana María Gómez, Licenciada en Pedagogía y Administración Educativa, Mg. en Educación.
- Diagnóstico y Enfoque Ocupacional de los Problemas de Aprendizaje.
T.O. Juliana Gutiérrez.

VOLUMEN 6 NÚMERO 4

- Oportunidades y Retos de la Legislación en Salud.
T.O. Alix Solangel García, Mg. en Desarrollo Educativo y Social, Especialista en Seguridad Social.
- Investigación Estratégica del Futuro.
T.O. Aleida Fernández Moreno, Mg. en Desarrollo Educativo y Social
- X Congreso Nacional de Terapia Ocupacional, Villa de Leyva.
El Terapeuta Ocupacional hoy.
T.O. Sylvia Cristina Duarte Torres.
- Efectividad de la Rehabilitación Fisioterapéutica, Ocupacional y Fonoaudiológica: un Marco de Referencia (Segunda Parte).
Alicia Trujillo Rojas, M.A., O.T.R.
Fonoaudióloga Clemencia Cuervo.
Fisioterapeuta Martha Escobar de Villate
- Impacto del Programa de Autocuidado de Ancianos Residentes en el Hogar San Pedro Claver de la Beneficencia de Cundinamarca.
T.O. María Victoria Urrea.
- Modelo de Pedagogía Participativa para Programas de Educación Preescolar (Resumen)
Fonoaudióloga Mariluces Amaya de Lee
Fonoaudióloga Beatriz Restrepo de Franco
Fonoaudióloga Carmen Elisa Trujillo de Prias
T.O. Rosalba Lizarazo de Nempeque
T.O. Martha Tobón de Awad

1997

VOLUMEN 7 NÚMERO 1

- El Terapeuta Ocupacional y la Rehabilitación en Salud Mental.
T.O. María Eugenia Caicedo, Mg. en Psicología Comunitaria.
- Anillos Antideformantes utilizados en Osteoartritis.
T.O. Claudia Patricia Escandón.
- Salud Mental Comunitaria.
T.O. Jeannette Méndez, Mg. en Desarrollo Educativo y Social.
- Criterios de Selección de Ayudas Técnicas de la Rehabilitación.
Ingeniero Mecánico, Joaquín Guillermo Duque, Especialista en Ergonomía.
- El Egresado de la Facultad de Terapia Ocupacional de la Escuela Colombiana de Rehabilitación y la Renovación Curricular.
T.O. Martha Bazzani.
- Diseño de un Protocolo de intervención de Terapia Ocupacional en Niños con Síndrome de Guillain-Barre.
T.O. Sylvia Cristina Duarte Torres.

VOLUMEN 7 NÚMERO 2

- Palabras del GLARP en la Celebración de los 25 Años de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional.
Doctor Julián Ospina Leal, Coordinador Área de Proyectos.

- 25 Años de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional.
T.O. Sylvia Cristina Duarte Torres, Presidenta 1996-1998.
- Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional. Acta de Constitución.
- Exploración del Desempeño del Terapeuta Ocupacional.
T.O. Ana María Gómez, Mg. Vicepresidente 1996-1998.
- Reflexiones sobre la Ética del Terapeuta Ocupacional: un deber social.

Alicia Trujillo Rojas, M.A., O.T.R.

- Perfil del Terapeuta Ocupacional en la Universidad Nacional de Colombia.
T.O. Aleida Fernández Moreno, Mg. en Desarrollo Educativo y Social Coordinadora Académica Carrera de Terapia Ocupacional.
- Escuela Colombiana de Rehabilitación.
T.O. Elvia Cuartas, Decana Facultad de Terapia Ocupacional.
- Perfil de Formación del Futuro Terapeuta Ocupacional en la Universidad del Valle.
T.O. Claudia María Payán, Directora Programa Académico.
- Fundación Universitaria Manuela Beltrán "UMB"
Terapia Ocupacional. Formando Líderes Integrales en Terapia Ocupacional.
T.O. Adriana Saavedra Bernal, Directora Terapia Ocupacional.

- Perfil de Formación del Futuro Profesional de Terapia Ocupacional. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
T.O. María Eugenia Caicedo C., Decana Terapia Ocupacional.
- Perfil de Formación del Terapeuta Ocupacional en la Corporación Universitaria de Santander.
T.O. Diana Patricia Barrera Santos, Directora Terapia Ocupacional.
- Universidad Metropolitana de Barranquilla, Ciencias de la Salud.

