

Editorial



**CLAUDIA MARCELA
ROZO REYES**

El desarrollo de nuestra profesión, Terapia Ocupacional, ha venido recorriendo diferentes momentos. Identificar y perfilar el destino de nuestro objeto de estudio, exige el reconocimiento de la importancia que nuestro quehacer profesional tiene dentro de un país con altos índices de violencia, pobreza, desplazamiento, condiciones de desigualdad.

El avance de nuestra profesión debe estar íntimamente ligado con el desarrollo del conocimiento ya que éste permite la evolución, crecimiento y reconocimiento dentro de la sociedad.

Un país inmerso en la violencia e injusticia, exige poner soluciones al alcance de la población que articulen y totalicen la relación del hombre y el entorno. La ocupación es sin duda el medio vinculante más eficaz entre estos dos elementos, ya que es la forma más potente de permitir la adaptación de los seres humanos a sociedades cambiantes, en ocasiones hostiles y desconocedoras de las historias personales.

La ocupación con su carácter multidimensional, puede devolver y otorgar la dignidad personal, construir sociedades más humanas, favorecer el sentido de igualdad de oportunidades a los miembros de la sociedad, superando todas las formas de discriminación y alcanzando la participación social.

El crecimiento y desarrollo de nuestra profesión debe centrarse en la comprensión de nuestra realidad so-

cial, ambiental, política y económica, basado en un amplio pero profundo conocimiento de la condición humana, que permitan generar estrategias para el desarrollo humano sostenible.

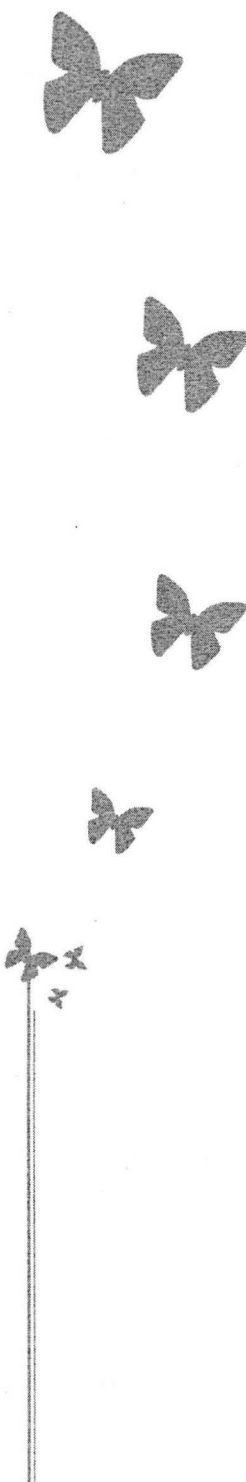
Nuestro país clama por soluciones provenientes de las minorías que alcanzan los niveles de formación en Educación Superior, para la formulación de propuestas de restauración social basadas no sólo en adecuados procedimientos técnicos, sino en los fundamentos de la equidad, el bienestar y la convivencia de los que carece la sociedad.

Estamos los terapeutas ocupacionales llamados a atender esas necesidades sociales y a poner al servicio del desarrollo social, nuestros conocimientos, concepciones del ser humano y de la ocupación, que permitan el desempeño ocupacional efectivo, contribuyendo con la calidad de vida de las personas y de las comunidades. Esto exige nuevas actitudes de parte nuestra como el acceso a la participación política y liderazgo para la gestión de propuestas referentes al bienestar de las comunidades. Así como también de hacer evidente la importancia de nuestro hacer, basados en fundamentos científicos e investigativos sobre la eficacia de las acciones.

Es decir, tenemos inquietantes responsabilidades pero también grandes fortalezas dentro de nuestra formación que deben comprometer nuestras cualidades intelectuales, espirituales, estéticas, afectivas y éticas, en el marco del respeto por los derechos humanos y la convivencia social.

Todo esto nos está llevando a un cambio dentro de nuestro ejercicio profesional, que nos obliga a plantearnos nuevos retos en un sistema de seguridad social, que resulta incluso





amenazante para la calidad. Sin embargo, sucumbir frente a las exigencias de una sociedad enferma desde muchos puntos de vista, pero sin recursos económicos o sociales para atender sus necesidades, hace necesario que generemos nuevo conocimiento, que permita la unidad y comprensión de otras formas de intervención. Una de las funciones de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, es velar por la actualización de los profesionales nacionales, por la publicación de los trabajos realizados en distintas áreas del conocimiento y por el mejoramiento de la calidad del ejercicio profesional. La Revista Ocupación Humana, como medio de difusión del conocimiento y de los avances de nuestra comunidad científica, ha recibido una amplia variedad de aportes al conocimiento y probablemente al quehacer diario para los terapeutas ocupacionales.

En este número de la revista recibimos el aporte de profesionales de distintas áreas, que con temas diversos ilustran hoy a nuestro gremio. El recorrido por los temas es amplio e incluye propuestas de intervención, nuevas concepciones acerca de herramientas de trabajo y algunos conceptos curriculares para la formación actual de profesionales de la Rehabilitación, sea ésta la oportunidad de invitar a todos los miembros de la comunidad científica a continuar divulgando sus propuestas, investigaciones y otras actividades académicas que enriquecen nuestra profesión.

CLAUDIA MARCELA ROZO REYES
Editora

Contenido



1

Editorial - *Claudia Marcela Rozo Reyes*

5

Creación de programas para al educación en valores en la etapa preescolar: incumbencia del terapeuta ocupacional que trabaja en educación
Martha María Tobón

22

Propuesta para la implementación de un programa de hábitos de estudio dirigido a estudiantes de primer año de terapia ocupacional - *Angélica María Monsalve Robayo, Claudia Marcela Rozo Reyes*

33

Calidad de vida, un reto para el terapeuta ocupacional en salud mental comunitaria
Marta Lucía Santacruz González

51

El diseño significativo - *Mario Alberto Pinilla G.*

59

Estimulación cognitiva, un medio para favorecer la participación del adulto mayor
Angélica Monsalve Robayo, Ángela María Peñaranda Saavedra, Claudia Rozo Reyes

68

Reflexiones sobre currículo y prácticas pedagógicas de los programas de rehabilitación de la Universidad del Rosario - *Amparo Ardila de Chaves, Ingrid Tolosa Guzmán*

77

Protocolo de evaluación intrahospitalaria en terapia ocupacional para pacientes con quemaduras: desempeño ocupacional exitoso del niño y el adulto - *Liliana Álvarez Jaramillo, Yurani Vecino Martínez*



Creación de programas para la educación en valores en la etapa preescolar: Incumbencia del terapeuta ocupacional que trabaja en educación

Creation of programs for the education in values in the preschooler stage: A objective of the Occupational Therapist to work in education

Resumen

Este artículo ofrece a maestros y terapeutas ocupacionales un espacio de reflexión sobre las bases teóricas, lineamientos educativos y desarrollo de programas para iniciar al niño preescolar en la formación en valores humanos y posturas de convivencia social.

Resalta la incumbencia del terapeuta ocupacional en autores como Trujillo, Schwarts y Engquist, quienes han resaltado la importancia de la acción transformadora del terapeuta ocupacional en la comunidad. Utiliza a Hopkins, Schwarts, Chen, Kielhofner y De Las Heras, para ubicar el área del desempeño ocupacional que influye sobre la formación en valores.

Define los valores y su relación con los derechos y deberes de los niños, su proceso de construcción y la importancia de enseñarlos tempranamente. Muestra el currículo para su construcción de acuerdo con los lineamientos colombianos para educación preescolar. Hace énfasis en el papel del maestro y del terapeuta ocupacional.

Ejemplifica la propuesta conceptual con el programa de desarrollo emocional del “Jardín Infantil Por un Mañana” en Bogotá, Colombia.

MARTHA MARÍA TOBÓN
Terapeuta Ocupacional
Universidad Nacional de Colombia
Especialista en Docencia Universitaria
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
E-mail: awadtoyon@hotmail.com
Por un mañana
Carrera 68 Transversal 62 No 174-51
San José de Bavaria
Bogotá, D. C. - Colombia

★ Palabras claves

Valores, derechos y deberes de los niños, voluntad y valores éticos, desempeño ocupacional y valores humanos, valores humanos y educación.

★ Abstract

The purpose of this article is to open a space of thinking on theoretical basis of teaching values and social behavior to preschool children. It concern to occupational therapist who work on building values. It emphasizes their role when teaches values.

It highlights the important role the O.T. plays about building of values in direct connection with the community engaged in communal life.

Defines values and their relationship with children rights and their obligations. It talks about how to promote values and their importance to do this during the preschool years.

The article also shows how the Colombian preschool curriculum is design to teach values according to our culture.

It mention s some authors who have written about O.T. importance in this area. They are Trujillo, Schwarts & Engquist,,Hopkins, Chen, Kielhofner or De Las Heras.

Lastly, talks about the development and implementation of an emotional intelligence program at "Por un Mañana" preschool in Bogotá, Colombia.

★ Key words

Social values, human rights and obligations, volition and values, occupational performance and values, education and values.

“Mantener una relación ética con los otros es estar siempre dispuesto a concederles la palabra y a poner en palabras lo que exigimos de ellos, lo que ofrecemos o lo que les rechazamos”.

FERNANDO SAVATER

El objetivo de este artículo es ofrecer a los maestros y terapeutas ocupacionales que se desempeñan en el campo educativo, un espacio de reflexión sobre las bases teóricas, los lineamientos educativos y el desarrollo de los programas para iniciar al niño preescolar en la formación en valores éticos y posturas de convivencia social, resaltando su papel como educadores.

Primero se definirá lo que son los valores humanos y su relación con los derechos y deberes de los niños. Después se ubicará el área del desempeño ocupacional que influye sobre la formación en valores. Luego se hablará sobre el proceso de construcción de valores. A continuación se resaltaré la importancia de la formación en valores durante la etapa preescolar. Posteriormente se mostraré en qué consiste el currículo preescolar para la construcción de esos valores. Luego se mostraré el papel del maestro, del terapeuta ocupacional y del con-

texto escolar en la educación en valores. Finalmente se utilizará el programa de formación de valores del Jardín Infantil Por un Mañana, como un ejemplo de la implementación de la propuesta teórica aquí planteada.

La base teórica de este artículo en formación de valores se apoya en autores como Lev Vigotsky, Luis Carlos Restrepo, Martha Rodríguez, Agustín Nieto Caballero, Helena Ortiz de Maschwitz, y Manuel Iceta, entre otros. La incumbencia del terapeuta Ocupacional en la formación de los valores en los niños se sustenta en autores como Helen Hopkins, Barquer Schwartz, Jen Suh Chen, Gary Kielhofner, Carmen De Las Heras, Alicia Trujillo, Schwartz, y Engquist, quienes han resaltado la relación de los valores con el desempeño ocupacional y la importancia de la actuación del terapeuta ocupacional en relación directa con la comunidad, durante su ejercicio profesional.



Los valores humanos y su relación con los derechos y deberes de los niños

Según los lineamientos curriculares del preescolar, los valores son los principios que orientan la actitud ética y moral de las personas para relacionarse con el entorno y tomar decisiones

sobre como vivir (Ministerio de Educación Nacional, 1998). Con base en éstos el hombre clasifica sus actuaciones en una escala de prioridades éticas que se convierten en la medida

con la cual califica, aprueba o desaprueba las acciones propias y las de los demás.

La construcción de la escala de valores se inicia desde la niñez gracias a la interacción con el entorno social el cual ofrece un referente externo con el cual contrastar las propias ideas sobre los principios que regirán la vida (Chen, Kielhofner y De las Heras, 1996). Por lo tanto los valores que el individuo desarrolla durante sus primeros años son definitivos para la adopción de la postura ética que le permitirá aceptar los deberes con la sociedad, respetar los derechos de los demás y hacer valer los propios, entre otras acciones.

Por otra parte, la práctica y respeto de los derechos y deberes aceptados por un contexto social determinado, favorece el aprendizaje y entendimiento de los valores de acuerdo con la idiosincrasia que mueve sus acciones (Rodríguez, 1997). O sea que es vital tener en cuenta cuales son los deberes y derechos que se practican en cada grupo social pues éstos llevan al niño a desarrollar ciertos valores humanos que le identifican con su comunidad. En Colombia se tienen en cuenta los deberes y derechos propuestos en convención sobre los derechos del niño (1). El cuadro No. 1 define los derechos, los deberes y los valores y ejemplifica su relación.

DERECHO	DEBER QUE CONLLEVA	VALOR QUE LO PROMUEVE
LO QUE NO SE PUEDE NEGAR. LO QUE ES JUSTO CONMIGO. LO QUE PUEDO HACER POR MÍ.	LO QUE NO PUEDO NEGAR A LOS DEMÁS. LO QUE ES JUSTO CON OTROS. LO QUE TENGO QUE HACER PARA VIVIR EN COMUNIDAD.	LOS PRINCIPIOS PARA CONDUCTIR MIS ACCIONES. LO QUE ES PRIORITARIO PARA DECIDIR CÓMO ACTUAR.
Derecho a un nombre y una nacionalidad	Respetar a su familia. Amar y respetar a su país Hablar bien de su familia y su país	<ul style="list-style-type: none"> • Fidelidad • Respeto • Responsabilidad
Derecho a la vida	No jugar a la guerra. No matar ningún ser vivo Quererse y valorarse como ser único No consumir drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto • Justicia • Responsabilidad
Derecho a la educación	Asistir a la escuela cumplidamente. Aprovechar lo que me enseñan. Estudiar Preferir el estudio antes que aceptar trabajos riesgosos.	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad • Respeto • Honestidad • Solidaridad • Tolerancia
Derecho al amor y a la familia	Amar a los padres. Acompañarlos. No olvidar las tradiciones de los abuelos. Dar buen trato y amor a otros. Ayudar en los oficios de la casa.	<ul style="list-style-type: none"> • Fidelidad • Reconciliación • Tolerancia • Respeto • Responsabilidad • Justicia
Derecho al ambiente sano	Cuidar las plantas. Defender la naturaleza. Defender los animales. Disfrutar y cuidar el agua.	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto • Responsabilidad

(Continúa...)

(Continuación)

Derecho a la diferencia	Respetarnos. Aceptar que existen opiniones diferentes. Reconocer el valor de la diferencia.	<ul style="list-style-type: none">• Tolerancia• Respeto• Sinceridad• Justicia
Derecho al cuidado especial	Cuidar al minusválido Apoyar al débil. Atender primero al mas débil. Buscar ayuda si estoy en problemas	<ul style="list-style-type: none">• Reconocer la diferencia• Justicia• Responsabilidad• Solidaridad• Tolerancia
Derecho a no trabajar antes de la edad permitida	Escoger el estudio antes que los trabajos riesgosos. Aprovechar lo que recibimos en casa. Ayudar en los oficios de la casa.	<ul style="list-style-type: none">• Justicia• Solidaridad• Respeto• Colaboración
Derecho a la libertad de expresión	Escuchar a los demás. No ofender. Comprendernos.	<ul style="list-style-type: none">• Tolerancia• Respeto• Honestidad• Sinceridad
Derecho a ser los primeros	Atender primero al mas pequeño. Ser solidario. Hacer grupos de apoyo durante los desastres.	<ul style="list-style-type: none">• Solidaridad• Respeto• Justicia
Derecho al buen trato	Dar buen trato y amor a otros. No ofender. Respetarnos. Contarle a tu familia si alguien trata de abusar de tu cuerpo. No dejarse convencer para cometer delitos.	<ul style="list-style-type: none">• Honestidad• Justicia• Reconciliación• Solidaridad
Derecho a la paz	Ser constructor de paz. No jugar a la guerra. Respetar a todo ser vivo.	<ul style="list-style-type: none">• Reconciliación• Solidaridad• Respeto• Justicia

Fuente: Comisión internacional de juristas (1); Rodríguez (2). Movimiento por la paz de Colombia(3)

Cuadro No. 1. Derechos, deberes y valores humanos.

Esta relación derecho-deber-valor es tan estrecha que se puede decir que su enseñanza debe verse como una sola construcción de conocimiento del sentido ético en los niños y niñas.

Para resumir se puede decir que el conocimiento de los derechos, deberes y el desarrollo de los valores humanos son los lineamientos que determinan la actitud ética y moral de las personas. De ésta dependerá su postura ante la vida, sus actitudes y sus decisiones.





Desempeño ocupacional y formación en valores

La escala de valores se construye en la esfera espiritual y ética la cual es uno de los componentes del ser humano: cuerpo, mente y espíritu (Kielhofner 1992, Engquist y colaboradores, 1997; Howard y Howard, 1997). Esta esfera se puede ubicar dentro del subsistema de la voluntad planteado por Kielhofner en el Modelo de la Ocupación Humana. La voluntad favorece:

- La disposición emocional y cognitiva con que se mira el mundo.
- La toma de decisiones para dar sentido al uso del tiempo e involucrarse en ciertas ocupaciones.
- La elección de valores éticos que se consideran importantes al escoger las ocupaciones durante la vida.
- La formación del autoconcepto, el cual dirige las actuaciones personales.

La voluntad por lo tanto, influye de manera vital en el adecuado desempeño ético del individuo ya que determina la integridad personal, los valores humanos que se aceptan y respetan y las decisiones que rigen las actuaciones comunitarias.

Esta elección de los valores éticos a respetar también determina de mane-

ra significativa la forma en que las personas desempeñan sus ocupaciones, los juicios que hacen sobre sus actos y los de los demás así como las actuaciones que consideran vitales para su comunidad (Hopkins, 1998).

A ésta manera de actuar se le denomina sentido ético (Engquist y colaboradores, 1997). Éste determina las decisiones del individuo con relación a:

- Las actividades que está dispuesto a realizar
- La identificación de sueños y metas
- La escogencia de reglas de vida
- La manera de ser y hacer las cosas
- O el sentido ético para participar de las diversas ocupaciones.

Para resumir se puede decir que en el sistema de la voluntad, el individuo crea una serie de normas de conducta para decidir lo que es bueno o lo que está correcto. Estas normas de comportamiento están basadas en valores éticos los cuales respeta y está dispuesto a cumplir. Además cada una de las elecciones ocupacionales y de las actuaciones humanas está determinada por esas creencias y valores de la esfera espiritual y ética.



Proceso de la construcción de valores en los niños

El niño tiene unas características de pensamiento y desarrollo emocional que le permiten empezar a crear y aceptar principios y valores humanos desde la etapa preescolar (Vigotski, 1981; Labinowicz, 1982; Restrepo de Franco y colaboradoras, 1992; Rodríguez, 1997).

La razón radica en que el niño tiene funciones simbólicas a partir del año y medio tales como la memoria evocativa, la inteligencia representativa, la imagen mental o la imitación diferida lo cual le permite construir imágenes mentales de las experiencias vividas, recordarlas y proyectarlas en situaciones posteriores (Labinowicz, 1982; Vigotski, 1981; Sauri Suárez, 2000). Estas capacidades son las que facilitan al niño el entendimiento y la aceptación de las acciones propias y las de los demás, para desarrollar a partir de ellas juicios valorativos.

Otra razón que le permite al niño crear valores es la manera de pensar de los niños en edad preescolar: están en la etapa Preoperacional del pensamiento, la cual se caracteriza por la irreversibilidad (incapacidad de invertir mentalmente una acción física para regresar un objeto a su estado original) y por el egocentrismo (incapacidad de tener en cuenta el pensamiento del otro). Estas características de pensamiento llevan al niño a iniciar la creación de valores a partir de tres supuestos:

- Creer que los demás piensan como él y que entienden como actúa sin

necesidad de explicarles el por qué de sus acciones.

- Juzgar las situaciones por su apariencia exterior sin analizarlas ni tener en cuenta las razones de los otros.
- Tener un primer acercamiento a la escala de valores a partir de intereses concretos, necesidades personales y relaciones muy cercanas.

La última razón que favorece el desarrollo de valores en un preescolar es el desarrollo evolutivo del afecto y el pensamiento infantil, lo cual tiene gran importancia en la creación de los sistemas valorativos del niño (Vigotski, 1981; Pinto, 1990; Restrepo de Franco y colaboradoras, 1992). Este proceso se logra gracias al desarrollo progresivo de la escala valorativa del niño, quien va cambiando sus opciones en la medida que se enfrenta a las situaciones de la vida diaria, las cuales le exigen replantear sus ideas acerca de la jerarquía de los valores.

Finalmente las interacciones sociales tienen un papel vital en el desarrollo valorativo de los niños ya que son generadoras de experiencias significativas para que el niño comprenda y acepte los principios y valores sociales de manera gradual (Vigotski, 1981; Iceta, 1985; Restrepo, 1992; Amar y Amar, 2000). En otras palabras el ambiente ofrece la imposición de las normas de los demás (padres, maestros y otros adultos), la creación de reglas propias que el niño impone a los demás y la creación colectiva de límites

y normas a partir de la cooperación y las acciones democráticas.

El desarrollo de la capacidad valorativa se produce siguiendo tres etapas: la creación de valores específicos, el desarrollo de valores particulares y la construcción de valores generales:

- El desarrollo de los valores específicos corresponde a la etapa preescolar se caracteriza por su estrecha relación con las emociones (intensidad, fuerza, variabilidad y poca duración). También tiene que ver con la influencia de las relaciones con los demás para la aceptación de los valores. Por ejemplo, la amistad entre dos niños puede depender de que uno de ellos traiga un juguete llamativo al jardín y no del concepto de amistad en sí.
- El desarrollo de valores particulares depende de la situación ya que se ha visto que los niños menores de cinco años muestran la capacidad de experimentar valores como la solidaridad hacia un compañero que sufre o hacia una mascota. El ejercicio de éste principio puede ser transitorio ya que el niño lo hace de acuerdo con el momento, por esta razón puede ser difícil para el maestro encontrar esa solidaridad en toda ocasión y en todos los ni-

ños. Además es frecuente ver la inestabilidad o pobre estructuración de los valores ya que el niño preescolar puede pasar de un sentimiento valorativo al contrario en pocos minutos.

- En la creación de los valores generales se resalta el importante papel de los demás para la creación de valores del niño preescolar ya que éste imita constantemente los comportamientos de otros niños y acepta la figura de autoridad de los adultos como inicio del valor del respeto.

Es importante anotar que en esta época de la vida se observa gran variabilidad para recordar las normas de convivencia. Esto explica por qué los niños a veces recuerdan las normas y las aplican y otras veces no lo hacen. Lo anterior refuerza la teoría de que la construcción de valores en los primeros años es un proceso que varía de acuerdo con el desarrollo del pensamiento y es moldeado por la interacción social.

El desarrollo de principios y valores sigue un proceso que puede extenderse hasta la vida adulta ya que es necesario que el individuo llegue al pensamiento formal para comprender, respetar, aceptar y practicar principios y valores éticos.