1998

VOLUMEN 7 NÚMERO 3
(VOLUMEN 8 NÚMERO 1)

- Comunidad con Población Preescolar.
T.O. Sylvia Cristina Duarte Torres.
T.O. María del Pilar Guevara
- Relación entre Juego y Autocuidado Infantil. Una Perspectiva desde la Terapia Ocupacional.
T.O. Dora Lucy Guarín C.
T.O. Nury Constanza Ramírez
T.O. Aleida Fernández Moreno Mg. en Desarrollo Educativo y Social, Directora.
- El Juego, espacio natural para favorecer el desarrollo motor.
T.O. Martha Tobón de Awad. Por un Mañana.

- Código de Procedimientos de Evaluación y Tratamiento de Terapia Ocupacional. Una propuesta.
Alicia Trujillo Rojas, M.A., O.T.R.
- Orientación Ocupacional para Estudiantes del Grado Décimo de una Institución Educativa en Santa Fe de Bogotá: Síntesis del Proyecto.
Estudiante T.O. Carolina López D.
Estudiante T.O. Andrea María Perozzo M.
- Reconversión de Servicios de Rehabilitación: EL CARI, una Experiencia.
T.O. María Inés Arteta M.
- Terapia Ocupacional en el Manejo Integral del Paciente con Enfermedad Reumática: Síntesis de Trabajo de Grado. Modalidad Pasantía
Estudiante T.O. Astrith Morales B.
Estudiante T.O. Obeida Esmeralda Preciado.
Estudiante T.O. Adriana Velásquez N.
T.O. Nohora Stella Díaz, Directora.
- Publicaciones disponibles en la Biblioteca de la ACTO.

VOLUMEN 7 NÚMERO 4

- Reconocimiento Premio de Investigación XI Congreso Nacional de Terapia Ocupacional: Categoría Profesionales.
Comparación de dos Férulas de Distinto Material en cuanto a Efectividad en Amas de Casa con Síndrome del Túnel Carpiano.

T.O. Delia Viviana Santaella.
T.O. Helina Margarita Herrera.

- Informe Comité de Ética de la ACTO.
T.O Ana María Gómez, Vicepresidenta ACTO.
- Implicaciones de la Ética para los Terapeutas Ocupacionales.
T.O. Carolina López.
T.O. Andrea María Perozzo.
- Agenda Educativa de Terapia Ocupacional para el Tercer Milenio.
Alicia Trujillo Rojas, M.A., O.T.R.
- La Terapia Ocupacional en el Marco de la Seguridad Social en Salud.
T.O. Alix Solangel García. Mg. en Desarrollo Educativo y Social. Especialista en Seguridad Social.
- Calidad de los Servicios de Terapia Ocupacional y Guías de Atención Basadas en la Evidencia.
T.O. Aleida Fernández Moreno, Mg. en Desarrollo Educativo y Social.
T.O. Alix Solangel García. Mg. en Desarrollo Educativo y Social. Especialista en Seguridad Social.
- Publicaciones disponibles en la Biblioteca de la ACTO.

1999

VOLUMEN 8 NÚMERO 1

- Informe de Junta Directiva ante la Asamblea de la ACTO. (Noviembre 1996- Marzo 1999).
T.O. Sylvia Cristina Duarte Torres

- Hábitos y Práctica en la Escuela de Rehabilitación Humana de la Universidad del Valle, desde la Concepción de Bordieu.
T.O. Aida Josefina Rojas.
T.O. María Helena Rubio.
- Una Propuesta para la Elaboración de Guías de Práctica Basadas en la Evidencia para Terapia Ocupacional.
T.O. Alix Solangel García, Mg. en Desarrollo Educativo y Social. Especialista en Seguridad Social.
T.O. Aleida Fernández Moreno, Mg. en Desarrollo Educativo y Social.
- Perspectiva del Ejercicio Profesional del Terapeuta Ocupacional en el Área Educativa.
Martha Tobón de Awad.
- Autonomía Profesional del Terapeuta Ocupacional.
T.O. Olga Luz Peñas, Candidata a Mg. Sc. En Salud Pública.
- Programa para el Desarrollo Emocional de los Niños Preescolares.
Amaya, Restrepo, de Prias, Lizarazo, Tobón. Por un Mañana.
- Una Experiencia de la Vida Real
Ingeniera de Sistemas María Claudia Rodríguez
- Publicaciones disponibles de la ACTO.

VOLUMEN 8 NÚMERO 2

- Caracterización del comportamiento ocupacional de personas desplazadas por la violencia.

T.O. Sara Helena Torres
T.O. Marisol Gómez
T.O. María Teresa Rodríguez.

- Factores de riesgos ergonómicos locativos y mecánicos a los que se ven expuestos los Terapeutas Ocupacionales que se desempeñan en el Área de Discapacidades Físicas del Hospital Militar Central de Santa Fe de Bogotá.
T.O. Angela Andrea Marín
T.O. María Eugenia Quemba.
T.O. Martha Lucía Torres
- Incidencia del estrés en la fibromialgia
Psicóloga: María Cristina Camacho
- La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad un reto para Terapia Ocupacional
T.O. Jeannette A. Méndez.
- Relación artículos de la Revista Ocupación Humana

2000

VOLUMEN 8 NÚMERO 3

- Competencia del Terapeuta Ocupacional en el abordaje de la cultura organizacional.
T.O. Lina Nizeth Uribe
T.O. Luz Elena Rodríguez
T.O. Marcy Viviana Acosta
T.O. Ana María Gómez
- Una propuesta de atención sociolaboral para exguerrilleros
T.O. Patricia Cuellar Sánchez

- Diferencias del desempeño ocupacional y Autocuidado en ancianos hemipléjicos derechos e izquierdos.
T.O. María Victoria Urrea
- La Salud Mental en Colombia: una revisión de su situación
T.O. Olga Luz Peñas Felizzola
- Intervención de Terapia Ocupacional con la población privada de la libertad.
T.O. Ana María Gómez G.

2001

VOLUMEN 8 NÚMERO 4

- Terapia Ocupacional y el menor de edad infractor.
T.O. Ana María Gómez G.
T.O. Anamaría Hernández R.
- Más allá de una visión clínica de la discapacidad.
T.O. Alicia Trujillo Rojas
Fonoaudióloga Clemencia Cuervo Echeverri
Fisioterap. Martha Escobar de Villate
- Rehabilitation services for visually impaired children: early intervention or a long delay?
María Inés Rubo de Souza Nobre
Edma Rita Temporini
Newton Kara-José
Rita de Cássia Letto Montilha

- Factores que inciden en la acción de escribir a mano
T.O. Sylvia Cristina Duarte Torres

- El menor trabajador: un problema globalizado
T.O. Olga Luz Peñas Felizzola
- Impacto del egresado de Terapia Ocupacional de la Universidad Metropolitana. Barranquilla 2000
T.O. Fanny Buitrago R.
T.O. Maite Flórez L.

VOLUMEN 9 NÚMERO 1

- Premio de Investigación "Gloria Serrato de Díaz" Categoría Estudiantes. XII Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional.
Efectividad de un programa de intervención de Terapia Ocupacional para la nivelación del procesamiento sensoromotor en niños y niñas institucionalizados de 3 a 5 años de edad
T.O. Nina Millán
T.O. Diana Rodríguez.
- Modulación sensorial: un problema de sintonía
T.O. Martha Tobón
- Modelo automatizado para prescripción del sistema de silla de ruedas "MAPSI"
T.O. Adriana María Ríos Rincón
- La actividad académica del estudiante universitario como proceso ocupacional: comprensión desde la Terapia Ocupacional
T.O. Clara Duarte Cuervo.

VOLUMEN 9 NÚMERO 2

- Posicionamiento de los programas académicos de Terapia Ocupacional:

una meta prioritaria.

M.A., O.T.R. Alicia Trujillo Rojas

- Esclerosis múltiple y calidad de vida ¿Qué estamos haciendo en Terapia Ocupacional?

M.A., O.T.R. María Cristina Tafur

- Integración escolar: utopía o realidad

T.O. Martha María Tobón

- Rehabilitation of the visually impaired: opinions and expectations regarding individual limitations and the "Waiting-Group".

Rita de Cassia Letto Montilha

Edméa Rita Temporini

Maria Inês Rubo de Souza Nobre

Newton Kara-José

- Hacia una nueva concepción de la discapacidad

T.O. María Eugenia Caicedo

- Demostrar el impacto de los servicios: una prioridad de la Terapia Ocupacional.

Alicia Trujillo Rojas

- Tecnología y autonomía personal. Aproximaciones prácticas

T.O. Rosario Laserna

- Bioética, rehabilitación y discapacidad

T.O. Sylvia Cristina Duarte

- Visión Ocupacional en la dinámica de gestión de las organizaciones.