La formación en valores durante la etapa preescolar

El objetivo de la educación, desde los primeros años, es dar a las personas

estrategias para dirigir su vida, contribuir con acciones en bien de los de-

más y ser partícipes de una sociedad responsable y justa (4). Por lo tanto el espacio educativo debe ofrecer al niño oportunidades para construir sus valores a partir de las experiencias e interacciones con los demás.

Para lograr ese proceso la actual estructura curricular de los preescolares colombianos se basa en cuatro espacios: Aprender a conocerse, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser persona. Estos espacios, fundamentales para la construcción de conocimiento, se basan en la propuesta que Jacques Delors presentó ante la Comisión de Educación de la Unesco en 1997 (Ministerio de Educación Nacional, 1998). Cada espacio de conocimiento plantea estrategias para favorecer el desarrollo de valores:

Aprender a conocer permite al niño comprender el mundo que le rodea y conocerse a sí mismo. A partir de esto puede empezar a plantear principios de respeto hacia sí mismo y hacia los demás, valorar la vida como un don maravilloso y actuar de manera digna con su entorno.

Aprender a hacer tiene que ver con el desarrollo de las habilidades para enfrentar las situaciones cotidianas, resolver los problemas y formar parte de un grupo. Esta interacción permite al niño empezar a desarrollar la tolerancia, la solidaridad, la cooperación y el respeto. Por otra parte, el proceso de hacer exige el establecimiento de relaciones afectivas significativas y le da al niño argumentos para iniciarse en la formación como un ciudadano con deberes y derechos.

Aprender a vivir juntos es el camino para saber compartir con los demás a partir del conocimiento del otro y el sentido de grupo. El niño descubre la existencia del otro cuando ingresa al preescolar y tiene que interactuar con compañeros, maestros y personal del jardín. Con los demás el niño comienza su aprendizaje sobre la tolerancia, la diversidad y el respeto a la diferencia. Cuando el niño experimenta la vida en comunidad, puede percibir por primera vez la construcción de objetivos comunes que le enseñan sobre el valor de la cooperación. Por otra parte el preescolar comienza a descubrir y entender la importancia de conocer y hacer respetar sus derechos, así como los deberes que estos conllevan.

Aprender a ser es el producto de los anteriores espacios educativos, pues un individuo con libertad de pensamiento y acción es capaz de decidir su camino. En el preescolar el niño inicia ese proceso de ser persona cuando aprende a conocerse a sí mismo y reconoce la existencia del otro y del grupo. Esto le permite iniciar la construcción de valores que se consolidarán en su vida adulta. Así estará en capacidad de comprometerse como persona, miembro de una familia y parte productiva de su comunidad. Cuando el niño preescolar está aprendiendo a ser, puede empezar a experimentar valores como la justicia, la honestidad y la solidaridad.

En síntesis, aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser persona se constituyen en los espacios educativos con que cuentan los currículos preesco-

lares para iniciar al niño en la formación en valores. Estos espacios de formación personal sembrarán la semilla para construir valores éticos que

le permitan al niño ser una persona libre y capaz de dar a los demás lo mejor de sí buscando primero el bien común.



El currículo preescolar para la construcción de valores

Para iniciar al niño en edad preescolar en la formación en valores es necesario utilizar estrategias como la experimentación, la reflexión y la interacción con el mundo que le rodea. Estas estrategias se pueden utilizar mientras se adquieren los conocimientos en todas las dimensiones de la vida (Ministerio de educación Nacional, 1998). A continuación se mostrará la importancia de cada dimensión del desarrollo en la construcción de valores y se mostrará cómo la totalidad de las actividades y situaciones que se dan en un preescolar favorecen la formación de valores.

Dimensión socioafectiva: El desarrollo de la inteligencia emocional es determinante vital de la personalidad, la autoestima y la autonomía. A partir de estas habilidades el niño puede relacionarse con los demás y mostrar su manera de ser, de sentir, de expresar emociones y sentimientos y de juzgar las acciones propias y de los demás. Esta dimensión se desarrolla a través de las clases de desarrollo emocional y ética.

Dimensión corporal: El desarrollo sensoriomotor permitirá al niño expresar su afectividad y su manera de pen-

sar a través del movimiento. Con acciones corporales el niño estará en capacidad de comunicar al entorno sus deseos, sentimientos y necesidades. Desde ésta dimensión es que se produce la identificación como persona individual que se quiere a sí misma y se relaciona con los demás a través del contacto físico. Esta dimensión se desarrolla a través de las clases de educación física, expresión corporal o teatro.

Dimensión cognitiva: La capacidad de pensar y formular hipótesis sobre las situaciones de la vida es determinante en las capacidades que tiene el niño para relacionarse, actuar e interpretar la realidad. Gracias al desarrollo cognitivo el niño puede hacer la simbolización de los principios y valores que construye a partir de las relaciones con los demás. También interioriza las acciones para resolver los conflictos de la vida cotidiana y adquiere herramientas de conocimiento para resolverlos. Esta dimensión se trabaja con clases como desarrollo de proyectos cognitivos, democracia, ciencias, lectura, muñequero, etcétera.

Dimensión comunicativa: La utilización del lenguaje se convierte en el

instrumento para expresar los valores que se están formando. Hablando el niño puede contar lo que piensa sobre las situaciones, establecer relaciones, expresar emociones y defender sus opiniones. Esta dimensión se desarrolla en todas las clases y actividades del jardín.

Dimensión estética: La expresión artística favorece la autoexpresión de sentimientos, ideas y convicciones a través del arte. Cuando el niño expresa su sensibilidad artística puede plasmar valores con relación a sí mismo como ser humano y a los demás. Esta dimensión se facilita con las clases de arte, música, teatro, títeres, trabajo manual, etcétera.

Dimensión espiritual: Se refiere a la posibilidad de trascender a partir del conjunto de valores y principios morales. Esta dimensión tiene una gran in-

fluencia de las creencias familiares y culturales. Esta dimensión se desarrolla en las clases de catequesis y religión.

Dimensión ética: Tiene que ver con la forma en que el niño va aprendiendo a dirigir su vida para relacionarse con el entorno. De esta dimensión depende la construcción de principios y valores que marcarán el papel que el niño asumirá en su comunidad. También será determinante de la actitud autónoma del niño. Esta dimensión se desarrolla en las clases de desarrollo emocional, democracia, sexualidad, catequesis, etcétera.

En resumen, la formación en valores se favorece cuando se estimula el desarrollo integral de todas las dimensiones a partir de las clases y actividades que conforman el currículo preescolar.



El papel del contexto escolar, del maestro y del terapeuta ocupacional en los programas de educación en valores

El contexto escolar en la educación en valores: El jardín infantil es el primer espacio social en que el niño tiene que desempeñarse de manera autónoma. Por lo tanto es el lugar donde comienza la construcción de valores y principios para la convivencia tales como la solidaridad, la tolerancia, la reconciliación y la justicia (Rodríguez, 1997).

En el jardín el niño también aprende rutinas que lo inician en la comprensión de sus derechos y deberes como miembro de la sociedad. Con la participación en las diversas actividades descubre que puede organizarse e interactuar con los compañeros en diferentes espacios, los cuales tienen reglas especiales, las cuales le permiten disfrutar con mayor facilidad de las actividades propuestas.

Cuando el niño ingresa al preescolar se enfrenta a normas y reglas nuevas que favorecen el desarrollo de habilidades de concertación, reconciliación y respeto. Además aprende a crear normas que comparte con sus compañeros y respeta con gusto ya que han nacido de su propio deseo de organizar el ambiente que le rodea.

Además en el jardín infantil el niño también tiene que responder por sus objetos personales, tareas y razones para casa o colegio, aprendiendo así sobre la responsabilidad y el compromiso.

En el preescolar el niño también tiene que cuidar los espacios comunes y compartir los objetos. Esto le permite descubrir la importancia del bien común, la igualdad derechos y deberes y la existencia de reglas para todos. Esta será la base del comportamiento cívico.

Finalmente las actividades preescolares basadas en la lúdica, la expresión personal, el juego y la exploración son el espacio perfecto para que el niño se sienta a gusto de practicar sus primeros acercamientos a los principios éticos, valores humanos, derechos y deberes.

El papel del maestro y del terapeuta ocupacional en la educación en valores: La responsabilidad de los maestros y de los terapeutas que trabajan en el área educativa en la tarea de iniciar a los niños en la formación de valores es muy grande ya que ellos son el modelo que los niños miran constantemente (Young, 1910, Dewey, 1929, Schwarts, 1992). Por éste moti-

vo es de vital importancia que tengan presente la necesidad de estar trabajando constantemente con base en actitudes éticas que su alumno pueda imitar. Esta es la razón para hablar del valor de la estrategia de educar con el ejemplo.

Además, los terapeutas ocupacionales tienen en sus manos la posibilidad de apoyar y conducir al niño en la comprensión y aceptación de principios y valores para vivir en y para su comunidad (Restrepo, 1992; Trujillo, 2002). De esta manera la interacción del terapeuta se hará en el ambiente natural del niño con el fin de enseñarle la importancia de sus acciones para transformar la realidad que vive con base en una escala de valores que promueva la equidad y justicia social.

Además los maestros y terapeutas que actúan como educadores son los facilitadores de las actuaciones democráticas del grupo cuando enseñan la concertación, la negociación y la creación de valores como la igualdad, la solidaridad o la justicia. Todo esto será la base de actuaciones que buscan el bien común y la participación comunitaria.

También es tarea del maestro y del terapeuta ocupacional favorecer las condiciones para que el niño empiece a desarrollar la autonomía la cual será el punto de partida para la construcción de valores y el desarrollo de una postura ética. A continuación se encuentra un cuadro que muestra ejemplos de las actitudes que se pueden utilizar para favorecer la formación en valores.

EL MAESTRO O TERAPEUTA PUEDEN ACTUAR	PARA FAVORECER EN EL NIÑO
Enseñando con el ejemplo	Patrones apropiados de acción. La imitación de conductas asertivas.
Demostrando una actitud de ayuda	La actitud de entrega y servicio desde una postura de ternura.
Animando a la independencia	La seguridad y autonomía para que pueda decidir por sí mismo. Escoger y decidir lo que quiere hacer.
Conociendo al niño	La seguridad y la autoimagen. El desarrollo de la autoestima.
Creyendo en el niño	Sentimiento de seguridad y confianza. Reconocer que se puede equivocar y puede rectificar. Creer en sí mismo y en los valores que empieza a desarrollar y practicar.
Favoreciendo la autoestima	El autoconcepto positivo. El sentido de capacidad. La tolerancia y aceptación del otro. El respeto a la vida. La aceptación personal.
Sabiendo cómo interesar al niño en los temas sobre valores	La exploración, análisis y construcción de saberes.
Aceptando las diferencias entre los niños	El desarrollo de la individualidad, la capacidad de escoger. Actuar con independencia pero respetando los espacios de los demás. Valorar la diversidad. Encontrar la riqueza en la diferencia. Aceptar las diversas formas de pensar y actuar. Aprender a negociar, conciliar y concertar.
Respetando su manera de ser y sus derechos	La aceptación y el reconocimiento de derechos. Identificando sus necesidades, debilidades y fortalezas.
Adaptándose a lo que el niño necesita	La capacidad de respetar el ritmo de los demás. La tolerancia y el respeto a la diferencia.
Animando al niño a actuar con seguridad	Una actitud amorosa y tierna que permita el encuentro y que motive a actuar de manera autónoma y segura. Logrando desarrollar los valores de ayuda y entrega
Creando un sentido de pertenencia a su comunidad y cultura	La seguridad, y el sentido de comunidad. Se favorece la identificación al grupo y el trabajo en equipo.
Mostrando alegría y esperanza en el país, en el futuro	El entusiasmo y el optimismo. Para dar importancia a la alegría y enseñar el amor por lo que se hace. Para que aprenda a creer en el otro.
Siendo justo en cada situación	La importancia del trabajo equitativo. El valor de la justicia. Desarrollar la confianza para resolver algunos de sus problemas y pedir ayuda para aquellos que no puede.
Teniendo expectativas alcanzables	La sensación de capacidad. El sentido de libertad de acción. La responsabilidad por lo que se es capaz de hacer. La construcción de las propias normas.
Formando el carácter del niño hacia una postura ética	El logro de la franqueza, la justicia y la verdad como producto de las oportunidades Una actitud ética. La capacidad de resolver los problemas cotidianos. Iniciar la capacidad de resolver los conflictos a través del dialogo, la negociación o la reconciliación.
Enseñando al niño a actuar democráticamente	El sentido de ciudadano responsable y productivo. El conocimiento de deberes y derechos. La importancia del servicio y el trabajo en equipo. El valor del bien común. Ensayar las estrategias para dar opiniones y proponer reglas de convivencia grupal Practicar la autoreflexión para entender las situaciones y darles solución.
Promoviendo la participación social del niño en su propia comunidad	Autonomía y madurez para actuar. Capacidad para resolver problemas, defender y exponer ideas, reconocer y rectificar errores, expresar sentimientos y respetar a los demás.

Fuente: Restrepo y colaboradoras (5); Amar y Amar (6); Pinto (7); Sauri (8).

Cuadro No. 2. Actitudes de los educadores para favorecer en el niño la formación en valores.

Para resumir se puede decir que los niños siempre están observando a los adultos para aprender sobre la forma de interactuar con los demás, resolver conflictos, plantear problemas o expresar opiniones. Por éste motivo tanto los maestros como los terapeu-

tas y demás adultos del entorno escolar deben estar conscientes de sus actitudes. Estas serán más importantes que lo que digan ya que el niño dará mayor valor a las acciones y al ejemplo que recibe que a lo que le digan o aconsejen que haga.



Programa de formación de valores del jardín infantil por un mañana, un ejemplo de la implementación de la propuesta teórica aquí planteada

La Formación en valores de los niños en edad preescolar forma parte del programa de Desarrollo Emocional del jardín Infantil Por un Mañana el cual es uno de los pilares del proyecto educativo institucional (9).

El equipo que lo diseñó y dirige en la actualidad cuenta con la participación de una terapeuta ocupacional quien promueve el desarrollo de la comunidad educativa (padres, niños y maestros) con el empleo de estrategias que motivan al crecimiento ético de las personas.

A través de su intervención la terapeuta ocupacional también busca que cuando los adultos y los niños realicen sus ocupaciones logren la satisfacción personal teniendo como requisito el desarrollo de una escala valorativa adecuada la cual les permi-

ta realizar actuaciones democráticas y acciones en pro del bien comunitario (Trujillo, 2002).

Este programa tiene sus bases teóricas en los planteamientos de Daniel Goleman sobre Inteligencia Emocional; Luis Carlos Restrepo sobre el derecho a la ternura; Martha Rodríguez sobre escuela y actitud democrática; Lucía Pinto sobre servicio social y postura ética y Kielhofner sobre la importancia del sistema de la voluntad en el desarrollo ético.

El programa de desarrollo emocional ofrece estrategias concretas para favorecer la formación de valores en los niños preescolares. Algunas de estas estrategias se han recopilado en la Cartilla de Desarrollo Emocional (10). El cuadro que se encuentra a continuación resume esas estrategias.



ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA DE DESARROLLO EMOCIONAL QUE PROMUEVEN LA FORMACIÓN EN VALORES
El conocimiento de las capacidades personales para que los niños desarrollen la autoestima.
La aceptación de fortalezas y debilidades tanto en sí mismos como en los demás.
El empleo del ejemplo para favorecer la forma correcta de expresarse, crear una autoimagen positiva e iniciar al niño en la construcción de los determinantes valorativos.
El desarrollo sensoriomotor y la expresión corporal creativa para expresar sentimientos y estados de ánimo de manera adecuada.
El moldeado de actitudes de autoregulación y expresión.
El aprendizaje de los derechos de los niños y los deberes que estos conllevan.
Desarrollar del pensamiento infantil por medio de la interpretación de situaciones, análisis de puntos de vista y adecuación de maneras de expresión entre los niños.
El desarrollo de actitudes éticas como el respeto, la solidaridad, la justicia o la participación
Facilitar la comprensión de cada valor, al hacer de interlocutores que le den puntos de vista, opciones y argumentos de juicio a los compañeros.
El reconocimiento de la existencia del otro y del sentido de grupo a partir del respeto de los derechos y deberes que se tienen para vivir en comunidad.
La necesidad de resolver los conflictos de manera pacífica.
La importancia de cuidar el bien común.
El aprendizaje de los principios éticos que son aceptados en su contexto cultural.
La importancia de actuar de acuerdo con normas de convivencia escogidas y aceptadas por el grupo.
Facilitar las reflexiones del niño para analizar situaciones, buscar soluciones y decidir cómo actuar.
La importancia de ser parte activa de la comunidad para promover el desarrollo de la misma.
La participación en actividades comunitarias que favorecen la capacidad de actuar democráticamente.
La necesidad de crecer con una actitud solidaria hacia los que necesitan ayuda.
La convicción de que se puede cambiar el entorno a partir de acciones concretas que permitan el bienestar de la comunidad en que se vive.
El amor por las manifestaciones culturales y sociales de su comunidad.
El sentido de patria y el amor por su país.

Fuente Amaya de Lee y colaboradoras (9).

Cuadro No. 3. Estrategias del programa de desarrollo emocional que promueven la formación en valores.

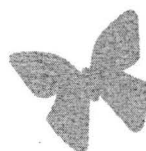
El programa también cuenta con un conjunto de talleres, lecturas para reflexionar y planes caseros con el fin de involucrar a la familia en la tarea de ayudar al niño en la construcción de valores y principios éticos en su comunidad.

Con el programa de Desarrollo Emocional se ha logrado crear conciencia en todos los adultos que participan de la comunidad escolar –padres, maestros y terapeutas de su importante papel en la formación de valores en los niños en edad preescolar.

Con frecuencia se reciben testimonios de las familias que han visto cómo sus niños se destacan dentro de su comunidad al demostrar el desarrollo del área moral y ética con sus actitudes y comentarios.

A manera de conclusión se puede decir que la misión de los maestros y terapeutas ocupacionales que participan de los programas de formación en valores es favorecer el desarrollo ético de los niños a partir de propuestas pedagógicas que integren todas las dimensiones del desarrollo infantil. La importancia de este programa se puede ejemplificar con las palabras del educador colombiano Agustín Nieto Caballero (10):

“Ya no se trata únicamente de preparar profesionales. Un propósito de información intelectual y moral mueve la acción de todos los educadores. Se trata de iluminar la conciencia, de forjar la personalidad, de acrecentar las energías, de poner en primer término el sentimiento de la responsabilidad, de adaptar el individuo a las nuevas circunstancias, de darle las disciplinas necesarias para que pueda vencer las resistencias que se le presenten, de cultivar en la gente moza la sensibilidad social”.





1. Revista de la comisión internacional de juristas. Convención sobre los derechos del niño. Número 44.1990.
2. Rodríguez, Martha. La escuela: el primer espacio de actuación pública del niño. Criterios y observaciones en la formación de hábitos ciudadanos. Bogotá, Colombia. Folleto de la Fundación Social. 1997.
3. Unete a la fuerza de la paz. Folleto de movimiento voto por la paz. País libre y otros. Bogotá, Colombia. 1999.
4. Ministerio de Educación Nacional. Preescolar, lineamientos pedagógicos. Serie lineamientos curriculares. Bogotá, Colombia Creamos Alternativas. 1998.
5. Restrepo de Franco, Beatriz. Mejía, Y. Tobón, M. Robles, D. Rodríguez, P. Trujillo de Prías, C. Lizarazo, R. Amaya de Lee, M. Construcción de valores en el niño durante la vida preescolar. Trabajo de grado para obtener el ingreso al Escalafón Docente. Bogotá, Colombia. DIE, CEP. 1992.
6. Amar Amar, José Juan. La participación de los niños. En: Espacio para la infancia. Revista periódica Bernard Van Leer Foundation. No. 14, Julio de 2000.
7. Pinto, Lucía. La formación de la afectividad. Programa Escuela de padres. Santafé de Bogotá. Federación de asociaciones de padres de los colegios de la compañía de Jesús. 1990.
8. Sauri Suárez, Gerardo. Participación infantil: Herramienta educativa y de desarrollo. En: Espacio para la infancia. No. 14, Julio de 2000. Revista periódica Bernard Van Leer Foundation.
9. Amaya de Lee, Mariluces. B. Restrepo de Franco. C. E. De Prías. A. R. Lizarazo. M. Tobón de Awad. Programa para el desarrollo emocional de los niños preescolares. Revista Ocupación Humana. 1999 Vol. 8 No. 1.
10. Nieto Caballero, Agustín. Escuela Activa. Bogotá, Colombia Ed. Presencia, Gimnasio Moderno. 1998
11. Barquer Schwarts, Kathleen. Occupational therapy and education: a Shared vision. The American journal of Occupational Therapy. 1992 Vol. 46 No. 1.
12. Chen, Jen-suh. G. Kielhofner. C. De Las Heras. L. Magalhaes. The volitional questionnaire: psychometric development and practical use. The American Journal of Occupational Therapy. 1996 July – August , Vol. 50 No. 7.
13. Engquist, Douglas. M. Short-De graff. J. Gliner, K. Oltjenbruns. Occupational therapis beliefs and practices with regard to spirituality and therapy. The American Journal of Occupational Therapy. 1997 March Vol 51, No. 3.
14. Goleman, Daniel La inteligencia emocional. Nueva Cork (USA). Bantam, Editors. New York. 1995.
15. Iceta, Manuel. Dejar ser, educar desde el encuentro personal. Madrid, (España) Ediciones S. M. 1985.
16. Hopkins, Helen. Fundamentos teóricos y filosóficos actuales de la Terapia Ocupacional. En: Willard and Spackman. Occupational Therapy. Philadelphia. USA. Lippincott Editors. 1998 P, 58 - 59.
17. Howard, Brenda. J. Howard. Occupation as spiritual activity. The American Journal of Occupational Therapy. 1997 March Vol 51, No. 3.
18. Kielhofner, Gary. The emerging paradigm of Occupational Therapy. En: Conceptual fundations of Occupational Therapy. F. A. Davis Company. Philadelphia. USA 1992.
19. Labinowicz, Ed. Introducción a Piaget. Pensamiento, aprendizaje, enseñanza. Wilmington, Del (USA). Fondo Educativo Interamericano. 1982.
20. Medina, Soraya. Derechos a mi medida. Ciudadanos desde el preescolar. En: Espacio para la infancia. Revista periódica Bernard Van Leer Foundation. No. 14, Julio de 2000.
21. Ministerio de Educación Nacional . La paz de los mil días. Actos de paz desde mi colegio. Bogotá, Colombia. Zeta periodismo. 1997.
22. Ortiz de Maschwitz, Helena. Inteligencias múltiples en la educación de la persona. Bogotá, Colombia. Editorial Nomos. 2000.
23. Restrepo, Luis Carlos. Ecología humana: Una propuesta de reconstrucción cultural desde la ternura. Pontifica Universidad Javeriana. Facultad de Psicología, Programa de Educación continuada. Bogotá, Colombia. 1994.
24. ————. El derecho a la ternura. Bogotá, Colombia. Arango Editores. 1994.
25. Tobón, Martha. Restrepo de Franco, B. Lizarazo, R. Trujillo de Prías, C. Amaya de Lee, M. Cartilla de desarrollo emocional para los niños preescolares. Bogotá, Colombia Ed: Jardín Infantil Por un Mañana. 1999.
26. Trujillo, Alicia. Terapia Ocupacional: Definición, naturaleza, misión, propósito, procedimientos y campos de acción. En: Terapia Ocupacional. Conocimiento y práctica en Colombia. Colección Sede. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia. 2002.
27. Vigotski, Lev. Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires (Argentina). Editorial La Pléyade. 1981.