T.O. Karin Garzón Díaz

- Dieta Sensorial. Programa de actividades cotidianas basado en la teoría del procesamiento sensorial

T.O. Laura Álvarez de Bello

- La prevención integral en población consumidora de sustancias psicoactivas

T.O. Lyda Pérez Acevedo

- Dimensión afectiva como componente formativo.

T.O. Aida Josefina Rojas E., María del Pilar Zapata A.

- Importancia de la evaluación de puesto de trabajo como herramienta de la evaluación y análisis ocupacional, quehacer cotidiano del Terapeuta Ocupacional, dentro de un contexto multivariado.

T.O. Flor Esperanza Rodríguez Ferro

2002

VOLUMEN 9 NÚMERO 3

- Vinculación Universidades con la celebración de los 30 Años de la ACTO
- La Universidad del Rosario y las agremiaciones
- Relaciones entre la Asociación Profesional y la Academia. Notas desde la Universidad Nacional.
- Qué significado tiene la ACTO para la UDES-Cúcuta
- Factores que influyen en los profesionales y estudiantes de Terapia Ocupacional de la ciudad de Barranquilla para su vinculación como miembro (ACTO)
- Institución Universitaria Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación

- La atención: Proceso y producto complejo
T.O. Tulia María Zuluaga de Garavito

VOLUMEN 9 NÚMERO 4

- Terapia Ocupacional para personas con enfermedad crónica en fase avanzada: Una visión desde la logoterapia
T.O Magda Díaz, Sonia Pachón, Leila Sanabria, Alicia Trujillo
- Terapia Ocupacional en el manejo de subluxación del hombro en paciente hemipléjico
T.O Nidia A. García
- Terapia Ocupacional en la vida real de los pacientes con lesiones neurológicas
T.O María Cristina Tafur
- Perspectiva de la intervención de Terapia Ocupacional en comunidad
T.O Jeannette A. Méndez M
- La dimensión espiritual en Terapia Ocupacional
T.O Martha Lucía Santacruz G.
- Una aproximación a los problemas de grafismo
T.O Diana Peñuela
- El ambiente de la escuela y el desempeño ocupacional del escolar: Propuesta de intervención ambiental desde el quehacer de Terapia Ocupacional.
T.O Martha Tobón ▼

Afíliese ya a la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional

y obtenga
la revista **Ocupación
Humana**

Nombres y Apellidos _____

No. de cédula del suscriptor _____

Tel. Casa _____ Tel. Oficina _____

Otro tel. de contacto _____

e-mail _____

Fecha Nacimiento _____

Dirección envío revista _____

Ciudad _____ Depto. _____

Firma

Para Estudiantes

Inscripción \$60.000

Cuota Anual \$60.000

Profesionales

Inscripción \$90.000

Cuota Anual \$90.000

Consigne a nombre de la Asociación Colombiana de Terapia
Ocupacional y envíe la copia del recibo de consignación adjunto a este
formato al fax 3480452 o por correo postal.

En caso de dudas comuníquese con nosotros.

Cancele a través de su tarjeta Crédito - Débito o
realizando consignación en alguna de estas cuentas:

BANCAFE Cta. No. 01701292-3

DAVIVIENDA Cta. No. 00860033789-6



La Revista Ocupación Humana, es la publicación oficial de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, su finalidad es el fortalecimiento del cuerpo de conocimiento en Terapia Ocupacional a nivel teórico, práctico, investigativo y educativo. Publica investigaciones, ensayos, revisiones bibliográficas, estudios de caso y cartas al editor, previa aprobación del Comité Editorial; el cual puede hacer algunas modificaciones de forma con el fin de presentar convenientemente el artículo.

Los trabajos, salvo circunstancias especiales, deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la revista, su reproducción total o parcial debe contar con la aprobación del editor y dar crédito a la publicación original. La responsabilidad de los conceptos emitidos en los artículos publicados, es íntegramente del autor.

Normas

1. Los trabajos deben ser remitidos a la ACTO, en original y dos copias, no deben exceder las 20 páginas, escritas a doble espacio, en papel blanco tamaño carta, empleando una sola cara del papel con numeración consecutiva, con tres centímetros de margen alrededor del escrito; con copia en disquete o CD, rotulándolo con los siguientes datos: nombre del archivo, programa de procesamiento y nombre del artículo. Deben venir acompañados de una carta del autor principal en donde manifiesta la revisión y aprobación del material por los demás autores, así como el nombre, dirección, teléfono y e-mail a quien se debe dirigir la correspondencia.