Propuesta para la implementación de un programa de hábitos de estudio dirigido a estudiantes de primer año de terapia ocupacional

Introduction of a study habits program proposal for first year occupational therapy students



Resumen

Este artículo presenta la estructura, fundamentación teórica y resultados parciales de la implementación de un programa de hábitos de estudio propuesto para los estudiantes de primer año de Terapia Ocupacional.

Este programa se proyecta como una estrategia de acompañamiento a los estudiantes para su proceso de transición educativa a la Universidad, en donde a través de las dimensiones persona, ambiente, ocupación se logra dinamizar y conscientizar en la búsqueda del equilibrio en el manejo del tiempo para tener un mejor desempeño académico.

Los resultados de la experiencia de aplicación muestran cómo los estudiantes logran analizar y cambiar factores determinantes de su proceso de aprendizaje, de la capacidad de adaptación, de identificación con la profesión, del manejo de los elementos del ambiente y de la interiorización de conductas para la formación profesional.

ANGÉLICA MARÍA MONSALVE ROBAYO
Terapeuta Ocupacional
Magíster en Gerontología
Coordinadora Programa de Tutorías
Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano
Programa de Terapia Ocupacional
Universidad del Rosario

CLAUDIA MARCELA ROZO REYES
Terapeuta Ocupacional
Especialista en Docencia Universitaria
Directora Programa de Terapia Ocupacional
Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano
Universidad del Rosario
Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano.
Programa de Terapia Ocupacional.
claudia.rozo27@urosario.edu.co

Palabras claves

Hábitos, persona, ambiente, ocupación, tiempo, desempeño académico

Abstract

This article shows the structure, theory base and partial results of the introduce of a study habits program proposed for first year occupational therapy students. This program directing as an strategic of accompaniment for the students to their process of educative transition in the university, where through of the dimensions person, environmental, occupation achievement to move and make aware in the looking for the balance in the use of the time to have a better academic performance. The results of the experience of application shows how the students achievement to analyze and change important aspects about their learning process, adaptation capacity, professional identity, using of the environment elements and behavior insight for the professional education.

Key words

Habits, person, environment, occupation, time, academic performance



Justificación

Los hábitos fueron definidos por Kielhofner (1974) como las imágenes que dirigen las rutinas durante la vida, tanto las que tienen que ver con un trabajo específico como con las actividades básicas cotidianas. El grado de organización y desorganización en la estructura de hábitos de un individuo se puede reflejar en la eficacia y consistencia de la ejecución diaria.

El hábito de estudio representa para la vida universitaria un factor preponderante para alcanzar el éxito académico. Puede ser definido como la apli-

cación de métodos y actitudes que facilitan la adquisición de conocimientos cada vez más complejos (1).

Ante estas definiciones, las demandas actuales del rol universitario hacen evidente la necesidad de diseñar y ejecutar programas que orienten el proceso de aprendizaje a partir de la organización y planificación de las tareas y actividades que componen este rol.

Al revisar las propuestas existentes sobre el tema con población universitaria, se encontraron estudios de corte

cuantitativo en donde se utilizan instrumentos de medición que ponen en evidencia la importancia de implementar estrategias dirigidas a mejorar en los estudiantes sus hábitos de estudio. Algunos aspectos analizados en estos estudios hacen referencia al tiempo de dedicación, a la satisfacción con respecto a sus hábitos, a las técnicas de estudio empleadas, al manejo de fuentes de información, a la capacidad de comprender la temática y a los costos que genera la implementación de ciertas ayudas didácticas (2).

En las fuentes consultadas se evidencian diferencias en las exigencias de los hábitos que se deben generar de acuerdo con el tipo de profesión que se estudie. Se encontraron reportes referidos a programas de formación tales como química, educación, ingenierías, ciencias sociales (3). No se hallaron estudios en pregrados del área de la salud.

Con base en estas referencias y como apoyo al proceso de adaptación universitaria en la esfera académica, se diseñó el programa de hábitos de estudio que se presenta a continuación el cual obedece a la necesidad de brindar a los estudiantes estrategias de empoderamiento para el desarrollo de la autonomía y el manejo de competencias con sentido de responsabilidad social (4).

Para la formación de profesionales en el área de la salud, el desarrollo de hábitos asegura no solo el éxito de la vida académica en el pregrado sino también aporta a la construcción de una estructura para el ejercicio de la profesión y la autonomía personal.

Este programa pretende motivar al estudiante de hoy por la búsqueda y actualización permanente de información útil para su crecimiento, garantizando en el futuro profesionales con actitud proactiva y responsable en relación con el conocimiento y su aplicación.

La formación de hábitos genera capacidad de planeación y organización de esquemas de trabajo que facilitan la asertividad, el interés y el compromiso en la ejecución de roles fundamentales del ciclo vital.

El estudiante que vive el proceso de transición entre la vida académica en la educación secundaria y el ingreso a la educación superior experimenta una serie de cambios relacionados con:

1. La exigencia del entorno en relación con la elección profesional ya que el estudiante recibe permanentemente información referente a las demandas de la carrera.
2. Horarios más flexibles que implican disminución del control sobre la presencialidad lo que lleva al estudiante a tener una percepción de mayor tiempo libre y exigencia de autonomía para organizar el tiempo.
3. Modelos curriculares que buscan profundizar y atender a intereses individuales que le permiten al estudiante adquirir y reforzar conocimientos y habilidades en distintas áreas, lo que puede representar la tendencia a comprometerse con muchas actividades.

4. Responsabilidad frente a la propia educación que implica asumir actividades de investigación, elaboración de proyectos y de estudio personal evidenciándose acumulación de deberes académicos, sensación de incapacidad para el manejo del tiempo y trabajo académico nocturno.
5. Mayor nivel de exigencia y cambios en los métodos de evaluación que ante bajos resultados académicos produce en el estudiante la sensación de incompetencia, estrés y ansiedad.(5)

Ante la perspectiva de este cambio al mundo universitario, es necesario plantear acciones que faciliten la adaptación del estudiante ante las demandas

del nuevo entorno, que garanticen la identidad con la profesión elegida, motiven al estudiante frente a la propuesta curricular, generen competencias para enfrentar los retos académicos, faciliten la relación estudiante-profesor; disminuyan el ausentismo y la deserción, permitan la distribución equitativa del tiempo entre las actividades de estudio, ocio y vida diaria, integrarse al medio universitario y disfrutar plenamente esta etapa de la vida.

La propuesta entonces responde a la posibilidad de aportarle a proyectos de vida que impacten no solamente en el desempeño académico sino que también contribuya al perfil del ser rosarista, alcanzando altos niveles de éxito personal y social.



Presentación del programa

La organización de las actividades de la vida diaria suele ser una tarea en ocasiones involuntaria para los sujetos, ya que muchas de ellas se encuentran implícitas como necesidades básicas de subsistencia.

Una situación diversa sucede con el proceso escolar o universitario en donde las tareas propias del rol de estudiante se ven influenciadas por la forma en que se organizan, el contexto en donde se desarrollan, las habilidades personales, el sustrato (patrones de crianza) socio-familiar en donde se desenvuelve el joven, las experiencias educativas previas, entre otros.

Este artículo pretende dar a conocer un programa que desde el primer periodo académico del año 2005 se ha venido desarrollando a partir de la teoría propuesta por el modelo canadiense de desempeño ocupacional (6), con el fin de conocer las actividades que desarrollan los estudiantes en su vida cotidiana y el porcentaje de tiempo destinado a ellas, estableciendo además el grado de importancia, satisfacción y competencia para su ejecución.

La escogencia de este modelo para la implementación del programa radica en su fundamento teórico y en el acer-

camiento que de allí subyace para comprender, analizar e interpretar el desempeño desde la ejecución de ocupaciones que ligan a la persona a un propósito, dándole valor y significado.

Se diseña entonces una metodología que pretende a través de talleres vivenciales, que el estudiante reconozca sus propios hábitos para el aprendizaje, se haga consciente de ellos y establezca acciones que le permitan un desempeño académico exitoso a partir del análisis de las debilidades y fortalezas evidenciadas en cada estudiante.

El programa se presenta como elemento visualizador, predictor y reconocedor de factores que influyen en la propia forma de aprendizaje de los estudiantes en los espacios académicos en donde participan.

Para llevar a cabo dicho programa, el modelo plantea como principal postulado la dinámica entre tres dimensiones (persona, ambiente y ocupación) que interactúan a través del tiempo. Las dimensiones se fundamentan de la siguiente manera:

1. La persona (el estudiante): hace referencia a la dimensión espiritual, física, afectiva y cognoscitiva que influyen en el desempeño.

La dimensión espiritual del estudiante es vista como la esencia innata de sí mismo, la cualidad única de la verdad humana, la motivación, el recurso de determinación y el control personal como una guía para expresarse (Law, 1997). En el caso de los estudiantes universitarios se refleja en la posibilidad

de experimentar satisfacción por el logro académico y por identificarse con la profesión de su elección.

La dimensión física de la persona toma en consideración todas las funciones sensoriomotoras y dirige estas funciones para que el estudiante desarrolle su actividad física. En esta población, el involucrarse en otras actividades espontáneas a nivel deportivo, socio-cultural o artístico favorecen por una parte la formación integral y por otra obligan a la organización del tiempo a fin de atender a sus necesidades e intereses personales.

La dimensión afectiva de los jóvenes universitarios es un área que compromete todas las funciones sociales y emocionales, incluyendo los factores interpersonales e intrapersonales.

Para la generación de hábitos de estudio, el estudiante debe encontrar personas con las cuales pueda compartir estilos de aprendizaje compatibles con sus propias necesidades y así mismo optimizar el uso del tiempo a través de la distribución de tareas, designación de espacios sociales y control en el cumplimiento de las exigencias establecidas.

La dimensión cognoscitiva de la persona hace referencia a la posibilidad de comprometer todas las funciones mentales e intelectuales, incluyendo entre otras la percepción, concentración, memoria, comprensión, juicio y razonamiento. (Law, 1997).

El programa busca principalmente lograr que el estudiante sea consciente de su forma de aprender, de sus pe-

ríodos de mayor productividad intelectual, de sus capacidades de análisis, reflexión y relación para la estructuración de conceptos que le permitan hacer aprendizajes duraderos y significativos.

2. El ambiente: hace referencia al contexto en el cual la persona interactúa, incluye factores físicos, culturales, políticos e institucionales, los cuales pueden influir positiva o negativamente sobre el desempeño ocupacional.

Es a través de la vivencia del ambiente universitario que el estudiante logra conocer e identificar los recursos, las personas, los espacios y las formas de las que puede valerse para alcanzar un buen desempeño académico.

3. La ocupación: es definida como el conjunto de actividades y tareas en las cuales el individuo se compromete y lo involucran en el desempeño de roles en diferentes ambientes. Las ocupaciones elegidas ligan a la persona a un propósito, dándole valor y significado al individuo o grupo en el que se desenvuelve.

El conocimiento de las propias capacidades y limitaciones le brindan al estudiante la posibilidad de organización de las actividades que requiere para que su rol ocupacional se ejecute con éxito, de esta manera la pretensión es que el estudiante desarrolle en su proceso educativo la capacidad de priorizar tareas y regular el tiempo para ser competente frente a las exigencias de su formación.

Bajo la perspectiva de este modelo se analizan las situaciones en las cuales

los estudiantes se encuentran inmersos en el ambiente universitario, se comprenden los problemas en el desempeño y se plantean soluciones.

El programa se guía por los valores de la práctica centrada en el usuario, que es un medio para que el estudiante como participante activo en su proceso formativo encuentre en él mismo los recursos para producir cambios adaptativos a ese nuevo rol ocupacional, atribuyendo significado a la experiencia educativa como parte de su proyecto de vida.

Una de las finalidades de este programa es valorar y resignificar el concepto de hábitos que poseen los estudiantes, entendidos como las imágenes que dirigen las rutinas durante la vida, tanto las que tienen que ver con un trabajo específico como las actividades básicas cotidianas.

El grado de organización y desorganización en la estructura de hábitos de un individuo se puede reflejar en la eficacia y consistencia de la ejecución diaria. Tales hábitos pueden ser flexibles o rígidos, dependiendo de muchos de los factores asociados a la persona, el ambiente y la ocupación.

Finalmente se rigen bajo la aprobación social, porque los patrones de comportamiento deben estar de acuerdo o estar relacionados con el nivel y los modelos de aceptación social para considerar a un individuo competente en los hábitos que posee. (Kielhofner, 1974). (7)

En particular los hábitos que competen a este programa correspon-

den a los relacionados con los de estudio, definidos como estrategias de organización del tiempo, técnicas de búsqueda y selección de la infor-

mación y mantenimiento de la atención y concentración prolongadas, que favorecen el desempeño y éxito académico (8).



Esctructura del programa

El programa se desarrolla a través de talleres vivenciales que se centran en las dimensiones mencionadas anteriormente.

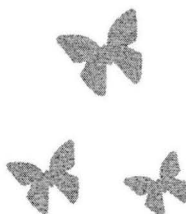
La dimensión persona reconoce temáticas como los hábitos, los comportamientos, la motivación, las actitudes y las competencias que presentan los estudiantes para ejecutar su rol universitario.

La dimensión ambiente contempla aspectos relacionados con la organización del espacio, el uso productivo de las franjas de tiempo entre clases, el uso de recursos bibliográficos, tecnológicos y personales dentro y fuera de la universidad y la identificación de estímulos que impactan positiva o negativamente el aprendizaje.

La dimensión ocupación (rol de estudiante universitario) comprende la des-

cripción de actividades, tareas, operaciones y pasos que requiere este rol para su efectiva ejecución. Adicionalmente, busca reconocer las formas de aprendizaje más efectivas para cada estudiante de acuerdo con la descripción anterior.

La dinámica de participación de los estudiantes y del tutor dentro del programa incluyen autoevaluaciones, entrega y análisis de folletos informativos, actividades individuales, filmaciones de clase, listas de chequeo, actividades grupales de identificación de problemáticas del aula y puesta en común de posibles soluciones y reconocimiento de las diferentes formas de aprendizaje, así como el uso permanente de realimentaciones por parte del tutor y del estudiante sobre las actividades desarrolladas.





Aproximación a una primera experiencia de trabajo

El estudio que se pretende describir en este trabajo es de carácter etnográfico, ya que involucra la cotidianidad de un grupo de personas que han sido observadas en el ejercicio de su rol y han compartido la experiencia de participar en un programa que contribuye al desarrollo de su historia de vida y modifica factores influyentes en el desempeño diario de este grupo de personas.

Este artículo busca compilar la experiencia obtenida con la ejecución de programa a través del registro de cada una de las actividades desarrolladas en los componentes y dimensiones propuestas.

El trabajo se inicia con el establecimiento de los patrones de uso del tiempo diario que realiza el estudiante a fin de reconocer cómo se distribuyen las actividades y la dedicación horaria diaria a las mismas. El establecimiento de los patrones se realizó a través de la organización de cronogramas de uso de tiempo en distintos días de la semana e incluyendo días sin actividades en la Universidad.

A partir de esto se pudo establecer que la mayor dedicación de tiempo se encuentra en la asistencia a clases, pero en caso de no tener trabajos o exámenes que preparar para el día siguiente no se dedica tiempo adicional, lo que indica claramente que los estudiantes no poseen rutinas de uso efectivo del tiempo.

Existe en todos los casos espacio para la realización de actividades de ocio, que aunque tienen una distribución variable de tiempo, es constante su permanencia en la rutina diaria de los estudiantes.

Adicionalmente, se evidenció que las actividades desarrolladas se relacionan más con el ocio tecnológico (ver televisión, escuchar música) y en muy pocos casos realizan actividades artísticas (como interpretar un instrumento) o de índole deportivo.

También se evidenció, que los estudiantes asumen paralelamente a sus responsabilidades universitarias, actividades laborales o contribuyen en el cuidado de hermanos u otros miembros de la familia, lo que disminuye el tiempo para el ocio.

Es necesario resaltar que un alto número de estudiantes, dedican aproximadamente el 17% de su tiempo diario para trasladarse de sus casas a la Universidad, lo que influye en la distribución equitativa del tiempo para otras actividades.

De acuerdo con el grado de importancia, satisfacción y competencia que los estudiantes le atribuyen a las actividades diarias, se encuentra que existe una alta valoración por las académicas, aunque se sienten menos competentes al realizar tareas de estudio de manera individual. Adicionalmente valoran en menor medida

aquellas relacionadas con el ocio y la vida diaria, pero se sienten satisfechos al realizarlas.

Posterior al análisis de uso del tiempo diario se socializa grupalmente y realimenta de manera individual las debilidades y fortalezas que determinan el patrón de organización del mismo, así se hace consciente al estudiante de aquellos elementos que pueden interferir en el efectivo desempeño académico brindando alternativas para distribuir asertivamente las actividades cotidianas y así responder a la dimensión persona.

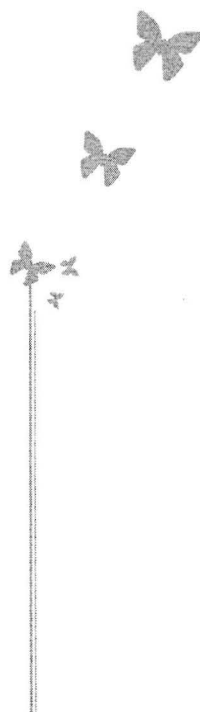
Sin embargo dentro del proceso formativo no solo la distribución de las actividades en un tiempo determinado garantiza la efectividad en los resultados académicos sino que también es necesario identificar y utilizar diferentes formas de acceder y usar la información, que ayuden al estudiante a aprender a aprender de acuerdo con las características personales y exigencias profesionales que son producto del trabajo sobre la dimensión ocupación.

Otra acción del programa se dirige a la detección de elementos ambientales que afectan el aprendizaje positiva o negativamente, tales como manejar eficazmente los recursos tecnológicos y bibliográficos disponibles, conformar grupos de estudio, asistir a monitorías y tutorías, reconocer los estilos de aprendizaje de otros estudiantes y participar de espacios académicos liderados por sí mismos para ser compartidos. Este aspecto responde a la dimensión ambiente que plantea el

modelo en que se fundamenta el programa.

Finalmente y como producto del proceso, el análisis de los resultados académicos semestrales es uno de los indicadores que permiten establecer la efectividad del programa, evidenciándose que el nivel de fracaso académico se redujo significativamente con respecto a los años anteriores.

Otro factor importante es el valor que le otorgan los estudiantes al aporte que reciben para sentirse identificados con la elección de la carrera, la relación que se establece con el profesor, la percepción de reconocimiento y acompañamiento por parte de la universidad a su proceso formativo.





Conclusiones

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional permite a los terapeutas ocupacionales conocer la dinámica existente entre la persona, el ambiente y la ocupación. Comprender esa dinámica significa la búsqueda de la adaptación ocupacional, en este caso la adaptación a la vida universitaria.

Para comprender el fenómeno de la adaptación de los estudiantes a su nuevo rol y tener un desempeño apropiado es necesario trabajar en cada uno de los elementos que lo componen tales como el estudiante con todas sus habilidades, expectativas y necesidades (persona); en la nueva escolaridad y las condiciones que trae consigo (su carrera profesional); y el nuevo ambiente (el universitario) en que exigen la generación de estrategias que permitan a la persona enfrentar con éxito esta nueva etapa de su formación. Trabajar en el desarrollo de hábitos de estudio a partir del Modelo, permite comprender como las dificultades en los procesos referidos a la persona, el ambiente y la ocupación, pueden afectar potencialmente el desempeño y por tanto la adaptación a la

vida universitaria y adicionalmente proponer un programa de generación de hábitos de estudio que le ayuden a la persona a organizar su tiempo, su estilo de aprendizaje y a detectar aquellos factores que influyen en su rendimiento escolar.

Los resultados del programa han sido evidentes a través de la reducción de los índices de pérdida de asignaturas en los primeros semestres, los cuales eran mayores antes de la implantación del programa. Uno de los aspectos más importantes al considerar el uso de este modelo como base conceptual del programa de hábitos esta en su filosofía y los valores de la practica centrada en el cliente, que se unen de manera especial con los modelos pedagógicos centrados en el estudiante y que consideran la individualidad como parte del proceso educativo.

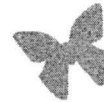
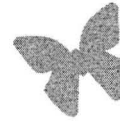
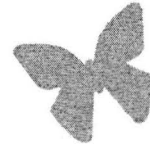
Este programa busca que la persona realice cambios duraderos no solo en la vida universitaria, sino que se transfieran a otros ambientes, por considerar el valor que tienen los hábitos en la organización de la conducta ocupacional de las personas.





Bibliografía

- (1) Aduna, A., Márquez, E. Curso de hábitos de estudio y auto control. Segunda Edición. Editorial Trillas. 1996.
- (2) Porcel, Eduardo A. - Díaz, Sergio F. Hábitos de estudio de alumnos ingresantes a la FACENA en 2001. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas, 2003.
- (3) Martínez, V., Torres L. Análisis de los hábitos de estudio en una muestra de alumnos universitarios. Centro de Enseñanza Superior "Don Bosco" España. Revista Iberoamericana de Educación 2005; 35:7.
- (4) Plan Integral de Desarrollo. Universidad del Rosario. 2004 - 2005 Crecimiento con calidad e identidad.
- (5) Duarte, C. La actividad académica del estudiante universitario como proceso ocupacional: comprensión desde la terapia ocupacional. Revista Ocupación Humana 2001; 9 (1):97-100.
- (6) Law, M., Baptiste, S., McColl, M.A., Opzoomer, A., Polatjko, H., & Pollock, N. The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measure for occupational therapy. Canadian Journal of Occupational Therapy 1990; 57: 82-7.
- (7) Kielhofner, G. A model of human occupation: theory and application. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1995.
- (8) Gabinete Psicopedagógico. Hábitos de estudio. Universidad de Granada. 2001.





Calidad de vida, un reto para el terapeuta ocupacional en salud mental comunitaria

Quality life a challenge for the Occupational Therapist in community mental health

Para Sanabaco

Resumen

Este artículo, intenta aproximarse al “saber hacer” del terapeuta ocupacional dentro del campo de la Salud Mental Comunitaria, conceptos de importancia en el panorama Mundial en lo que atañe a la situación psicosocial de la población, aspecto preocupante en Colombia debido a los factores sociales, económicos y políticos del momento. En este sentido, se hace un recorrido desde diferentes autores de la disciplina y de otras corrientes, con el fin de desarrollar y plantear “el qué, para-qué y cómo”, del actuar del terapeuta ocupacional dentro del sector de la Salud Mental Comunitaria. A lo largo del escrito se mantiene el interés por la importancia de la

dinámica Ser humano-Ocupación-Sociedad desde los conceptos de calidad de vida, competencia ocupacional y cultura, dentro de los procesos del terapeuta ocupacional en el entorno comunitario donde le corresponda actuar, y sobre cómo puede contribuir desde la naturaleza ocupacional individual y colectiva, al desempeño ocupacional y la competencia psicosocial de las personas, y así, favorecer su calidad de vida, entendiendo que lo anterior se convierte en el reto prioritario para este profesional en relación con las respuestas sociales que demandan las necesidades psicosociales de la población.

MARTA LUCÍA SANTACRUZ GONZÁLEZ

*Terapeuta Ocupacional.

Universidad del Rosario.

Especialista en Docencia Universitaria.

Universidad del Rosario.

Profesional especializado de la Secretaría

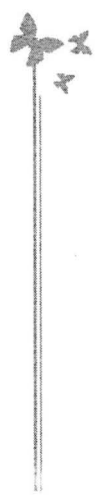
Distrital de Salud y Docente del programa

de Terapia Ocupacional de la Facultad

de Rehabilitación y desarrollo humano.

Universidad del Rosario.

san_abaco@hotmail.com.



**Palabras
claves**

Salud mental - calidad de vida - competencia ocupacional – transculturización compatibilidad cultural.

Abstract

This article tries to come closer to the “know how” of the occupational therapist in the community mental health field, important concepts in the world outlook that concerning to the psychosocial situation of the population, this fact is worry in Colombia because of social, economic and policy factors in this moment. In this way, it is a path from different authors of the discipline and the other sources with the objective to develop and to give “ what, what for and how” of the acting of the occupational therapist in the community mental health field. This lecture keeps the interest for the importance of the dynamic between human being- occupation-society from the concepts of quality life, occupational competence and culture, into the process of occupational therapy in the community environment where occupational therapist must act and how he or she can contribute from individual and collective occupational nature, to the occupational performance and people psychosocial competence and then the occupational therapist promotes in people the quality of life. Thee previous written constitutes in the principal challenge for this professional in relation with the social responds that it demands in front of the population psychosocial needs.

**Key
words**

Mental health, quality of life, occupational competence, transculturization, compatible cultural

Introducción

Esta temática, surge de reflexiones a partir de la experiencia con población con trastorno mental y en situación de vulnerabilidad, así como de la convivencia diaria con el propio ser, el de otros y las cifras actuales sobre salud mental en el país.

Para su desarrollo, se revisan los fundamentos teórico-prácticos de la Terapia Ocupacional en salud mental comunitaria y en el sector social, y las condiciones psicosociales y de calidad de vida actuales de la población Colombiana; se presenta una propuesta que identifica el actuar y las competencias transculturales de este profesional en lo que se refiere a la salud mental comunitaria como componente de la calidad de vida y la relación ser humano-ocupación-sociedad, además, se identifica la disciplina como generadora de procesos ocupacionales saludables de individuos y colectivos en diferentes contextos culturales y dentro de la dimensión psicosocial del ser humano.

En el año 1997, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (1), definió las habilidades psicosociales como la habilidad para interactuar en la sociedad a partir del desarrollo de: procesos emocionales, identidad, valores, intereses, autoconcepto, roles, comportamientos sociales, habilidades interpersonales, auto expresión y manejo equilibrado del tiempo, de ahí, que para el terapeuta ocupacional la salud mental del individuo sea un componente vital de adaptación, que implica la capacidad para adquirir y desempeñar los roles ocupacionales, como autocuidado, productivo y de esparcimiento, así como tener pertenencia familiar, social y laboral, en una interacción dinámica que satisface sus expectativas internas y externas.

Teniendo en cuenta que estas habilidades y la salud mental se considera

necesaria para la convivencia de los pueblos, todos los países deben asumir dentro de sus políticas en salud programas de atención primaria en el área psicosocial (Restrepo, Espinel, 1996)(2), sin abandonar la población que ya padece algún tipo de patología mental, pues los trastornos mentales muestran un claro crecimiento a nivel mundial y nacional, aspecto que desde la perspectiva de terapia ocupacional, se evidencia como factor desencadenante de desórdenes en el desempeño ocupacional competente de las personas, lo que a su vez altera la calidad de vida a nivel familiar y social.

En este campo, el terapeuta ocupacional enfatiza dentro de sus programas de atención y participación social, el estudio y abordaje de la ocupación y los estilos ocupacionales como esencia de sus principios filosóficos referentes a "*el hacer da bienestar, propósito a la existencia de las personas y promueve el desarrollo social*", especialmente cuando está afectada la capacidad para participar, construir y ser productivo dentro de un contexto ; además, como especialista en el manejo del desempeño ocupacional del ser humano éste profesional cuenta con estrategias para el abordaje de problemáticas de orden ocupacional en individuos y grupos que presentan imbalance en su desempeño ocupacional, o bien, en población que está expuesta y en riesgo de perder el equilibrio en sus roles ocupacionales, a causa de una enfermedad mental o por factores de orden social y cultural.



Referente conceptual

El recorrido teórico del presente artículo, intenta articular los conceptos de trastorno mental, calidad de vida, desempeño ocupacional y competencias transculturales del profesional con las posibles estrategias desde Terapia ocupacional para generar respuestas sociales a las necesidades psicosociales y ocupacionales de la población colombiana, enmarcado en las cifras actuales de salud mental en el país, los lineamientos de la política de salud mental para Colombia y de manera importante la evolución del papel del Terapeuta en la salud mental individual y comunitaria.

Este contexto es liderado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, con planteamientos y estrategias que guían las acciones para atacar las consecuencias de la hambruna, violencia y exclusión que experimenta buena parte de la población de los denominados países tercermundistas, incluso en los países desarrollados e industrializados. Dentro de estas condiciones, está incluida la salud mental como la más vulnerable ante el detrimento en la calidad de vida, la pérdida de valores, de canales de comunicación, de redes afectivas, los cambios demográficos y por los efectos de la violencia que se vive en diferentes países y con mayor complejidad en Colombia. (Restrepo, Espinel, 1996) (2).

El Psiquiatra Pedro Gómez Méndez, en la Revista Colombiana de Psiquiatría, (2001) (3), presenta un análisis del

concepto de salud mental y contextualiza la visión actual de la enfermedad mental en el país, afirmando que “en Colombia, como cualquier otro vecino subdesarrollado, hay altos niveles de pobreza, desnutrición, analfabetismo, aislamiento, que constituyen sin mayor discusión, factores de riesgo serios para la salud mental de cualquier grupo humano. Además de estar inmersos desde hace veinte años, por lo menos, en un conflicto que está llevando a una situación insostenible, con desplazamientos internos de miles de personas, atrocidades como el secuestro, las matanzas de campesinos, los permanentes combates en los cuales se ha involucrado la población civil y también cientos de jóvenes mutilados y un estado de zozobra permanente, que está ocasionando crisis de la salud mental de toda una generación de Colombianos”.

En este contexto, el psiquiatra Carlos Felizzola, (2002) (4), señala “que cada día más personas demandan atención en salud mental, ya que en este país la guerra ha generado cambios en el campo de las relaciones, afirma, que en medio de esta guerra civil se acumulan problemas de desempleo, desplazamiento de miles de personas, matanzas, maltratos y abuso sexual infantil, crecimiento exagerado de la pobreza y hambre. En este sentido, propone acciones dirigidas a las comunidades, con características de acompañamiento terapéutico, el compromiso del rescate de la dignidad humana, para suscitar procesos que

promuevan la elaboración de los dueños, pues estas poblaciones no padecen patologías demostrables, son las comunidades, las redes de apoyo social y las familias las que sufren, se deterioran o se dañan, a veces irremediablemente, heredando las próximas generaciones patrones patológicos, donde se combinan los comportamientos antisociales de unos, con la sumisión y desesperanza de otros”.

De acuerdo con el estudio Nacional de Salud Mental del 2003, ocho de cada veinte colombianos, tres de cada veinte y uno de cada catorce presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en su vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los del estado de ánimo y el uso de sustancias. Afirman, que en los países en vías de desarrollo, a la mayoría de personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la dependencia a drogas, a muchas de ellas su enfermedad las convierte en víctimas y en sujetos de estigmatización y discriminación. En esta medida, los trastornos mentales se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, por los costos que implican y por su impacto en los individuos, sus familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y la discapacidad que generan (estudio Nacional de Salud Mental, 2003) (5).

Por su parte, La OMS, (2001) (6), identifica la participación en ocupaciones

como el constituyente de la vida en comunidad y el mayor elemento del funcionamiento humano, a su vez, la restricción en la participación sería la medida de discapacidad.

En este marco, el Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES- Social, diseñó los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia, (2003) (7), cuyos contenidos se centran en acciones para poblaciones con trastornos mentales, aquella con problemas psicosociales y población en general, con propósitos dirigidos a promover la salud mental, prevenir el impacto de los problemas psicosociales y reducir el impacto negativo de los trastornos mentales, mediante líneas de acción como investigación, vigilancia, fortalecimiento del recurso humano, provisión de servicios e inclusión social.

De otro orden, el Psiquiatra Carlos Gómez Restrepo (2003) (8), expone que “es necesario tener en cuenta los factores psicosociales del postconflicto en Colombia, pues de todas las estrategias planteadas para abordar dicha problemática, las de carácter psicológico quedan casi de lado, lo cual, aunque se introduce dentro de lo humanitario y social, amerita un tratamiento especial debido al lamentable privilegio e importancia que se ha ganado a lo largo de la guerra, lo que se corrobora, en la relevancia clínica y epidemiológica que tienen todos los trastornos y situaciones derivadas de la violencia, y sus consecuencias a me-

diano y largo plazo sobre el individuo y sus familias, hechos que demandan intervenciones en las múltiples vivencias de duelos, pérdidas, odios, deseos de venganza, trastornos psiquiátricos, entre otros”.

Teniendo en cuenta este panorama y que la enfermedad mental no esta reducida a un sujeto que por alguna circunstancia la padece, si no, abarca factores sociales pluridimensionales en su origen y atención, implica que los profesionales y por tanto el terapeuta ocupacional contemporáneo posean

competencias para abordar el campo de la salud mental desde los determinantes sociales que la influyen, su compleja diversidad, comprender la transculturación, las diferencias poblacionales, las diferentes formas en que se presenta la enfermedad mental y de manera importante, flexibilizar el manejo de la ocupación adaptándola a los diferentes contextos del suceder humano en que la disfunción psicosocial afecta la competencia ocupacional de individuos y grupos, o bien se encuentra en situación de vulnerabilidad.



Competencia ocupacional vs disfunción ocupacional

Hablar de competencia ocupacional implica remontarse a la visión de ser humano y su naturaleza ocupacional, la cual se proyecta en el desempeño ocupacional humano, concepto que hace referencia al sujeto que piensa, siente y actúa a partir de su motivación interna para realizar ocupaciones que le ofrezcan sentido. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, (1991,1997) citado por McColl, Paterson, Davies, Doubit y Law , (2000) (9), describe éste concepto constituido por el autocuidado, la productividad y el esparcimiento, el cual es influenciado por el ambiente, los roles personales y el nivel de desarrollo del individuo, y a la persona la describe constituida por la dimensión de la ejecución, la cual es objetiva y la dimensión de la satisfacción, la cual es subjetiva mostrando un interjuego de

elementos subjetivos y objetivos que ocurren de manera simultánea en tiempo y espacio, con el ser, como responsable de la acción y sus consecuencias.

En relación con esto, para Delespau citado por Fidler (1995) (10), menciona que el uso de ocupaciones implica la asignación de tiempo en varias actividades y representa la capacidad de la persona para participar en actividades de la vida diaria, así mismo, para Fisher (1999) (11), el uso del tiempo se emplea como medida de la participación y el impacto de la discapacidad en la vida diaria y en su vida en comunidad. Esta correlación tiempo-ocupación, está alterada en personas con una problemática psicosocial e imbalance en sus vidas, debido a la presencia de una enfermedad mental o

bien por causas de orden socio-cultural, las cuales, afectan de manera importante su motivación interna, identidad, confianza, dimensión relacional, sentido de pertenencia, la capacidad

para utilizar sus habilidades en un desempeño ocupacional competente y de manera importante su sentido de vida, la proyección de un proceso vital y su participación en comunidad.



Calidad de vida vs sufrimiento existencial

Diferentes autores han descrito la calidad de vida desde variados puntos de vista de acuerdo a la disciplina que pertenecen, Albert y Fitzpatrick, (1994), citados por Katsching, (2000) (12), refieren que el interés por el tema surgió como consecuencia de la percepción de desigualdades en la distribución de los recursos y el bienestar en la sociedad y de la preocupación por el crecimiento poblacional y los problemas de desarrollo en los países subdesarrollados.

Desde la perspectiva ocupacional, Alicia Trujillo (2002) (13), la define como un sentimiento, lo cual hace que ésta tome un valor individual para cada ser humano. Incluye el área ocupacional, la cual influye en la gratificación personal al realizar una actividad productiva, y por ende genera un sentimiento de bienestar. Así mismo, la describe como el bienestar producto de una construcción en búsqueda de la realización personal.

Este sentido de autorrealización en las personas con enfermedad mental esta trastocado por su misma condición y así mismo su calidad de vida según Katsching (2000) (12), está influida por tres falacias, la falacia afectiva,

la falacia cognitiva y la falacia de distorsión de la realidad, estos sujetos, además de tener necesidades adicionales específicas de tratamiento, están en desventaja puesto que habitualmente tienen menos recursos para afrontar los problemas de la vida, menos habilidades sociales y cognitivas, y menos ventajas del entorno, especialmente dinero.

Para Finzen y Hoffman, (2000) (12), además de lo anterior, la calidad de vida de las personas con enfermedad mental se ve afectada no sólo por la enfermedad y las discapacidades que ésta genera, sino también por las reacciones de sus semejantes : a través de lo prejuicios sociales, asignaciones de culpa, rechazo y difamación, entonces, sufren no sólo por su trastorno sino por las consecuencias de la estigmatización de su sufrimiento y por el daño a su identidad, lo que se da con mayor frecuencia en los casos de psicosis y esquizofrenia. Las personas con enfermedad mental sufren deprivación ocupacional, especialmente los fines de semana y en las noches, espacios de tiempo que los convierte en vulnerables para vivir experiencias negativas para sí mismos.

Sumado a lo anterior, según Warne, (1994), Ceowther et al, (2001), citados por Shimitras et al (2003) (14), la tasa de empleo en personas con enfermedad mental es notoriamente más baja, encontraron que las personas con esquizofrenia tienen mayor limitación para realizar ocupaciones productivas como trabajo y educación, restricción en la participación en actividades de esparcimiento y sociales, estas personas asumen roles pasivos en contextos sociales, consistentes con su pasividad física y estilos de vida poco saludables.

En relación con la calidad de vida de la población colombiana, se vive en el país un progresivo deterioro de los factores que la determinan, interviniendo fuerzas de diverso orden, como los hechos políticos, sociales, culturales, económicos y los cambios demográficos dados por el desplazamiento, todos, enmarcados dentro de un conflicto armado, la manifestación de diferentes formas de violencia, la cultura del narcotráfico, el fracaso del modelo económico neoliberal que ha llevado a la pobreza y la hambruna y en el comportamiento corrupto de los entes estatales, todo protegido bajo una capa de impunidad, que más que beneficio, producen el deterioro de la sociedad, de sus valores y posibilidades de crecimiento. Esto afecta la salud del ser humano en todas sus dimensiones, desde estados de desnutrición a estados cronicantes de procesos de enfermedad, y en mayor medida, lo que compete a la salud mental y psicosocial de la población, ya que la mayor parte de los colombianos viven pérdidas, estados de tensión permanente, situaciones post-

traumáticas, altos niveles de ansiedad y fuertes montos de agresividad que se manifiestan en intolerancia y violencia intrafamiliar, laboral y social.

Lo anterior, causa disminución en la capacidad productiva de las personas, deterioro social, cambios poblacionales, empobrecimiento, pérdida de valores, disminución de oportunidades para las nuevas generaciones y menor disponibilidad de recursos que garanticen la satisfacción de las necesidades humanas básicas, en términos de bienestar, salud, educación, recreación, trabajo y espiritualidad.

Entonces, la población colombiana más que un sufrimiento psicológico presenta sufrimiento existencial, el cual se enmascara entre problemáticas psicosociales y un diagnóstico psiquiátrico para un individuo, sin tener en cuenta que es la familia y el grupo el que presenta el trastorno, como ocurre en las personas que viven en situación de desarraigo debido al desplazamiento o la desmovilización, los dos con trasfondos de violencia, pérdida y sentimientos de desarraigo. Estas situaciones, la enfermedad mental y el desplazamiento, producen sentimientos de vacío existencial que se manifiesta en la falta de motivación, la pérdida de valores, intereses, identidad, de sentido de pertenencia, en aburrimiento, distorsión de la realidad y de las relaciones interpersonales y de manera preocupante la carencia de metas y de un proyecto vital que de sentido y propósito a su vida.

Para el terapeuta ocupacional la calidad de vida va ligada al bienestar personal-social y el sentimiento de

autorrealización ocupacional y éste a su vez, depende del nivel de competencia ocupacional que tenga el individuo, el grupo y las condiciones del entorno, desde esta perspectiva, la

salud mental responde acciones integrales e integradas dentro de los conceptos existencialistas, sociales, políticos y económicos enmarcados en las particularidades culturales.



Terapia ocupacional en Salud mental, un rol que va desde el ser en la ocupación a la cultura y el bienestar humano

La participación del terapeuta ocupacional en el área psicosocial, plantea que éste profesional debe asumirse como experto en la naturaleza ocupacional del ser humano y la sociedad, como sujeto social de derechos, comprender y sensibilizarse ante la realidad social para contextualizar su ejercicio profesional en la realidad nacional, sumado a lo anterior, debe conocer y comprender la complejidad de la dimensión psicosocial del suceder humano, conocer cuáles actividades son óptimas para lograr la respuesta adaptativa esperada y alcanzar habilidades que le permitan al individuo sentirse seguro, establecer relaciones, lograr un nivel de competencia interpersonal y de dominio cultural.

Este rol del terapeuta ocupacional en Salud Mental, se ha venido modificando gradualmente adaptando sus fundamentos conceptuales de intervención y desempeño profesional a factores cambiantes en lo científico, político, económico, cultural y social, planteando nuevas alternativas de intervención, diseñando programas comunitarios de promoción y prevención,

de manejo en el hogar y el trabajo del usuario, asumiendo un abordaje psicoeducativo del enfermo mental, su familia y la comunidad, es decir, las terapeutas ocupacionales han desarrollado una estructura psico-educacional encaminada a modelos instruccionales orientados a la independencia en actividades de la vida diaria, en aspectos como manejo del estrés, distribución del tiempo, manejo de la enfermedad, habilidades interpersonales, autorregulación, auto-cuidado y habilidades para la solución de problemas en individuos con disfunción psicosocial (Grossman, 1990) (15).

En relación con los cambios y alcances en el campo de la salud mental comunitaria, diversos estudios la presentan como un área en expansión en Terapia Ocupacional, de acuerdo con una investigación realizada por Craik et al (1998) (16), sobre las técnicas de abordaje comunitario más utilizadas por Terapeutas ocupacionales en este campo, se encontraron las siguientes actividades como las que se manejan con mayor frecuencia: orientación, apoyo y asesoría, técnicas para el

manejo de ansiedad, entrenamiento para la solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, educación en manejo de tiempo libre, asesoría formal, educación en productividad, entrenamiento en técnicas de relajación, exploración vocacional, terapia para manejo de duelo, educación en actividades de la vida diaria, grupos con orientación psicodinámica, entrenamiento para el manejo de ira y agresividad, educación para el manejo de tareas en el hogar, orientación en comunidad, entrenamiento en habilidades de dominio y competencia y técnicas para manejo del dolor.

Desde otra visión, Frances Heather, (2003) (17), concluye que es mediante el uso de técnicas proyectivas grupales, que el terapeuta ocupacional desempeña un rol importante en grupos de personas con enfermedad mental.

Estos resultados, para Harrison (2003) (18), son parte de otros estudios que pretenden delimitar si el rol del terapeuta ocupacional en Salud Mental es de carácter genérico o especializado, ésta autora afirma que el terapeuta contemporáneo debe encontrar la forma para identificar y satisfacer las necesidades de salud mental de las personas y participar dentro de equipos terapéuticos mostrando de manera clara el tipo de abordaje que la define y a su vez fortalecerlo, para esto, se hace necesario combinar competencias de orden genérico, con habilidades específicas, pero de manera importante mantener sus acciones sobre el desempeño ocupacional, como aquello que define su rol e implica una visión holística del sujeto que permita

determinar como intervenir en todas sus áreas de funcionamiento de la vida diaria.

Craik et al (1998) (16), encontraron que las terapeutas ocupacionales que trabajan en salud mental ofrecen técnicas genéricas como asesoría y talleres para el manejo de ansiedad, en éste sentido, Forsyth and Summerfield-Mann citados por Cook (2002) (19), plantean que el terapeuta puede utilizar técnicas genéricas siempre y cuando el foco de su intervención se centre sobre el desempeño ocupacional, esto lo reafirma la National service framework for Mental Health (DH 1999) (19), la cual asegura que se requieren terapeutas más flexibles que puedan responder a los cambios, pero que sean capaces de mantener su visión práctica sobre la ocupación.