2. Cada componente del trabajo debe iniciarse en una nueva página de acuerdo a la siguiente secuencia: página del título, resumen y palabras clave, texto, conclusiones, bibliografía, tablas y leyenda para las figuras.

3. La primera página debe contener el título, los nombres de los autores con sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional y opcionalmente datos que les permitan ser contactados por los lectores (correo postal o electrónico).

4. En la segunda debe ir el resumen en español e inglés de no más de 150 palabras, enunciando los objetivos del trabajo, método, resultados y conclusiones; y una lista de tres a diez palabras clave en español e inglés.

5. El texto debe incluir una introducción donde se exponga el fundamento del escrito. El cuerpo del texto debe estar sustentado por bases teóricas y conceptuales relevantes para la Terapia Ocupacional. Se deben describir claramente las implicaciones del trabajo para el desarrollo de la profesión a nivel práctico, investigativo o conceptual.

6. Para las investigaciones el texto debe contener además una descripción clara de los métodos y los resultados, con el fin de que estos puedan ser replicados en otras experiencias.

7. Las abreviaturas deben explicarse y su uso ser limitado. Cada referencia, figura o tabla se debe citar en el texto en orden numérico (el orden en el cual se menciona en el texto, determinará los números de las referencias, figuras o tablas)

8. El material bibliográfico debe citarse así:

Artículos de Revistas

(1) Relacione los seis primeros autores, seguidos por et al. DeGandi G.A., Berk R, Larsen LA. The measurement of vestibules-based functions in preschool children. *American Journal of Occupational Therapy* 1980 Jun 1;34(11):452-9.

(2) Organización como autor: The Cardiac Society of Australia and New Zealand. *Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines.* *Med J Aust* 1996;164:282-4.

(3) Anónimo Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

(4) Artículo en otro idioma que no sea el inglés: Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hos tidligere frisk kvinne.

Tidsskr Nor Laegeforen 1996;116:41-2.

(5) Número sin volumen Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995;(320):110-4.

(6) Sin número o volumen Browell DA, Lennard TW. Immunology status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

(7) Con paginación en números romanos Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995 Apr; 9(2): xi-xii.

Publicaciones

(8) Autor(es) individual(es) Trujillo A. Terapia ocupacional, conocimiento y practica en Colombia. Bogota (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2002.

(9) Editor(es) o compilador(es) como autor(es) Hopkins HL, Smith HD, editores. *Terapia Ocupacional*. 8 edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 1998.

(10) Una organización como autor y como editorial: Secretaria Distrital de Salud de Bogota, D.C. (Colombia). Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad en Bogota D.C. Bogota: Secretaria Distrital de Salud de Bogota, D.C; 2001.

(11) Capítulo de un libro [Nota: El estilo de Vancouver anterior normaba una coma en lugar de una p antes del número de la página.] Gibson D, Richert GZ. *Psiquiatría y Salud Mental*. En: Hopkins HL, Smith HD, editores. *Terapia Ocupacional*. 8 edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 1998. p.533-35.

(12) Memorias de eventos Kimura J, Shibusaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan*. Amsterdam: Elsevier; 1996.

(13) Tesis de grado: Becerra P, Moreno M. *Perspectivas de Terapia Ocupacional frente al VIH/SIDA: una experiencia de VIHDA [Disertacion]*. Bogota (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2002.

Otros trabajos publicados

(14) Artículo de prensa Ortega M. Sobreestimar no crea genios. *El Tiempo* 1999 Sep 12; Sec.C:1.

(15) Material audiovisual VIH/SIDA: los factores y el futuro [videocasete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

(16) Documentos jurídicos Legislaciones: of 1993, Pub. L. No. 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993). *Proyectos de ley: Medical Records Confidentiality Act of 1995, S. 1360, 10th Cong., 1st Sess. (1995)*.

(17) Diccionarios y obras de referencia similares *Diccionario medico Stedman*. 26 ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. *Apraxia*; p. 119-20.

(18) Artículo de revista en formato electrónico Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis [serial online]* 1995 Jan-Ma [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

9. El material ilustrado debe ir en blanco y negro. Toda ilustración debe tener una leyenda descriptiva y numeración, 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 de limitar el número de ilustraciones por escrito.

Si desea ampliar esta información consulte "Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma Vancouver)" en la sede de la Asociación.