Sin embargo, Susan Cook (2003) (19), refiere que las confusiones y discusiones sobre el rol del Terapeuta ocupacional en Salud Mental comunitaria giran en torno al tipo de rol, especialista o genérico, en este sentido, para Parker (2000) (20), éste profesional debe orientar sus procedimientos a mejorar los roles de automantenimiento, productividad y esparcimiento, siempre por medio de la actividad con propósito, ésta autora cree que el trabajo genérico, se ha dado por la misma confusión en el perfil profesional en salud mental comunitaria.

De otra parte, Basit y Choose, citados por Awaad, (2003) (21), desde su práctica con refugiados, plantean una evaluación psicosocial que agrupa muchos de los aspectos de la competencia ocupacional previa, donde evalúan

el nivel de lealtad de la persona a su cultura, su personalidad y su grado de aculturización, teniendo en cuenta género, edad, estado psicosocial, fase de desarrollo, la prevalencia etnográfica y la estructura familiar, además, recomiendan que la práctica no se debe generalizar y el tratamiento debe partir del enfoque de competencia cultural, es decir el terapeuta debe trascender la cultura propia y del usuario, mostrando conocimiento del ambiente socio-cultural, centrarse en el análisis del significado cultural para el usuario y en la calidad en la realización de sus actividades diarias, según ése referente cultural.

En este orden de ideas, para Munford, (1994), citado por Awaad, (2003) (22), las actividades que van más allá de la cultura son ideales dentro del proceso terapéutico, lo que implica la imparcialidad de los principios culturales, por su parte, Ballinger and Wiles (2001) (22), anotan que las áreas en las cuales la terapia ocupacional se interesa, son las ocupaciones particulares y los roles, ambos a la luz de la cultura ; es decir, el terapeuta debe ser capaz de integrar en una misma acción simbólica y real, actividades que trasciendan la cultura y se identifiquen con los roles que tienen un valor propio en la cultura del usuario y dentro de su propia interpretación.

Para lograr esta habilidad tan compleja, el profesional debe conocer el concepto de cultura y sus diversas connotaciones, en este sentido, Awaad, (2003) (21), define la cultura, apoyándose en Munford (1994), como un todo complejo, que incluye conocimiento, creencias, arte, moral, leyes, costum-

bres u otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre al ser miembro de la sociedad.

Acorde con el panorama de salud mental y socio-económico de la Colombia actual, el Terapeuta ocupacional debe consolidar y posicionar su modelo de atención primaria dirigido a población de todas las edades en riesgo psicosocial, a grupos vulnerables, a víctimas de la violencia y de los desastres naturales y fortalecer las acciones en las necesidades ocupacionales de las personas con trastorno mental; campos donde la meta de trabajo esté encaminada a potencializar las competencias ocupacionales en términos de capacidad adaptativa, autonomía, ejercicio de sus derechos, bienestar y calidad de vida del individuo y los grupos, utilizando como herramienta principal el manejo de la ocupación y los estilos ocupacionales.

En relación con lo anterior, en Colombia, la terapeuta ocupacional, Marta Torres (1988) (23), formuló un marco conceptual de desarrollo comunitario en el campo de la terapia ocupacional, donde la promoción de competencias ocupacionales está dirigida a facilitar que el grupo comunitario a través del desempeño ocupacional alcance a satisfacer sus propias necesidades, incrementando su necesidad de exploración, manejo y adaptación para satisfacerlas, buscando aunque sea en forma parcial y limitada, un auténtico desempeño. Es decir, según Caicedo (1997) (24), se trata de que las comunidades sean capaces de favorecer o modificar su forma de vida, hacerse responsables de su salud, campo donde el terapeuta ocupacional resulta

muy valioso siempre que sea capaz de analizar e intervenir en las ocupaciones rutinarias, considerando su marco cultural como explicativo de sentido y de las prácticas frente a la salud, la enfermedad y la muerte. Debe participar en programas contra la violencia a todos los niveles, en los de las víctimas de violencia colectiva como campos de desplazados, hogares sustitutos, programas de bienestar, lugares de reclusión, desmovilizados e indigentes entre otros, así como, dar atención especial al abuso de sustancias como el alcohol y las drogas con programas específicos que incluyan la información y la educación.

Estas propuestas pueden agruparse en estrategias desarrolladas con las personas y los colectivos como parte del rol del Terapeuta en el campo de la salud mental comunitaria, orientadas a:

- Promover en las personas su autonomía desde el ejercicio de su ciudadanía y sus derechos potencializando habilidades del desempeño ocupacional con beneficio en las áreas y roles ocupacionales.
- Formar en el manejo equilibrado de la ocupación en tiempo y espacio con la adecuada distribución de las actividades de la vida diaria.
- Desarrollar/mejorar/restaurar el desempeño ocupacional integrando elementos de autoestima, autodirección, competencia, satisfacción, sentido de vida y participación dentro de colectivos.
- Ofrecer orientación y promoción ocupacional para promover la apropiación del entorno y favorecer la adquisición de habilidades para mejorar la calidad de vida,
- Generar acciones que promuevan la inclusión social desde la formación de una sociedad inclusiva.



Acerca de los dominios culturales del Terapeuta Ocupacional

El empoderamiento de la relación ser humano-ocupación-cultura, que debe demostrar el terapeuta ocupacional en sus procesos de intervención, hace referencia a “la competencia cultural”, definida por Dillard, (1992), y retomada por Awaad (2003) (21), como el conocimiento y la sensibilidad para comprender el significado de la cultura, mientras que para Pope y Davis et al (1993) (21), la competencia cultural de las personas, es la capacidad de mo-

verse hacia un ser culturalmente desconocido y ser sensible a la cultura de otros, sus valores, creencias básicas y actitud abierta hacia las diferencias raciales.

En este contexto, el terapeuta debe tener la habilidad de ser transcultural, lo que implica el autoconocimiento y la autoevaluación, para contar con la habilidad de interactuar exitosamente con otros y poseer el conocimiento

específico de cada cultura, entonces, en relación con la competencia cultural, el terapeuta debe manejar tres temas básicos: entender la naturaleza del concepto de cultura y su misma esencia, triunfar dentro de las interacciones por medio del conocimiento y las habilidades, y utilizar adecuadamente la información cultural; esto implica que conozca su propio contexto cultural y sus valores, además de aquellos que competen a la terapia ocupacional.

Igualmente, Cook (2003) (19) retoma a Kelly (1995) y Finlay (1997), en sus afirmaciones sobre la competencia cultural del terapeuta, donde plantean la sensibilidad como elemento clave de su abordaje holístico, fundamentado en textos de Mosey (1981), Hume (1984), Mac Donald and Rowe,(1995) (19), quienes afirman que el ser profesional requiere comprender la cultura y promover la competencia ocupacional, teniendo en cuenta que en ninguna cultura la división mente-cuerpo existe, y que los conceptos de vida en balance en el individuo, se relacionan con la armonía interna dentro de las actividades que utiliza para manejar su tiempo.

De manera más reciente, Kronenberg en el (2005) (25), presenta el creciente interés de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional, WFOT, por el concepto de justicia social y las barreras sociopolíticas a la participación en ocupaciones dignas y significativas como un derecho humano, y muestra como acoge la Rehabilitación Basada en comunidad como estrategia de desarrollo comunitario y campo de parti-

cipación del terapeuta ocupacional desde la relación de la discapacidad como un asunto social y de desarrollo que incorpora inclusión y necesidades individuales y colectivas basadas en la ocupación. A esto se incorporan nuevos conceptos como: Apartheid ocupacional (Kronenberg & Pollard, 2005; Kronenberg, 2003, Simó Algado, mehta, Kronenberg et al, 2002), privación ocupacional (Whiteford & Wright-St-Clair, 2004; Duncam, 2004; Whiteford, 2000-2003), Justicia ocupacional (Townsend, 2003; Townsend & Wilcock, 2003; Watson, 2004; Wilcock,1998) y desarrollo ocupacional (Fransen, 2005), conceptos que se articulan bajo la relación de bienestar ocupacional y factores sociales, que sobrepasa las acciones centradas en necesidades individuales a las lecturas colectivas bajo un enfoque de derechos e inclusión.

En esta medida, el rol del terapeuta en el campo de la salud mental comunitaria, muestra un giro substancial hacia un trabajo de participación política, social y económica sobre la base del vínculo entre ocupación y ciudadanía y participación en la comunidad (Kronenberg & Pollard) (2005) (25), que parte del empoderamiento de las personas como sujetos de derechos y esencialmente ocupacionales y activos.

En relación con lo anterior, desde Awad (2003) (22), quien se basa en diversos autores y Kronenberg (2005) (2006) (25), Pollard (2005) (26), entre otros, se presentan alternativas para alcanzar la competencia y la compatibilidad cultural dentro de la práctica del terapeuta Ocupacional:

- Identificar sus creencias y principios, desde este conocimiento estar abierta a la posibilidad de cambios personales, mantener una mente abierta, no emitir juicios, ser flexible y tener la habilidad para adaptar sus cualidades a la práctica basada en la competencia cultural, Hume,(1984) (19).
- Poseer conocimiento del ambiente socio-cultural, Guijral, (2003) (22), afirma, que el terapeuta debe conocer y apreciar la variedad de factores políticos, económicos, históricos y geográficos del entorno, los cuales influyen la cultura, al individuo y al grupo. Es decir, conocer la normas culturales, los comportamientos aceptados, y los que se esperan de sus individuos, los contratos sociales, costumbres, tradiciones, valores, taboos, la ética, el orgullo nacional, el impacto de las clases, el género, la edad, la raza y la religión.
- Centrar la evaluación en el individuo, Finlay, (1997) (23), establece que para lograr la competencia cultural en la práctica se requiere abordar al sujeto dentro de una evaluación global que tenga en cuenta su identidad cultural única.
- Towsend, citado por Iwama (2006) (27), expone que cualquier exploración se debe contextualizar en un marco que incluya todos los factores y los determinantes que afectan la salud mental, ser contemplados a través de la identificación de necesidades y recursos, considerando las fortalezas y habilidades. Son apropiados los métodos de evaluación y tratamiento que se enfocan en la capacidad para la solución de problemas que comúnmente emplean las terapeutas ocupacionales, pues estos aparecen como los métodos de intervención que soportan la diversidad cultural.
- La transculturalidad del terapeuta debe darse en diversos niveles, en la comunicación verbal y no verbal, el conocimiento de las normas específicas de cada cultura, sus simbolismos, idiomas, lenguaje e interacciones sociales. Tener en cuenta, el esquema personal individual, los roles esperados y las tareas dentro de la sociedad, así como, la interpretación y explicación que se tenga de la enfermedad (Iwama, 2006) (27).
- Shimitras, Fossey and Harvey, (2003) (14), concluyen que el terapeuta debe tomar un rol activo en investigar sobre la restricción en la participación de las personas con enfermedad mental y desarrollar estrategias innovadoras para crear las condiciones sociales y ambientales, que ofrezcan a tales personas el acceso a las oportunidades ocupacionales, elecciones, y apoyos que apoyen su calidad de vida y estilos de vida saludables.
- Galheigo, (2006) (28), le otorga al terapeuta ocupacional el papel de articulador social centrándose en la construcción de ambientes inclusivos que desestigmaticen al enfermo mental, fortalezcan los vínculos familiares y comunitarios promoviendo el sentido de conexión y pertenencia de esta población, a partir de acciones colectivas desde las organizaciones sociales.
- Días, Garcez y Esquerdo (2006) (29), plantean que el profesional debe apropiarse de los procesos de desinstitucionalización teniendo en

cuenta que: se deben resaltar las acciones transdisciplinarias; tener conocimiento antropológico y sociológico; considerarse como agentes políticos y sociales; tratar la actividad como un medio de socialización y de interrelación, de emancipación económica, laboral y social.

- Fransen (2006) (30), plantea como reto para el terapeuta conocer y comprender el contexto cultural para construir e implementar acciones bajo el principio de la compatibilidad cultural y satisfacer las expectativas psicosociales de las personas y grupos desde su particularidad.

A manera de conclusión se intenta definir el rol del terapeuta ocupacional en salud mental comunitaria integrado a los conceptos de competencias culturales y transculturales dentro de la dinámica Ser humano-ocupación-sociedad, orientado a que:

- El contexto actual de la Salud mental, por su diversidad y dinámica implícita, le exige a éste profesional una visión multidimensional del ser humano, la ocupación y la cultura y de las creencias del individuo y su grupo, de ahí, que los procedimientos que beneficien a ambos deben cumplir la misma función, es decir, toda acción que actúe sobre estos, debe incursionar en los cuatro niveles culturales, descritos por Krefling and Kefting (1991) (27): el primer nivel regional con los patrones comunes y visibles que identifican al grupo dentro de un lenguaje común y situaciones geográficas comunes que incluye las etnias populares; el nivel comunitario, el cual incluye

patrones comunes más pequeños y refinados como los factores socioeconómicos, por ejemplo; el nivel de la familia, el cual hace referencia a diferentes grados de adherencia a normas culturales, roles sexuales y la reacción a la enfermedad mental y por último, el nivel individual, o sea el contacto que hace cada persona con la cultura y la interpretación de la misma.

- El terapeuta ocupacional está en capacidad de abordar procesos de participación comunitaria desde la perspectiva de un desempeño ocupacional inmerso en los dominios de la cultura y de la ocupación como recurso que previene la enfermedad, promueve y restablece el estado de salud en el individuo y sus grupos.
- La diversidad en las características poblacionales y los sujetos en una situación particular, ameritan del terapeuta una visión universal y flexible del ser humano, la ocupación y la sociedad, conocer los determinantes sociales que influyen en el continuo función-disfunción ocupacional de manera diferencial en cada cultura y en cada ser, y conocer diversas estrategias culturales y sociales que afecten de manera positiva dichos determinantes y por lo tanto, la autonomía y calidad de vida de las personas con y sin discapacidad como sujetos de derechos.
- Lo anterior, deja entrever que la salud mental comunitaria, es un campo donde todo está por construirse, en especial en lo que compete al terapeuta ocupacional, en el sentido de utilizar la ocupación y la actividad con propósito, como medio que promueve el desarrollo,

restaura habilidades, organiza el comportamiento, produce bienestar a la persona, posibilita que el sujeto le de resignificación a su existencia, adquiera un sentido de vida y contribuya con el desarrollo social.

- Las acciones deben combinar enfoques modernos y tradicionales siempre en consonancia con los patrones culturales de la díada persona-familia.
- Las personas y sus familias son la principal fuente de información y guía, para orientar las acciones, lo que trasciende de una intervención centrada en la persona a acciones centradas en la familia y la comunidad.
- Las discusiones acerca del papel del terapeuta ocupacional en el campo de la salud mental comunitaria, tendrán fin cuando éste profesional se muestre como el verdadero experto en el manejo del desempeño ocupacional del ser humano, los grupos y la sociedad; y logre trabajar la actividad y la ocupación, desde su capacidad organizadora, simbólica, transcultural, relacional, de comunicación universal, de curación, aprendizaje, pertenencia y trascendencia, es decir, que sobreviva a cualquier contexto, individuo y cambio socio-cultural, sólo así, la preocupación por un rol genérico o especializado dejará de ser tan importante y la integración de estos en una acción oportuna, llegará a la esencia de las comunidades, y, sus necesidades psicosociales lograrán ser satisfechas a través del acto, la creación y el encuentro con el objeto y el otro.
- La trans-culturización de las acciones psicosociales desde Terapia Ocupacional, es urgente y necesaria, se deben flexibilizar los servicios y fortalecer los recursos terapéuticos adaptándolos al amplio rango y variación de las normas culturales de las personas, ya que los rápidos cambios poblacionales han llevado al incremento de una sociedad divergente. Entonces, la información requiere de fundamentos sobre la existencia de estructuras sociales, comportamientos y actitudes culturales, particularmente con referencia a los roles laborales, la concepción de salud y enfermedad mental y los abordajes que se hacen como tratamiento, ya que todo esto cambia según la cultura.
- El rol debe centrarse en el diseño de acciones sociales desde el dominio del desempeño ocupacional del ser humano, para dar respuesta a la exclusión social desde la ocupación como medio de inclusión social de personas y grupos que por su vulnerabilidad psicosocial no ejercen sus derechos sociales y de participación.
- Cualquier práctica dentro del ámbito social depende de la realidad social en que se vayan a centrar los esfuerzos, esto evita la duplicidad de servicios y el desperdicio de esfuerzos (Galheigo, 2006) (28), de igual forma, una práctica basada en la comunidad analiza los determinantes sociales y económicos que influyen en la población y una práctica basada en la población parte de marcos de referencia locales y culturalmente significativos, que analizan los factores humanos, financieros, geográficos y políticos y otras fuerzas que generan la injusticia (Towsend y Whiteford, (2006) (28).

- (1) Duncan, E. Occupational therapy in mental health: its time to recognise that it has come age. *British journal of Occupational Therapy*. 1999.62 (11).
- (2) Restrepo, Luis Carlos, Espinel, Manuel. *Semiología de las prácticas de la salud. Colección en administración en salud*. Bogotá. Centro Editorial Javeriano. 1996.
- (3) Gómez Pedro. Colombia y su Salud Mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Volumen XXX. Número (3). (2001). 212.
- (4) Felizzola, Carlos. *Violencia y psiquiatría Colombianas*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2002. XXXI. Volumen 2. (2002). 96.
- (5) Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social. *Estudio nacional de Salud mental Colombia*. Editado por Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social. Colombia. 2003.
- (6) Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Comité Técnico del consejo distrital para personas que presentan limitaciones de carácter físico, psíquico y sensorial. Bogotá. 2001.
- (7) Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social. *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Editado por Ministerio de la Protección Social, fundación FES-Social. Colombia. 2003.
- (8) Gómez, Carlos. El posconflicto en Colombia: desafío para la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Volumen XXXII. Número 2. (2003) 130.
- (9) McColl, M. Paterson, M. Davies D. Doubt L, Law, M. Validity and community of the Canadian Occupational performance measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. Volumen 67. Número 1. (2000). 22-29.
- (10) Fidler, Gail. Position paper: The psychosocial core of occupational therapy *American journal of occupational therapy*. Volumen 49. Número 10. (1995)
- (11) Cook, J. Innovation and leadership in a mental health facility. *The American journal of Occupational Therapy*. Volumen 49. Número 7. (1994).
- (12) Katschnig, H, Freeman H, Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona. Editorial Masson. 2000.
- (13) Trujillo, Alicia. *Terapia Ocupacional, conocimiento y práctica en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. 2002.
- (14) Shimitras, L., Fossey, E., Harvey, C.. Time Use of people living with schizophrenia in a North London Cathment area. *British Journal of Occupational Therapy*. Volumen 66. Número 2. (2003). 46.
- (15) Grossman, J. A prevention model for occupational therapy. *The American journal of Occupational Therapy*. Volumen 45. Número 1 (1990).
- (16) Taylor, A., Rubin, R. How do occupational therapist define: their role in a community mental health setting? *British journal of occupational therapy*. volumen. 62. Número. (2003).
- (17) Meeson, B.. Occupational therapy in community mental health, part 2: Factors influencing intervention choice. *British journal of Occupational Therapy*. 1998. 61(2). 57-61.
- (18) Harrison, D. The case for generic working in mental health occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*. volumen 66. Número 3. 2003).110.
- (19) Cook, Susan. Generic and specialist interventions for people with severe mental health problems : can interventions be categorised ?. *British Journal of occupational Therapy*. Volumen 66. Número 1. (2003). 17.
- (20) Meeson, B. Occupational therapy in community mental health, part 1: intervention choice. *British journal of Occupational Therapy*. Volumen 61. Número 1. (1988).7-11.
- (21) Awaad, Terry. Culture, cultural competency and Occupational Therapy : a Review of the Literature. *British Journal of Occupational Therapy*. Volumen 66. Número 8. (2003). 356.
- (22) Awaad, T.erry. Culture, cultural competency and psychosocial Occupational Therapy: a Middle eastern Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*. Volumen 66. Número 9. (2003). 409.
- (23) Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, ACTO. *Boletín informativo número 1*. Bogotá. 2000.
- (24) Caicedo, María Eugenia. *El terapeuta ocupacional y la rehabilitación en salud mental*. *Revista Ocupación Humana*. ACTO. Volumen 7. Número 1. (1997).

(25) Kronenberg, Fransen, Pollard. Una llamada a la profesión a comprometerse con población afectada por el Apartheid ocupacional. *Trascendiendo Fronteras*. Asociación Española de Terapeuta ocupacionales. Número 38. (2005).

(26) Pollard, Kronenberg. Una llamada a la profesión a comprometerse con población afectada por Apartheid ocupacional. *Trascendiendo Fronteras*. Asociación Española de Terapeuta ocupacionales. Número.38. (2005).

(27) Iwama M. Ubicación en el contexto. *Cultura, Inclusión y Terapia Ocupacional*.

Terapia ocupacional sin Fronteras. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2006.

(28) Galheigo S. *Terapia Ocupacional en el ámbito social*. *Terapia ocupacional sin Fronteras*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2006.

(29) Dias, Garcez y Esguerdo. *Terapia Ocupacional social*. *Terapia ocupacional sin Fronteras*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2006.

(30) Fransen H. Los desafíos de la Terapia ocupacional en Rehabilitación Basada en comunidad. *Terapia ocupacional sin Fronteras*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2006.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

(1) Arteaga Carlos. Salud mental: un objetivo inaplicable. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Volumen. XXXI. Número 1. (2002) 6.

(2) Meeson, B. Occupational therapy in community mental health, part 1: intervention choice. *British journal of Occupational Therapy*. volumen 61. Número 1. (1988). 7-11.

(3) Heather, F. Pro-motion: a positive way forward for clients with severe and enduring mental health problems living in the community, part 2. *British Journal Of Occupational Therapy*. Volumen 66. Número 1. (2003). 25.

(4) Lampert, R. Occupation and lifestyle: implications for mental health practice. *British journal of occupational therapy*. Volumen 61. Número 5. (1988).

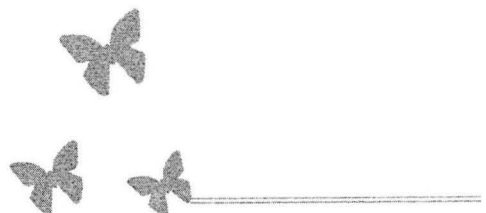
(5) Rebeiro, K. Occupation as means to mental health. *Canadian Journal of occupational therapy*. Volumen 65. Número 1. (1998).

(6) Santacruz, M. y cols. Salud mental, Competencia Ocupacional y calidad de vida, Una experiencia. *Institución Universitaria Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación*. (2003).

(7) Stoffel, V. Statement : Psychosocial concerns within occupational therapy practice . *The American Journal of occupational therapy*. Volumen 49. Número 10. (1995).

(8) Finlayson, M, Edwards, J. Integrating the concepts of health promotion and community into occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational therapy*. Volumen 62. Número 2. (1995). 76-80.

(9) Harries, P., Gilhooly, K. Generic and specialist Occupational Therapy casework in community mental health teams. *British Journal of Occupational Therapy*. Volumen 66. Número 3. (2003) 101.



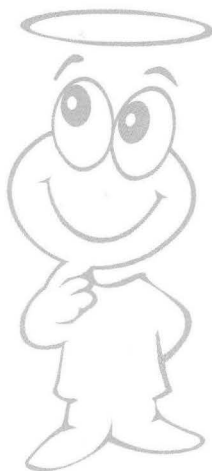







Nuestro objetivo, congregar las facultades de Terapia Ocupacional a nivel nacional con el fin de establecer un proceso de trabajo sistemático, mancomunado y permanente que propenda por la calidad de la formación de Terapia Ocupacional en el país.

Mayores informes:
Teléfono: 347 45 70 Ext.: 220
Correo: acolfacto@yahoo.com.mx

CENTRO DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO

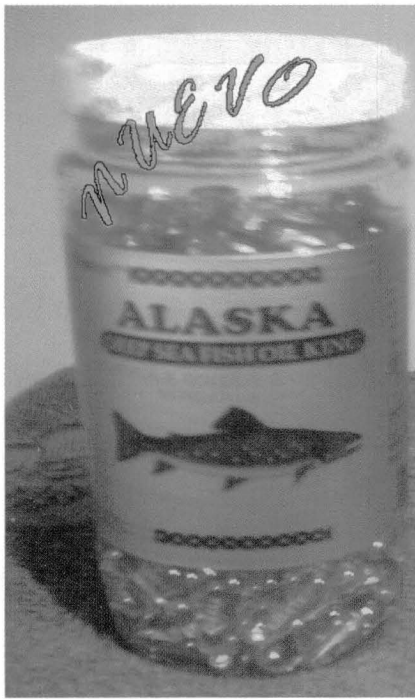
SAN ANGEL



-  PROGRAMA INFANTIL MADURATIVO
-  PROGRAMA TERAPÉUTICO
-  PROG. ESTIMULACIÓN INFANTIL
-  PROGRAMA INTERACTIVO
-  CURSOS VACACIONALES

Informes

Cra. 17a No. 119a - 38
Tels.: 2138421 - 6298650
info-sanangel@sanangel.org
www.sanangel.org



Omega 3, 6, 9

Vasodilatador, baja el colesterol, los triglicéridos actúa sobre sustancias cancerígenas, afecciones cutáneas, enfermedades coronarias, mejora la piel y el cabello, reduce la presión sanguínea, previene la artritis, reduce el peligro de la formación de coágulos de sangre, es ideal para azcema, psoriasis, candidiasis, deficiencia de los ácidos grasos esenciales, mejora el aprendizaje y la capacidad para recordar la información.

Composición: Aceite de pez de Alaska 2000mg, EPA 360mg, DHA 240mg, Vitamina E2 IU

Dosis: 1 ó 2 cápsulas antes de las comidas
Registro Invima No. Sd2006-0000034

PRESENTACIÓN: FRÁSICO X 100 CÁPSULAS BLANDAS X 1000MG

PRECIO PÚBLICO: \$39.990

VENTAS AL POR MAYOR Y DETAL Tels.: 249 95 07 / 313 3 45 54 24



TÉ VERDE

PRESENTACIÓN
CAJA X 80 SOBRES DE 3 GR
PRECIO PÚBLICO
\$48.990

PRESENTACIÓN
PAQUETE X10 SOBRES DE 3 GR
PRECIO PÚBLICO
\$6.200

El Té Verde esencialmente utilizado para protegernos del cáncer y la arteriosclerosis, artritis y resfriados, ya que contiene gran cantidad de polifenoles que es la sustancia antioxidante que nos protege ante las enfermedades.

Estudios clínicos indican que el consumo del Té Verde reduce el riesgo de algunos tipos de cáncer: de boca, piel, próstata, colon, estómago y rectos entre otros.

Los antioxidantes presentes en el Té también disminuyen el colesterol y evita el endurecimiento de las arterias, aumenta los niveles de energías, y es una herramienta útil para el control del peso; mejora el malestar estomacal, la artritis crónica, calambres irritación cutánea.

El Té Verde es un agente antibacteriano que evita la caries dental, el mal aliento, la gingivitis ya que contiene flúor y aluminio.

No apto para diabéticos

Composición: Té Verde, Camelia Síntesis 100%, aminoácidos, Vitamina C.

Uso: Un sobre diario.

Uso: Diluir un sobre en un vaso con agua caliente o fría.

Registro Invima No RSIA1317406

VENTAS AL POR MAYOR Y DETAL Tels.: 249 95 07 / 313 3 45 54 24



El diseño significativo

The meaningful design

✦ Resumen

Este texto propone el desarrollo de un **proceso de diseño** enfocado en la integración de las disciplinas del diseño industrial y la terapia ocupacional. Plantea estrategias en un proyecto de diseño, para que los profesionales puedan aplicar sus conocimientos en el momento justo.

Establece relaciones de contenidos desde las dos disciplinas: La complejidad funcional y las funciones indicativas de los objetos son significativas si se basan en el estudio del subsistema de desempeño de funciones de la ocupación humana. Igualmente el subsistema de habituación de la ocupación humana complementa las funciones simbólicas de los objetos.

Finalmente, expone la significación del diseño basado en el desarrollo y la potenciación de las capacidades alternativas de las personas y cómo al tomarlas como insumos del proceso, en conjunto con la motivación de las personas, se pueden convertir en recursos para el diseño.

✦ Palabras claves

Diseño Industrial, Terapia ocupacional, proceso de diseño, ocupación humana.


✦ Abstract

This text proposes the development of a **process of design** focused in the integration of the disciplines of the industrial design and the occupational therapy. It raises strategies in a design project, so that the professionals can apply their knowledge at the moment just.

MARIO ALBERTO PINILLA G.
Diseñador Industrial / M.Sc.
Ingeniería Electrónica
Profesor instructor Universidad de los Andes
Grupo de investigación
Diseño, Salud y Tecnología
marpinil@uniandes.edu.co

It establishes relations of contents from the two disciplines: The functional complexity and the indicative functions of the objects are significant if they are based on the study of the subsystem of performance of functions of the human occupation. Also the subsystem of habituation of the human occupation complements the symbolic functions of the objects.

Finally, it exposes the meaning of the design based on the development and the involution of the alternative capacities of the people and how when taking them like supplies from the process, altogether with the motivation of the people, they are possible to be turned resources for the design.



**Key
words**

Industrial design, occupational Therapy, process of design, human occupation.



Introducción

La integración y socialización de experiencias interdisciplinarias entre el Diseño y la Terapia Ocupacional, revelan la necesidad de desarrollo de un **proceso de diseño** enfocado en el desempeño integrado de estas dos disciplinas; bien sea en un congreso donde se exponen resultados con enfoques novedosos desde las dos áreas, o bien en el campo académico con la realización de actividades conjuntas que involucran a estudiantes de diseño en el tema de la ocupación humana (Hopkins. H.L., Smith, H.D, 1998). Se percibe que este proceso integrativo permite un mejor desarrollo de elementos significativos en torno a la cotidianidad de las personas y las tecnologías para la discapacidad. Por consiguiente, es necesario exponer la forma como esta relación interdisciplinaria debe definir estrategias de competencia dentro del desarrollo de un proyecto de diseño, para que profesionales puedan aplicar sus conocimientos en el momento justo, de acuerdo a la fortaleza que se esté precisando.





La funcionalidad de los objetos

Los terapeutas ocupacionales muestran una gran recursividad gracias al desarrollo de ayudas técnicas y aditamentos¹, de ahí que logren la configuración de utensilios que satisfacen las necesidades funcionales de un sistema hombre-objeto.

La recursividad es importante en la fase práctica del proceso de diseño de objetos, pues promueve el desarrollo de ideas innovadoras que alimentan la creatividad y la funcionalidad del proyecto; esta última se puede considerar significativa gracias al aporte de la terapia ocupacional con respecto a las necesidades de las personas, determinando así una estrecha relación entre el proceso de diseño y el subsistema de desempeño de funciones del modelo de ocupación humana.

Este subsistema se centra en el estudio de las destrezas de las personas que están constituidas, según Hopkins y Smith (1998), por los aspectos simbólico, neurológico y músculo esquelético. El primero se basa en reglas internizadas que tiene la persona, el segundo se fundamenta en la forma como capta la persona la información sensorial y el tercero en como efectúa las acciones; estas pueden ser de carácter perceptual, de procesamiento, de planificación, de solución y de comunicación e interacción, y son utili-

zadas por otro subsistema del modelo de ocupación humana, el de habituación.

El Subsistema de desempeño de funciones es afín con el argumento de las funciones indicativas de los objetos, que Burdek (1994), define como las relaciones funcionales de interacción de las personas con los objetos. Surge entonces un punto común entre las dos disciplinas, cuando desarrollan objetos, ya que las funciones indicativas vistas desde el diseño son verdaderamente significativas si se basan en el estudio del subsistema de desempeño de funciones bajo parámetros de la ocupación humana.

Esto se hace explícito, remitiéndose a las funciones prácticas de un producto, por cuanto el estudio de las destrezas de las personas permite el desarrollo de los elementos que explican el manejo y visualizan las funciones técnicas de un objeto.

La pertinencia y el momento de aplicación del aspecto funcional dentro de un proceso de diseño para colectividades, deriva de la concepción de Maslow (1970), sobre las jerarquías de necesidades ergonómicas y hedonómicas (*Ergonomics in Design*, Vol. 13, 2005). El modelo se configura como una pirámide, que busca la personalización del diseño. La prevención, base de la pirámide, es manejada por la ergonomía y se concentra en todo lo que eventualmente no se quiere que suceda en el uso, cuando un ser hu-

¹ Entendidos estos como aquellas herramientas tecnológicas que extienden el funcionamiento humano.

mano interactúa con un ambiente no humano; asciende un nivel y propone el estudio de los aspectos funcionales que promulgan los procesos; en un siguiente escalón, el modelo plantea el análisis de la usabilidad que prioriza las preferencias del usuario. Este último aspecto es un punto crítico de transición entre lo preventivo y lo moti-

vador-gradable del sistema que se está diseñando (ver Gráfico). La personalización, que puede lograr el diseño, se encuentra en el nivel más alto de la pirámide y se consigue promoviendo el contenido motivador-gradable obtenido del estudio de la persona, involucrando las necesidades de autoestima y aceptación social.



Gráfico. Jerarquía de necesidades ergonómicas y hedonómicas derivado de la concepción de Maslow. Modelo tomado de *Magazín of human factors applications*, Vol. 13 *Ergonomics in Design*.

Por lo tanto, cuando el proceso de diseño se centra en las necesidades de seguridad, funcionalidad y usabilidad, tiene que existir una adecuada recopilación de información como parte importante de la etapa inicial de un proyecto. Esta información, en primer lugar, se basa en la observación de la recursividad y el conocimiento de los usuarios que competen a los terapeutas ocupacionales. En segundo lugar, se realiza un acercamiento a las personas y sus cotidianidades, para que el equipo de diseño realice experiencias en el contexto donde se ejecuta la actividad vivencial del proyecto. Esta acción conjunta e integradora

dentro del marco de actividades específicas, visualiza la recursividad de las personas, sus gestos corporales, sus comportamientos, sus hábitos y sus roles. En tercer lugar, se exploran todas aquellas soluciones relacionadas con la necesidad que se está estudiando, con base al estudio de las complejidades que según Moles (1975), plantea en su teoría de los objetos.

Las complejidades de los objetos describen un sistema o un organismo unitario y se relacionan con el esquema de jerarquías de necesidades ergonómicas y hedonómicas, desde los aspectos estructural y funcional. La

complejidad estructural trata del inventario y las relaciones sinérgicas de los componentes físicos del sistema. Es decir, la técnica y la tecnología que facilitan la ordenación y la combinación de las partes simples que configuran estructuralmente un artefacto, para que logre solidez y seguridad en su uso. El estudio de esta complejidad define particularidades que competen al diseñador en el control de los procesos y aplicación de materiales; además alimenta el criterio de los proyectistas para permitir y aprovechar la integración de otras disciplinas en el proceso, como las ingenierías por ejemplo.

El otro tipo de complejidad, la funcional, tiene que ver con todas aquellas interacciones que un ser humano realiza con un sistema de objetos y “es la

reunión mas o menos compleja de actos más simples [para el uso de un objeto] condicionados, por ejemplo, por los reflejos nerviosos del individuo” (Moles, 1970, p.33). Se relaciona con las necesidades del individuo y las acciones elementales que dan lugar a un repertorio de funciones, por lo que se identifica con el nivel de funcionalidad y usabilidad de las jerarquías de necesidades e igualmente con el concepto de las funciones indicativas de Burdek que se mencionó anteriormente.

Hasta aquí se ha expuesto el desarrollo de los aspectos funcional y preventivo del proceso de diseño de esta unión disciplinar. A continuación se desarrolla el tema de la personalización que puede lograr un sistema objetual dentro de este marco interdisciplinario.



Personalización del objeto

En el nivel más alto del modelo de jerarquías se promueve el aspecto placentero de las necesidades basado en la motivación, el disfrute, y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

En efecto, según el modelo de ocupación humana existen dos clases de motivaciones en las personas (intrínsecas y extrínsecas) que son determinadas por imágenes internas que tiene de sí mismo el individuo como co-partícipe en el mundo externo y que proporcionan el sentido de obligación en las ocupaciones vinculadas con

grupos sociales. Las motivaciones intrínsecas, según Hopkins y Smith (1998), permiten un cambio y un crecimiento gracias a la tendencia que tiene el ser humano a explorar y sentirse activo; tienen que ver con aquellos aspectos que motivan y buscan el crecimiento significativo de las personas. A su vez, las motivaciones extrínsecas permiten un cambio y crecimiento en las personas gracias a fuerzas y recompensas externas y en este sentido no son tan significativas, por cuanto pueden imprimir decisiones, influenciadas únicamente por el entorno y no por motivación propia. En síntesis, el ser

humano y sus motivaciones se encuentran ligados a todas esas fuerzas externas que presionan sus decisiones en las tareas determinadas por las actividades que definen los grupos sociales y la cultura.

Para descifrar las motivaciones de las personas el proyectista debe realizar un análisis del uso cotidiano de los objetos, bajo la práctica de la observación participativa para comprender las relaciones de interacción entre el hombre y los ambientes no humanos, donde, el camino es más claro para la significación del proceso, si se hace énfasis en el estudio de las motivaciones intrínsecas que las personas manifiestan.

Otro aspecto, que permite al proceso de diseño ser consistente con las expectativas del usuario respecto al disfrute en un ambiente de interacción, es el estudio de los hábitos y roles de las personas, que hace parte del subsistema de habituación del modelo de ocupación humana y utiliza las destrezas definidas en el subsistema de desempeño de funciones. El subsistema de habituación se basa en el estudio de los hábitos, los cuales de acuerdo a reglas sociales estimulan rutinas que permiten organizar conductas; en igual sentido, los roles son la imagen que tiene la persona sobre la posición que ocupa dentro de un grupo social y definen las obligaciones que esta acción sugiere.

Este subsistema se puede relacionar, como menciona Burdek (1994), con las funciones simbólicas de los objetos, las cuales se basan desde el diseño en el estudio de los hábitos y roles de las

personas. Las funciones indicativas de los objetos se resuelven con el lema de **la forma sigue a la función** y cuando se recapacita sobre la esencia de esas funciones, se encuentran los significados simbólicos que fluyen del contexto sociocultural que se esté estudiando. Estos códigos comunicativos son esenciales en el proceso de un diseño significativo:

Estas complejas convenciones se promueven gracias a la tradición cultural y a la formación de grupos sociales específicos. Los usuarios pueden decodificar el contenido del significado de los productos, en tanto que estos sean parte de un sistema de signos socialmente obligatorio, esto es, de un lenguaje comunicativo del producto (según Gert Selle como se cita en Burdek, 1994,p,225).

Así se puede indicar que la función del diseñador es emplear los signos adecuados que entienda el usuario. También desde la semiótica y refiriéndose específicamente a aspectos comunicativos, se encuentran argumentos que refuerzan el planteamiento de este punto común entre el subsistema de habituación y las funciones simbólicas de los objetos, ya que conforme a Joseph L. Blasco, Tobies Grimaltos y Dora Sánchez (1999), los símbolos son signos que se fundamentan en leyes y hábitos e involucran practicas establecidas para su interpretación.

En conjunto, hasta aquí se puede afirmar que dentro de las necesidades ergonómicas y hedonómicas, existen puntos comunes entre la actividad de la terapia ocupacional en el marco de

la ocupación humana y la acción del diseño en cuanto a las complejidades y las funciones indicativas- simbólicas de los objetos.

Sin embargo, se debe aclarar que, de acuerdo con Max Neef, Elizalde y Hopenhayn (1997), cuando las necesidades se basan en las carencias, el proceso de diseño puede terminar en términos fisiológicos con el fantasma de que se está supliendo algo que faltaba; en cambio, cuando existe más compromiso sobre la motivación como insumo de un proceso de diseño, aparece la necesidad de desarrollar las capacidades alternativas de las personas, las cuales pueden convertirse en recursos para el diseño. A diferencia del tema preventivo que es manejado por la ergonomía y se concentra en todo lo que eventualmente no se desea que suceda, el tema motivacional y de disfrute de las interacciones, se enriquece con el valor de los eventos que pueden pasar.

Toda acción es significativa en diseño cuando se basa en el desarrollo y la potencialización de las capacidades alternativas de las personas. En particular, se pueden mencionar como ejemplos, casos como los de un invidente, un músico y una mujer adulto mayor, en los que se observan las capacidades alternativas que se pueden desarrollar en beneficio de un diseño y brindan estrategias para que las personas disfruten la actividad y la interacción con el ambiente; así, se encuentra en el primero la oportunidad de diseñar artefactos que se enfoquen en los sentidos del oído, el tacto o el gusto; en el segundo, cualquier enfoque de desarrollo se puede cen-

trar el sentido del oído, y en el tercero, el diseño de un sistema para este tipo de personas consideraría, por ejemplo, aspectos relacionados con las habilidades culinarias. Por consiguiente, resulta importante para el diseño significativo, plantear aspectos transversales donde las personas con capacidades diferentes puedan tener las condiciones de igualdad respecto a otros usuarios. Además, la idea de los contenidos transversales es aprovechar la empatía que el diseñador con sentido social desarrolle con las comunidades, los grupos sociales y los individuos, para situar a estas personas y sus capacidades alternativas en un mismo nivel de competitividad en torno a una actividad, gracias a la motivación y al rol que adopten en ella.

Con esto se puede afirmar que, en el desarrollo de un proyecto de diseño, el conocimiento de las personas con capacidades diferentes y la recursividad que poseen los terapeutas ocupacionales, integrados al pensamiento divergente y la capacidad de visión holística de los diseñadores, permiten reconocer y encontrar la esencial unidad dentro de una gran variedad de información, que se genera en las primeras etapas de recopilación y análisis de un proceso de diseño (Pérez Vásquez, trad. Engineering design methods. Nigel Cross 2003). Por lo cual, para lograr este objetivo el diseño necesita de sus proyectistas el arte de la frescura en la apreciación (George Boeree, Párr.38) es decir la habilidad para ver cosas ordinarias como importantes, lo cual los hace más creativos, originales e inventivos.



Conclusiones

Para finalizar, se destacan los siguientes aspectos que pueden ayudar a definir estrategias de actuación en esta relación interdisciplinaria, dentro del desarrollo de un proyecto de diseño:

- Las funciones indicativas y la complejidad funcional de los objetos son significativas si se basan en el estudio del subsistema de desempeño de funciones bajo parámetros de la ocupación humana y se identifican con el nivel de funcionalidad y usabilidad de las jerarquías de necesidades.
- El subsistema de habituación de la ocupación humana complementa el tema de las funciones simbólicas de los objetos y enriquece la función del diseñador, ya que al emplear los signos adecuados fundamentados en reglas y hábitos, que involucran prácticas establecidas, se convierten en símbolos que interpreta el usuario.
- Cuando existe compromiso en la motivación como insumo de un proceso de diseño, aparece la oportunidad de desarrollo de las capacidades alternativas que se convierten en recursos para el proyecto y en estrategias para que las personas disfruten la actividad y la interacción con el ambiente.
- A medida que se realizan estas experiencias interdisciplinarias, el diseño fructifica el conocimiento y la experticia de los profesionales de la terapia ocupacional y aporta un proceso innovador tecnológico que refina las transformaciones necesarias para la configuración de objetos.
- Toda acción es significativa en diseño cuando se basa en el desarrollo y la potencialización de las capacidades diferentes de las personas.



Bibliografía

Hopkins. H.L., Smith, H.D. editores «Terapia Ocupacional», 8ª Edición. Editorial Médica Panamericana Madrid; 1998. p.76-79.

The magazine of human factor applications. Ergonomics in Design, vol 13; 2005.

Bernhard E. Burdek. Diseño, historia, teoría y práctica del diseño industrial. ED Gustavo Gilli; 1994.

Fernando Roberto Pérez Vásquez, trad. Métodos de diseño. Estrategias para el diseño de productos. Engineering design methods/ Nigel Cross; México: Limusa wiley; 2003.

Manfred max-neef, Antonio Elizalde, martin Hopenhayn. "Desarrollo a Escala Humana". Cepaur. Fundación Dag Hammarskjöld; 1997.

A. Moles. Teoría de los objetos, Colección Comunicación visual. ED Gustavo Gilli; 1975. p. 32-36.

Joseph L. Blasco, Tobies Grimaltos y Dora Sánchez, Signo y Pensamiento. ED. Ariel, S.A. Barcelona; 1999.

Maslow, A.H. Motivation and personality (segunda edición). Harper & Row, publishers; 1970.

George Boeree. (2004). Personality theories. Abraham Maslow 1908-1970, biography. Recuperado el 28 de octubre de 2005 de <http://www.ship.edu/~cgboeree/maslow.html>.





Estimulación cognitiva, un medio para favorecer la participación del adulto mayor

Cognitive stimulation, an approach to assist the participation in the old people

Resumen

ANGÉLICA MONSALVE ROBAYO

Terapeuta Ocupacional. Universidad del Rosario
Profesora auxiliar de carrera Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano
Programa de Terapia Ocupacional
Coordinadora Académica.
Universidad del Rosario
Magíster en gerontología.
Universidad de Salamanca.
Email: anmonsal@urosario.edu.co

ÁNGELA MARÍA PEÑARANDA SAAVEDRA

Terapeuta Ocupacional. Universidad del Rosario
Profesora Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano
Especialista en desarrollo infantil y procesos de aprendizaje
Programa de Terapia Ocupacional
Universidad del Rosario
E-mail: angela.penaranda79@urosario.edu.co

CLAUDIA MARCELA ROZO REYES

Terapeuta Ocupacional
Especialista en Docencia Universitaria
Universidad del Rosario
Directora Programa Terapia Ocupacional
Profesora auxiliar de carrera Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano
Programa de Terapia Ocupacional
Universidad del Rosario.
E-mail: claudia.rozo27@urosario.edu.co

El presente artículo contiene información relacionada con el proceso normal de envejecimiento, su influencia en el desempeño cotidiano, la estimulación cognitiva como medio terapéutico, las características de las actividades que se desarrollan a través de este medio y los logros y beneficios de su aplicación para la calidad de vida del adulto mayor.

Por esta razón se profundiza principalmente en los cambios que ocurren a nivel cognitivo y cómo éstos influyen en la forma en que las personas mayores desempeñan sus actividades de la vida diaria, su posición frente al entorno familiar y social y el reconocimiento de sus posibilidades de participación.



✧ Abstract

This article has information related with the normal aging process, its influence in the daily performance, the cognitive stimulation as therapeutic approach, the characteristics of the activities that are developed by means of this approach and the benefits of its application for the quality of life in old people.

For this reason the article studies in depth principally the cognitive changes and how these influence in the daily life activities, their position in relation with the social and familiar environment and the recognition of their participation possibilities.

✧ Palabras claves

Adulto mayor, envejecimiento, cognición, estimulación cognitiva, terapia ocupacional, ambiente, participación.

✧ Key words

Old people, aging, cognition, cognitive stimulation, occupational therapy, environment, participation.

✧ Envejecer...

El proceso de envejecimiento conlleva una amplia variedad de cambios fisiológicos y anatómicos en el cerebro que modifican la capacidad de participación del adulto mayor en su entorno. Evidencia de ello son los estudios que revelan la pérdida neuronal entre un 20% y 50% en áreas de cerebelo, la corteza cerebral y el hipocampo así como la disminución del flujo sanguíneo cerebral y el ensanchamiento de los ventrículos cerebrales en tres o cuatro veces su tamaño normal, después de los treinta y hasta los noventa años.(1)

Sin embargo tales cambios son manejados por el cerebro a través de mecanismos compensatorios como poseer más neuronas de las necesarias y la evidente plasticidad cerebral. Es decir el cerebro envejece progresivamente aunque inicialmente sus consecuencias no sean tan visibles, pero es importante aclarar que la edad no

se acompaña necesariamente de la disminución de las facultades intelectuales, por ello ante síntomas tales como la pérdida de memoria, dificultades en la concentración, depresión o irritabilidad es necesario realizar exámenes que confirmen la presencia de una enfermedad cerebral de manera específica.

Existen dificultades para establecer los límites entre el envejecimiento normal y el patológico, por lo que se debe considerar la normalidad cuando no existe un diagnóstico que interfiera con la funcionalidad y la patología cuando hay evidencia de una alteración en el estado de salud y por tanto de bienestar de la persona mayor. Los procesos de envejecimiento incluyen todos y cada uno de los componentes del desempeño ocupacional a nivel sensoriomotor, cognitivo, psicológico y social.

Para efectos de este artículo se considerará solo el componente cognitivo sin ignorar la idea de la persona como ser integral, pero resaltando la importancia de las habilidades implícitas en el desempeño cotidiano.

La memoria como una función básica posee un alto nivel jerárquico dentro de las habilidades necesarias para el funcionamiento del ser humano. La memoria involucra la atención y las funciones ejecutivas tales como el razonamiento, la planeación, la resolución de problemas, la abstracción, el juicio; es decir procesos fundamentales para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. (1)

La memoria se define como la capacidad de recordar información aprendi-

da clasificándose en sensoriooperceptual, a corto plazo y a largo plazo esta última incluye la episódica, la semántica y la procedimental.

En el envejecimiento normal existe un deterioro en el recuerdo de procedimientos de las actividades cotidianas que involucra habilidades cognitivas, perceptuales y motoras que llegan a ser automáticas y no requieren un esfuerzo consciente. Así mismo se dificulta recordar nueva información, dada la disminución en la capacidad para codificarla y recuperarla.

La atención es la función mental que sirve como mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción y el lenguaje. Influye en operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. La atención dirige los sentidos hacia un determinado estímulo y controla la activación de canales específicos para llegar a niveles más altos de integración. (2)

Con el proceso normal de envejecimiento la atención se disminuye por la dificultad de ignorar e inhibir información irrelevante e incapacidad para dividir la atención entre varias tareas simultáneas.

La percepción es la capacidad mental de integrar y reconocer la información que ingresa a los sentidos, es un proceso a través del cual el cerebro realiza representaciones neurales de los objetos a los que se les presta atención con el fin de reconocerlos y crear patrones propios de reconocimiento (2).

Durante el proceso de envejecimiento las personas presentan pérdidas en la agudeza de los sentidos que genera inseguridad, inestabilidad, ansiedad y sentimientos de minusvalía.

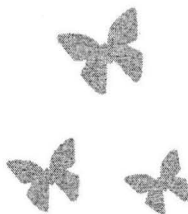
La resolución de problemas es la capacidad para categorizar, relacionar, priorizar y secuenciar la información que se requiere para resolver una situación particular (3). En una persona mayor en condiciones de normalidad se lentifican los procesos por la disminución de la eficiencia para procesar la información y evocar una respuesta lo cual interfiere en el rendimiento y velocidad para ejecutar tareas cotidianas.

El lenguaje se considera como un conjunto de habilidades las cuales se agrupan en tres componentes básicos como son la forma, el contenido y el uso. En general las habilidades de comunicación no se afectan durante el envejecimiento sin embargo, las personas pueden ser más lentas en procesar y producir el lenguaje y menos efectivas en la comprensión del discurso, en la lectura y en la escritura. Los cambios que se producen con la edad en esta área se relacionan con la pérdida de la agudeza sensorial, la memoria y el procesamiento de la información sensorial. (4)

Adicionalmente, la orientación como capacidad cognitiva, permite tener presentes los datos básicos de la realidad, ser concientes de ella y mantener en la memoria la identidad, el lugar y el tiempo en que se vive.

Para gran parte de la población mayor la orientación en tiempo y espacio se modifica dependiendo de factores ambientales y emocionales los cuales son reconocidos, y una vez detectados acuden al uso frecuente de ayudas externas, como calendarios, anotaciones y agendas, que recuerdan las fechas, los eventos y responsabilidades cotidianas.

Una de las condiciones básicas de deterioro del organismo es la irreversibilidad, asociado con el envejecimiento en condiciones de normalidad o de patología y que sin embargo, pueden tener menores efectos si se combinan con estrategias de estilos de vida saludables, formas de promoción de las habilidades cognitivas y capacidad de adaptación a los cambios para mantener un nivel de funcionamiento satisfactorio. Por el contrario la disminución en estos aumenta la vulnerabilidad a enfermedades e incrementa el riesgo de cambios patológicos (4).





Estimular...

Una de las estrategias utilizadas por Terapia Ocupacional para favorecer un envejecimiento exitoso es la **estimulación cognitiva**, definida como el conjunto de técnicas terapéuticas y ambientales que pretenden mantener o potenciar las habilidades necesarias para el funcionamiento mental, con el fin de promover comportamientos adaptativos, disminuir las pérdidas de memoria, favorecer la orientación y facilitar la interacción social.

El programa de estimulación cognitiva puede ser aplicado a partir de la detección de los primeros "olvidos", convirtiéndose en un acompañante constante durante el proceso de envejecimiento y requiere de la participación activa del adulto mayor. Éste programa puede convertirse en un medio de detección temprana de patologías que requieran de estudio y tratamiento más específico, como demencias o infartos cerebrales.

Los estudios realizados sobre el uso de la estimulación cognitiva han sido probados incluso en la prevención de enfermedades como la demencia tipo Alzheimer. Estos estudios (5) indican que las tareas que exigen un mayor esfuerzo intelectual se convierten en un factor protector frente a la demencia o el deterioro cognitivo. Esto implica que la estimulación proporcionada se realice de manera organizada y permanente de acuerdo con las necesidades biológicas, psicosociales y ambientales de la persona (6).

La estimulación cognitiva provee experiencias nuevas a los participantes a través de la promoción de habilidades tales como la memoria a corto plazo, la orientación, el cálculo, la solución de problemas, la atención y el juicio; lo cual repercute en el mantenimiento de las posibilidades de autonomía para el desempeño en actividades cotidianas.

Adicionalmente, pretende mantener la actividad mental y el rendimiento cognitivo de los individuos adaptándose a las necesidades de cada persona y motivando a la asunción de retos, aprovechando situaciones y circunstancias cotidianas que promuevan el desarrollo de actividades.

Estas actividades deben ser programadas teniendo en cuenta algunas características importantes tales como no ser repetitivas en su estructura y forma de presentación pero sí en el objetivo, ajustadas a la habilidad que se posee, evitar la sobre estimulación y el uso de objetos abstractos y no conocidos por el adulto. Es recomendable que el material que se utilice esté adaptado a los requerimientos de la actividad y a las condiciones sensorio-motoras del adulto mayor.

La planeación y organización de las actividades de estimulación cognitiva se realiza sobre la base de un análisis de los resultados que se pretenden alcanzar, el comportamiento que se espera de la persona, las precauciones en la ejecución, el apoyo por par-

te de la familia y el acompañamiento del profesional. El proceso de intervención planteado para personas mayores recopila los medios de intervención en Terapia Ocupacional por considerarlos de vital importancia para la búsqueda de los resultados.

El primer elemento a tener en cuenta en la intervención es el proceso de enseñanza aprendizaje, como factor dinamizador, ya que a través de éste se logra una comunicación eficaz entre la persona, la actividad y el terapeuta. El primer reto que enfrenta el terapeuta ocupacional es adecuar el método a las características de la población sujeto, la cual requiere de un abordaje que comprenda la historia personal y ocupacional del adulto con el fin de lograr la vinculación en el proceso terapéutico.

El segundo es el ambiente, que se comporta como facilitador o inhibidor de las habilidades que se requieren para la ejecución de actividades de la vida diaria, orienta las necesidades del proceso y permite verificar la eficacia de la intervención en entornos reales. Es necesario establecer algunos parámetros para el control del ambiente donde se desarrolla la terapia al considerar el tipo de población con la cual se está interactuando, son ellos: la seguridad, comodidad, accesibilidad, iluminación y ventilación.

El tercero es la relación terapéutica, la cual brinda el apoyo y confianza necesaria a la persona mayor y su familia. Se convierte en el primer recurso de socialización por permitir interacciones adecuadas que focalizan

la intervención hacia el objetivo final de la misma.

El último y principal medio de participación del terapeuta ocupacional es la actividad con propósito y significado que parte de las características enunciadas anteriormente e involucra el análisis de (7):

1. Las propiedades de los materiales.
2. La complejidad y categorización según características personales.
3. Estructura y normas a seguir para el desarrollo de la actividad.
4. Habilidades requeridas para la ejecución de la actividad.
5. Requerimientos básicos a nivel comunicativo, motivacional, iniciativa, toma de decisiones, ambiente, tiempo de ejecución.

La metodología de intervención se puede aplicar en modalidad grupal e individual, de acuerdo con las diferencias en los patrones ocupacionales, respetando la individualidad, idiosincrasia, valores, habilidades e intereses y teniendo como referencia el nivel educativo, sociocultural, la historia ocupacional, la edad y los antecedentes que sean relevantes frente a los objetivos de trabajo.

A continuación se presenta una tabla descriptiva sobre las habilidades cognitivas preceptuales que se estimulan y los resultados que se obtienen tras las sesiones terapéuticas:

Tabla 1. Funciones cognitivo perceptuales y resultados de la estimulación cognitiva.

FUNCIONES COGNITIVO PERCEPTUALES SEGÚN QUINTANA (6)	RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Esquema corporal. • Discriminación derecha-izquierda. • Identificación de las partes del cuerpo. • Gnosias. • Esterognosia. • Reconocimiento de un lado del cuerpo. • Propiocepción. • Reconocimiento de sí mismo hacia los objetos. • Conciencia y manejo de las relaciones espaciales. • Orientación topográfica (orientación en espacio). • Figura fondo. • Copia de diseño. • Praxias. • Habilidades construccionales. • Atención. • Orientación en persona, lugar y tiempo. • Memoria. • Resolución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad en vestido (planeamiento motor-coordinación, esquema corporal, propiocepción, percepción visual y secuenciación). • Funcionalidad en alimentación: (planeamiento motor-coordinación, percepción visual y secuenciación). • Funcionalidad en higiene: (planeamiento motor, esquema corporal, coordinación, propiocepción). • Utilización productiva del tiempo. • Conservación de habilidades de escritura y lectura. • Manejo del dinero. • Mantenimiento del reconocimiento de caras de familiares y de amigos. • Mantenimiento del reconocimiento de nombres. • Capacidad para la organización en actividades diarias. • Orientación en espacio-tiempo y persona. • Mantenimiento de la secuencia y organización de hábitos y rutinas. • Disminución de ansiedad, agresividad y tristeza. • Generación de sentimientos de productividad. • Promoción de la interacción con otros. • Aceptación de los procesos de envejecimiento y desarrollo. • Prevención de accidentes. • Búsqueda de soluciones ante pérdidas o situaciones inseguras. • Familias tranquilas, que conocen y apoyan el proceso.





Reflexionar

El programa de estimulación cognitiva, favorece la participación del profesional en Terapia Ocupacional con equipos interdisciplinarios y comunidades, convirtiéndose en un medio de ampliación de la intervención y respondiendo a la atención integral de la población.

Es importante enfatizar que la estimulación cognitiva, no es una estrategia empleada únicamente para el adulto mayor con una patología instaurada si no también para aquellos adultos que por efectos de su proceso de envejecimiento buscan prevenir, mantener y optimizar su actividad mental y rendimiento cognitivo que beneficie el ejercicio de la autonomía y funcionalidad en las actividades cotidianas.

Lo expuesto anteriormente nos permite concluir que la estimulación cognitiva resulta ser un medio de trabajo eficaz para mantener los procesos mentales, es un factor que facilita un envejecimiento más sano y exitoso. Así mismo es importante desarrollar un programa sobre la base de un adecua-

do análisis de los factores que rodean al adulto como su familia, su historia y el ambiente.

Un adulto mayor que conserva sus habilidades cognitivas, participa en la toma de decisiones, resuelve problemas, ejecuta actividades con autonomía, se le atribuye en su familia, comunidad y sociedad un rol, en donde su conocimiento, experiencia y bagaje cultural lo convierte en un ser productivo, útil y reconocido dentro del entorno que lo rodea.

Finalmente, el desempeño de actividades de la vida diaria está estrechamente ligado al uso de las habilidades cognitivas y perceptuales que las personas requieren para cumplir satisfactoriamente las exigencias y demandas del entorno físico, familiar y social. Es por esto que en todas las etapas del ciclo vital se hace imperante estimular dichas habilidades que favorezcan competencias ocupacionales para llegar a la vejez ejerciendo la participación y la autonomía que se reconoce en etapas tempranas.



Bibliografía

(1) CUTLER LEWIS, Sandra. Elder Care in occupational therapy. SLACK Incorporated. Wyndmoor, Pennsylvania. Second Edition. 2002.

(2) LOSADA PEREZ, David. El baúl de los recuerdos. AFAL. Madrid. 2003.

KATZ, Noomi. Cognition and Occupation in Rehabilitation. AOTA. Montgomery. 1998.

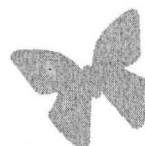
(3) IZAL, Maria., MONTORIO Ignacio. Gerontología Conductual, intervención y ámbitos de aplicación. Editorial SINTESIS S.A. Madrid. 1999.

(4) Woods, R, Moniz-Cook, Esme, Liffe, Steve, Campion Peter, Vernooij Myrra, Znetti O, Franco M. "Dementia: issues in early recognition and intervention in primary care". Journal of the Royal Society of Medicine. 96(2003):320 – 324

(5) NEVADO REY, Manuel. Manual de estimulación cognitiva. El baúl de los recuerdos. Madrid, España: AFAL, 2003: 18-22

(6) KIELHOFNER, Gary. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. Editorial medica Panamericana. Buenos Aires. 2006.

(7) MONSALVE, A., PEÑARANDA, A. Importancia de la participación del adulto mayor con demencia en actividades cognoscitivas orientadas por terapia ocupacional. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. Memorias. Séptimo congreso de gerontología y geriátrica. Cartagena de Indias. Volumen 20. Suplemento 1. 2006: 28-29





Reflexiones sobre currículo y prácticas pedagógicas de los programas de rehabilitación de la Universidad del Rosario

Curriculum reflexions and pedagogical practice of the University of Rosario's programs of rehabilitation



RESUMEN

El siglo XXI ha traído consigo en el ámbito educativo, innovación en todos los aspectos referentes a la educación superior haciendo énfasis en modelos curriculares holísticos cuyo eje es el estudiante. Son consistentes con estos modelos las metodologías de enseñanza activas participativas que promueven aprendizajes significativos.

Desde 1999, los programas de Rehabilitación de la universidad del Rosario han desarrollado el modelo curricular integrado centrado en el alumno, en el cual han participado tanto docentes como docentes. A partir del segundo periodo académico de 2005, se implantó una nueva reforma curricular encaminada a la formación integral del estudiante a través de un currículo flexible que busca su autonomía tanto personal como académica.

AMPARO ARDILA DE CHAVES
Fisioterapeuta
Especialista en Docencia Universitaria
Universidad del Rosario
aardila@urosario.edu.co

INGRID TOLOSA GUZMÁN
Fisioterapeuta
Especialista en Docencia Universitaria
Universidad del Rosario
itolosa@urosario.edu.co

Los profesores participan de manera activa en este proceso por medio del análisis y de la innovación de sus prácticas pedagógicas y evaluativas, con base en los diferentes cursos de desarrollo profesoral promovidos por la Universidad.

✧ Palabras claves

Currículo Flexible, Metodologías de enseñanza y Aprendizaje significativo.

✧ Abstract

The 21th century has brought in the educational area innovation in all their aspects, emphasizing in curricular holistic models where the center is the student. The active teaching methodologies are consistent with these models promoting significant learning.

Since 1999, the rehabilitation programs at Rosario, have developed an integrated curriculum model centered in the student, with involvement both of students and teachers. Since 2005's second academic period a new curricular reform was implanted with the aim to bring to the student an integral formation by mean of a flexible curriculum with the objective of promote personal and academic autonomy.

Professors participate in an active manner in this process analyzing and innovating in their pedagogical and evaluation practices based on different courses of profesorado development courses promoted by the University.

✧ Key words

Flexible curriculum, teaching methodologies, significant learning.

✧ Introducción

Los programas de pregrado de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario, han llevado a cabo reformas curriculares, la última en el segundo semestre de 2005. Una reforma anterior, desarrollada entre 1999 y el primer período académico del 2005, implementó el modelo curricular centrado en el alumno, con un modelo pedagógico conceptual que



fomenta metodologías participativas en los procesos de aprendizaje.

Clara Franco de Machado (1), al referirse al currículo centrado en el alumno, hace un planteamiento a partir de la relación que hay entre los elementos curriculares, los objetivos, los contenidos, las actividades pedagógicas y las prácticas evaluativas. El modelo pedagógico propuesto tiene características específicas, que promueven el desarrollo de metodologías de enseñanza-aprendizaje, activas participativas, las cuales propenden por

aprendizajes significativos, además de buscar la formación integral del estudiante.

Para los programas de Rehabilitación es importante conocer y reflexionar acerca de la transformación que suscitan en estudiantes y profesores, las variadas experiencias educativas vividas en las asignaturas, encaminadas a identificar la percepción que de ellas tienen la comunidad académica en cuanto al proyecto educativo y en particular al enfoque curricular, y al modelo pedagógico.



Reflexiones sobre el currículo

Durante las últimas décadas, las transformaciones políticas, económicas, sociales, tecnológicas y científicas de las sociedades modernas a nivel mundial, han tenido gran influencia en la educación superior, enfocándola puntualmente hacia nuevas formas para la adquisición y apropiación del conocimiento, el mejoramiento de procesos para su innovación y el desarrollo de capacidades para el aprendizaje.

Como consecuencia de éstos cambios, la educación superior busca en forma permanente promover en el estudiante su potencial para razonar, discrepar, innovar e incentivar su espíritu crítico a través del desarrollo de currículos flexibles, con diferentes metodologías de enseñanza-aprendizaje encaminadas al logro de competencias y al cumplimiento de los objeti-

vos de formación de cada programa, con implementación de metodologías que facilitan la comprensión, el aprendizaje, la interrelación, en la actitud hacia lo que se aprende, y que son a posteriori experiencias y procesos indispensables para la práctica pedagógica del profesor.

Dentro de éstas prácticas que flexibilizan el currículo se encuentra la noción de créditos que establece una relación entre el tiempo dentro y fuera del aula, en donde el estudiante en forma presencial, tiene actividades de tipo activo como las orientadas por guías de estudio, talleres, participación en trabajo grupal, en discusiones y en prácticas supervisadas.

El currículo integrado es un modelo de enseñanza a través de la integración, que se enfoca en una “educación, or-

ganizada de tal modo que trasciende las líneas ordenadas de las materias, enlazando los diversos aspectos del currículo hasta un enfoque asociativo y significativo sobre los rasgos más importantes del estudio general. Considera el enseñar y el aprender como modelos holísticos y refleja el mundo real, que es interactivo.” (2)

El mundo globalizado y su permanente cambio llevan en forma permanente a las instituciones de educación superior a replantear su quehacer y sus objetivos en pro de la formación de estudiantes autónomos, inquietos intelectualmente, reflexivos y con proyección en investigación para encaminarlos en la búsqueda de la metacognición.

En currículos abiertos, flexibles y no centralizados totalmente, los profesores deben hacer ajustes, reelaboraciones y adecuaciones de su quehacer a partir de prácticas pedagógicas que se articulen con el diseño establecido por cada institución educativa, sin desconocer las características y condiciones de sus estudiantes y de su entorno.

La práctica cotidiana dentro del diseño curricular es un reto que orienta la profesionalización del profesor, por cuando éste apropia su implementación y hace evaluación constante, convirtiéndolo en dinámico. Para lograrlo, se hace necesario un cambio de actitud en su diaria labor, mediante la reflexión y el cuestionamiento permanente hacia la búsqueda de estrategias creativas y eficientes de enseñanza-aprendizaje.

Coherentes con esta tendencia, la Universidad del Rosario y específicamente los programas de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, han adoptado un currículo flexible, centrado en el estudiante que a través de metodologías participativas busca aprendizajes significativos.

Consistente con este tipo de currículo se da la flexibilidad, reflejada por un sistema de créditos que facilita el tránsito autorregulado del estudiante por la malla curricular, desde su elección de la carga semestral en créditos, horarios y tipo de asignaturas, porque así lo requiere económica o personalmente y porque sólo un mínimo de asignaturas están atadas a través de prerrequisitos, además de que puede apoyarse en un amplio portafolio de cátedras electivas que promueven la interdisciplinariedad y de la misma manera, la formación integral.

En este tipo de aprendizaje el docente debe asumir un papel de orientador para lograr la comprensión de los fenómenos que son objeto de conocimiento, de los procesos que posibiliten su explicación y la interrelación de los mismos, proporcionando los escenarios adecuados para lograrlo. Dicho de otra manera el rol del docente como agente mediador entre los contenidos y el alumno, ayuda a descubrir relaciones, a construir significados, a ofrecer experiencias, a promover un ambiente adecuado, a orientar y estructurar el pensamiento.

El aprendizaje implica un compromiso entre el estudiante y el profesor: el primero asume la disposición para

aprender y el segundo genera estrategias y es mediador entre el conocimiento y su aplicabilidad.

Al respecto Fátima Adinne (3) señala: «La investigación didáctica persigue la indagación teórica que permite el análisis crítico y reflexivo de la práctica de la enseñanza y el aprendizaje con el apoyo de elementos conceptuales y metodológicos que reflejan el método científico de obtener conocimientos.

El docente que incorpora a su labor de enseñanza una actitud científica

hacia el proceso que concibe y dirige contribuye a la profesionalización de su actividad. Así, ejecutar junto a la docencia la búsqueda científica y la solución de problemas del proceso de enseñanza - aprendizaje conlleva a que el docente realice una práctica social especializada y, como es lógico y necesario, indica con exactitud el enriquecimiento de la labor del maestro por elevar su formación del docente - investigador. El maestro es el principal investigador de profesionalidad».



Reflexiones sobre las prácticas pedagógicas

Surgen de forma permanente propuestas de nuevas metodologías de enseñanza que inciden sobre la formación integral de los estudiantes, que buscan promover el pensamiento sobre su propio aprendizaje, estimular la necesidad de encarar sus estudios en forma autónoma y generar actitudes favorables hacia la cooperación y la confrontación de sus opiniones con la de sus pares y docentes, para iniciarlo en la elaboración personal, social y cultural de sus aprendizajes. Sin embargo, en todos los momentos, los cambios educativos van a estar influenciados por el pensamiento, el sentir (subjetivo) y el hacer (objetivo) de cada uno de los actores involucrados en el proceso.

También en forma no presencial se llevan a cabo acciones, como realización de lecturas recomendadas para el tra-

bajo en clase, estudio de materiales de consulta, ejecución de estudios de caso, talleres y laboratorios, redacción de ensayos y relatorías, todas éstas necesarias para lograr autonomía en los aprendizajes.

Ana Vogliotti (4) respecto de las estrategias que se requieren para articular los cambios educativos a nivel subjetivo y objetivo, refiere: “ El *ámbito subjetivo* supone el cambio de las representaciones y teorías implícitas de los actores, desde las cuales interpretan y adaptan las innovaciones. El *ámbito objetivo* refiere a las prácticas que son objeto de transformación: intencionalidades, contenidos de enseñanza, estrategias metodológicas, materiales curriculares, enfoques y prácticas de evaluación”.

Desde el aspecto cognitivo, la autora explica las teorías implícitas y hace

énfasis tanto en la modificación de éstas para la innovación educativa, como en el cambio representacional en la formación del profesor. Para que este cambio sea posible es necesario que se den transformaciones en los conceptos, en la epistemología y en la ontología.

Es necesario concebir la innovación educativa como un cambio voluntario, intencionado y deliberado en cuanto a conceptos individuales, colectivos y a la práctica, teniendo claro que quienes deben asimilarla primero son los actores para posteriormente implementarla y vincularla con perspectivas de globalidad, y de integración en el proceso educación aprendizaje.

“Implica cambios en el currículo, en las formas de ver y pensar las disciplinas, en las formas de organizarlas y vincularlas con otras, en los “amarres” conceptuales intrínsecos (Lucarelli, 1993) (5) También implica cambios en las relaciones de poder en el aula, en pensar a la enseñanza y el aprendizaje desde un interés liberador (da Cunha, 1998), en la re-configuración de la docencia (Braga, et al, 1998)”.(4)

E. Morin (6) en su texto “Los siete saberes necesarios para la educación del futuro” hace un análisis sobre errores, ilusiones y afectividad que conlleva cada teoría científica, y de la capacidad que tiene para resistir la controversia.

Hace énfasis en la importancia de detectar los errores presentes en la educación, los primeros son los mentales: “La mente, de manera inconsciente, tiende a seleccionar los recuerdos que

nos convienen y a rechazar, incluso a borrar, los desfavorables, y cada uno puede allí adjudicarse un rol adulador”.

En cuanto a los errores intelectuales plantea: “Los sistemas de ideas (teorías, doctrinas, ideologías) no sólo están sujetos al error sino que también protegen los errores e ilusiones que están inscritos en ellos”

Los de la razón: “...la racionalidad debe permanecer abierta a la discusión para evitar que se vuelva a encerrar en una doctrina y se convierta en una racionalización... .. es el fruto del debate argumentado de las ideas y no la propiedad de un sistema de ideas...”. La racionalidad no es sólo crítica sino autocrítica, reconoce sus insuficiencias y acepta los cambios, que se convierten en retos para el progreso del conocimiento.

En el error de las cegueras paradigmáticas: “ el paradigma efectúa la selección y la determinación de la conceptualización y de las operaciones lógicas. Controla el empleo de las categorías fundamentales de la inteligibilidad... Es en su seno donde se encuentra escondido el problema clave del juego de la verdad y del error”.

Finalmente el imprinting y la normalización son errores que “cuando intervienen en los modelos explicativos las convicciones y las creencias hay una serie de fuerzas que intervienen: una imperativa de lo sagrado, una normalizadora del dogma y una prohibitiva de los tabúes, las cuales convergen, convirtiendo el conocimiento en imperativos, normas, rigideces y bloqueos”. “... un imprinting cultural, huella matri-

cial que inscribe a fondo el conformismo y una normalización que elimina lo que ha de discutirse..." "... el imprinting es un término que Konrad Lorentz propuso para dar cuenta de la marca sin retorno que imponen las primeras experiencias del joven animal" (6). Es así como el imprinting cultural marca al humano desde su aspecto familiar, escolar, universitario y profesional.

Estas teorías llevan a quien las analiza, a hacer una reflexión sobre su aplicabilidad en la estructura curricular de un programa de educación superior porque abarcan una serie de aspectos en cuanto a los modelos pedagógicos, a los currículos con sus metodologías de enseñanza-aprendizaje, para promover aprendizajes significativos en donde se tiene en cuenta el entorno personal, social y cultural, todo ello enfocado al cambio positivo para mejorar la formación de los estudiantes y el desempeño de los profesionales, desarrollado en un ambiente cooperativo, de competencias y actitudes respecto de los contenidos que se traten, coherentes con la formación centrada en el estudiante.

El aprendizaje significativo integra tres condiciones en el estudiante, que son:

- El contenido debe aprenderse por asociación a conocimientos previos.
- Debe poseer conceptos que son necesarios para vincularlos con el nuevo aprendizaje.
- Y disposición por parte del estudiante para correlacionar los dos anteriores.

Actualmente el desarrollo intelectual del maestro es el que proporciona la

calidad de la educación que se imparte, porque "nadie enseña algo que él mismo no posee" (7). Las prácticas pedagógicas tradicionales deben renovarse, a partir del docente, es la tarea primaria, no como una rutina de actualización de los saberes, sino como estrategia en la forma de pensar y de construir conocimiento, porque las características de los dicentes son diferentes en el siglo XXI, gracias a la accesibilidad a nuevas tecnologías de información y comunicación, que han hecho que la construcción del conocimiento sea posible de forma autónoma y con relevancia, según el interés y la motivación individual.

Al referirse al currículo, Clara Franco de Machado (1), propone un modelo que establece que:

- El estudiante es un sujeto activo del aprendizaje.
- Los procesos son más importantes que los contenidos.
- Su organización es por unidades grandes con amplios propósitos.
- La iniciativa del profesor y el alumno es indispensable.

El modelo tiene como enfoque filosófico formar personas integrales, hábiles en áreas de desempeño específicas, con formación amplia y clara sobre procesos socio-culturales, políticos y económicos, que le permitan una relación individuo-sociedad de una forma participativa. (1)

El modelo referido es coherente con lo que describe el Proyecto Educativo de la Universidad del Rosario y el de los Programas de Rehabilitación (8) en la formación integral del estudiante

Rosarista: "El ámbito de la formación integral es el de una práctica educativa orientada a cualificar la socialización del estudiante, para que pueda desempeñarse solidariamente en el marco de la sociedad en que vive y pueda comprometerse, con sentido histórico, en su transformación".(8)

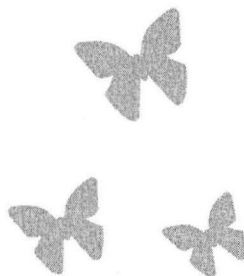
Es pertinente referir aquí a Graciela Amaya, quien al referirse a la pedagogía activa señala que ésta, "... no es activa solamente porque pongamos a trabajar al estudiante durante toda la sesión de clase, sino que es activa en la medida en que todas las mediaciones se congregan para producir una transformación individual y social" (9), lo cual lleva a que el proceso de enseñanza-aprendizaje promueva la libertad individual y permita la formación integral, que incluye el ser social.

El discurso y las prácticas que se implementan en el aula, así como las de preparación de clase, deben ser coherentes, y para lograrlo se deben diseñar estrategias que lo logren. Es

importante determinar la receptividad de las metodologías aplicadas y la forma de hacerlo, es por medio de la indagación a los estudiantes involucrados en dichas experiencias.

Desarrollar prácticas pedagógicas como: caso clínico, análisis de caso, clubes de revista, conferencia interactiva, mesa redonda, talleres, demostración práctica, guías de estudio, exposición por estudiantes, mapas conceptuales, preguntas problémicas, seminario investigativo y trabajo en grupo, permiten la articulación con el currículo activo-participativo centrado en el estudiante.

Las metodologías de enseñanza elegidas deben ser generadoras de actitudes positivas para la solución de problemas, planteamiento de alternativas, comunicación interactiva con los demás, investigación y formación de nuevos conceptos y a su vez ser flexibles y formativas de tal forma que favorezcan el desempeño tanto académico como personal del estudiante.





Conclusión y discusión

Si bien, las reformas curriculares son necesarias para articular las tendencias actuales dentro de la globalización educativa, también son generadoras de dinamismo a nivel institucional, y promotoras de cualificación docente y generadoras de estrategias pedagógicas acordes con el currículo y con las características propias del estudiante y de los propósitos de su formación.

Consecuentes con lo anterior se requiere indagar por las prácticas metodológicas que se utilizan para la enseñanza-aprendizaje en los programas para conocer la manera como operan, en la consecución de los objetivos de formación del mismo.

Las metodologías de enseñanza elegidas deben promover actitudes positivas para la solución de problemas, el

planteamiento de alternativas, la comunicación interactiva con los demás, la investigación y la formación de nuevos conceptos. Deben ser a su vez flexibles y formativas para el desarrollo de competencias, ojalá de manera individualizada, de acuerdo con el desempeño de cada estudiante.

Para lograr la aplicabilidad de las pedagogías mencionadas se requiere que los profesores de los programas de Rehabilitación conozcan el currículo, lo analicen e implementen en las diferentes prácticas pedagógicas planeadas, dentro de sus cátedras, tales como las metodológicas participativas que éste promueve para el logro de aprendizajes significativos, los cuales son uno de los objetivos en su contexto. A esto se le llama apropiación del currículo para su socialización.



Bibliografía

- (1) Franco de Machado, Clara Inés. *Pensar y Actuar. Un enfoque curricular para la educación integral*. Segunda Edición. Colección Magisterio. Bogotá. 1990.
- (2) Shoemaker, B., *Integrative Education: A currículo for the twenty –first century*. Oregon School study council. 1989.
- (3) Addine, Fernández Fátima [et – al]. *Documento cubano del Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño (IPLAC)*. 1998.
- (4) Vogliotti, Ana y Machiarola, Viviana. *Teorías implícitas, innovación educativa y formación profesional de Docentes*. Universidad Nacional de San Luis . Madrid. 2003.
- (5) Lucarelli E. *La adecuación curricular: una herramienta entre el programa y el aula*. Revista latinoamericana de innovaciones educativas, año V, no. 12, mar. 1993.
- (6) Morin, E. "Siete saberes necesarios para la educación del futuro". UNESCO. Francia. 1999.
- (7) Samper de Zubiría Miguel, *Estructura de la Pedagogía Conceptual*. Pedagogía Conceptual. Desarrollos filosóficos, pedagógicos y psicológicos. Fundación Alberto Merani. Bogotá. 1999.
- (8) PEI, Universidad del Rosario. 2005. Pag. 8.
- (9) Amaya de Ochoa Graciela. *La pedagogía activa. Procesos del conocimiento e implicaciones en el aula. Reflexiones sobre Pedagogía*. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá.



Protocolos de evaluación e intervención intrahospitalaria en terapia ocupacional para pacientes con quemaduras: Desempeño ocupacional exitoso del niño y el adulto

“Intrahospitalary evaluation and intervention protocols of Occupational Therapy for burns patients: child and adult’s successful occupational performance”

“Una quemadura mayor es una lesión física de proporciones extremas que arremete, mas allá de la piel, en todos los sistemas del cuerpo del paciente y afecta todas las dimensiones de su vida. Por esta razón, los Terapeutas deben involucrarse en el cuidado y tratamiento de pacientes con este tipo de lesión”.(1)

★ Resumen

El presente artículo expone una experiencia derivada de la realización de un proyecto de intervención intrahospitalaria de Terapia Ocupacional para pacientes con quemaduras en la Unidad de quemados del Hospital Simón Bolívar de la Ciudad de Bogotá, Colombia. Dicha experiencia permitió la conceptualización de medios de intervención, enfoques y ayudas técnicas, al igual que la elaboración de un Formato de Evaluación del Desempeño Ocupacional del paciente con quemaduras desde la etapa crítica a la quirúrgica, que permite al Terapeuta ocupacional evaluar el desempeño ocupacional en las áreas de habilidades cognitivo preceptuales, patrones motores, autocuidado y habituación, teniendo en cuenta los antecedentes ocupacionales y el apoyo médico requerido. Adicionalmente, permitió la elaboración de

LILIANA ÁLVAREZ JARAMILLO
YURANI VECINO MARTÍNEZ
Terapeutas Ocupacionales en Formación.
Universidad Colegio Mayor
de Nuestra Señora del Rosario.

dos Protocolos de Intervención y Seguimiento para pacientes adultos y pediátricos, respectivamente. El primero de ellos permite al terapeuta ocupacional orientar el plan de intervención a partir de objetivos y conductas esperadas, observables y medibles para cada uno de ellos, al igual que ayudas técnicas requeridas por el usuario según el compromiso. El segundo, Protocolo pediátrico, permite al terapeuta ocupacional orientar la intervención a partir de la edad cronológica del niño, teniendo en cuenta las habilidades e hitos del desarrollo esperados para su edad, y de igual forma, férulas y aditamentos requeridos.

✦ Palabras claves

Terapia Ocupacional, quemaduras, evaluación, intervención, desempeño ocupacional, rehabilitación.

✦ Abstract

This article illustrates an experience that came with the planning and execution of an Occupational Therapy Intrahospitalary Intervention for burned patients at the Simon Bolivar Hospital's Burn Unit in Bogota, Colombia. This experience allowed de conceptualization of intervention means, approaches, and technical aids, and also the elaboration of a Occupational Performance Evaluation Format for Burned patients since the critic stage until de surgical **procedures**, that allows the occupational therapist to evaluate the occupational performance through the assessment of cognitive and perceptual habilities, motor patterns, activities of daily living and habits, taking in account medical support needed by the patient and occupational background. Also, this experience resulted in the elaboration of two Intervention and Follow-up protocols, one for adults and one for children. The first one, allows the occupational therapist to guide the intervention process by objectives and expected conducts for each one, and also assistive technology required by the patient. Furthermore the pediatric protocol allows the occupational therapist to guide the intervention process according to the chronological age of the patient, and the development stage in which it is expected to be, and assistive technology required by the child.

★
Introducción

Las lesiones por quemaduras, son devastadoras para el paciente y su familia, dado que representan un compromiso físico, psicológico, funcional y social. La persona pierde muchas de sus habilidades, debe enfrentarse a la posibilidad de sufrir cambios permanentes a nivel de apariencia, a un proceso de recuperación largo y doloroso que puede implicar la pérdida de la capacidad laboral, o en caso de los niños restringir su participación en actividades vitales de juego y escolaridad, e implica, por la importancia de mantener la asepsia durante el tratamiento dada su predisposición a las infecciones, un aislamiento en ocasiones prolongado; todo en un instante.

Quemaduras por electricidad, contacto con líquido hirviendo y fuego, son entre otras, las más frecuentes en población de todos los grupos etáreos sin distinción, pero todas tienen en común, que irrumpen en las rutinas y hábitos del individuo, en muchos casos les ocasionan pérdida de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria y actividades de trabajo, escolaridad y juego.

De ahí que el trabajo del equipo interdisciplinario, con miras a lograr un abordaje integral del paciente y apoyarlo en un proceso integral de rehabilitación sea necesario y entre

éste, el rol del terapeuta ocupacional es vital.

En primera instancia, la persona con quemaduras requiere en la etapa aguda de su ingreso a la Unidad de Quemados y durante toda su rehabilitación, el manejo a través de férulas según el área de quemadura con el fin de prevenir contracturas y deformidades durante la etapa de cicatrización, para superar los múltiples factores que pueden originar una deformidad permanente y que incluyen edema, formación de la cicatriz, posición cómoda y temores del paciente de mover las extremidades quemadas.

En segunda instancia, la rehabilitación del paciente orientada a la recuperación de procesos ocupacionales y a fomentar la mayor independencia posible en la realización de las actividades de la vida diaria y progresivamente actividades de tipo productivo, es necesaria y vital para el paciente con quemaduras. En el caso de los niños, por ejemplo, quienes por la lesión ven interrumpido su proceso de escolarización y juego, se ven privados de la estimulación y exploración, necesarias para desarrollar sus habilidades y destrezas por lo que el proceso de rehabilitación en su desempeño ocupacional debe ser permanente y debe iniciarse lo mas pronto posible.

Diversos son entonces, los aportes del terapeuta ocupacional a la rehabilitación y cuidado del paciente con quemaduras, y de ahí nace esta experiencia denominada "Protocolos de Intervención en Terapia Ocupacional para pacientes con quemaduras: desempeño ocupacional exitoso del niño y el adulto". Este proyecto, apuntó al posicionamiento del terapeuta ocupacional en esta área, como miembro esencial del equipo de rehabilitación, a través del diseño e implementación de protocolos de evaluación e intervención, además de contribuir a la conceptuali-

zación de las mismas, que de forma integrada permitan orientar los procesos de actuación con estos pacientes. El proyecto fue desarrollado en el Hospital Simón Bolívar Empresa Social del Estado (ESE), en el marco del programa académico de campo de profundización el cual es desarrollado como última experiencia que propicia el acercamiento a escenarios reales de participación de interés particular de los estudiantes del programa de Terapia Ocupacional de la Universidad del Rosario.



Protocolo de evaluación intrahospitalaria de Terapia Ocupacional para el paciente con quemaduras (FQTO 002)- Unidad de Quemados-Hospital Simón Bolívar. E.S.E

El Hospital Simón Bolívar, durante los últimos 24 años ha prestado servicios de III Nivel, logrando un alto desarrollo técnico y científico en los diferentes servicios asistenciales que presta, entre los cuales, cuenta con una unidad de quemados, iniciada cuando el doctor Cristóbal Sastoque impulsó la creación del servicio para quemados en 1983 y en 1997 fundó la Asociación Colombiana de Quemaduras (2). El Hospital Simón Bolívar, ofrece servicios de alta complejidad, según lo planteado en su misión, a población vulnerable y/o en situación de pobreza. Así, la Unidad de Quemados, una de las más completas en procedimientos y técnicas quirúrgicas para esta población en

América Latina, ofrece sus servicios a personas afiliadas a Empresas Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado o Administradoras de Riesgos Profesionales, víctimas de accidentes que les han ocasionado alguna quemadura que por su ubicación anatómica, grado de severidad o compromiso funcional requieren los servicios del equipo interdisciplinario de la unidad, compuesto por cirujanos plásticos, anesthesiólogos, ortopedistas, médico intensivista, enfermeras, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta y terapeuta respiratoria, sin embargo el equipo no cuenta con la participación de un terapeuta ocupacional.

Como antecedentes de la participación de Terapia Ocupacional en la unidad no se conocen datos muy concretos. En años anteriores se contó con dos terapeutas ocupacionales vinculadas al Hospital quienes apoyaban las funciones encaminadas a la elaboración de férulas para los pacientes con quemaduras, pero su participación fue interrumpida debido a una reestructuración del taller de férulas, dejando así un gran vacío en lo que podría ser parte de la rehabilitación integral, en pro del mejoramiento de la calidad de vida y bienestar del paciente con quemaduras.

En la actualidad, existe una terapeuta ocupacional vinculada al Hospital, presta sus servicios priorizando en las áreas de pediatría y rehabilitación en mano dada la gran demanda que estas representan para el servicio de Rehabilitación, por lo cual, la Unidad de Quemados no cuenta con un terapeuta ocupacional como parte del equipo interdisciplinario de Rehabilitación Integral.

Ubicada en el séptimo piso de la sede del Hospital, la unidad, cuenta actualmente con 13 camas en Unidad de Cuidado Intensivo, 6 camas para adultos, 7 camas para niños, 3 camas para cuidado crítico y 15 camas para pacientes quemados quienes se encuentran en etapa post-quirúrgica, para un total de 38 camas o cupos en la unidad, que por lo general tienen un 100% de ocupación. El pasado mes de diciembre se inauguró una nueva Unidad de Cuidado Intensivo para pacientes con quemaduras, que permite prestar servicios de cuidado crítico a 10

pacientes adultos y 4 niños. Los pacientes permanecen en promedio de 3 a 4 semanas en la unidad, la cual se encuentra dividida en cuidado del paciente agudo y cuidado del paciente crónico, donde el paciente permanece en promedio entre 1 y 3 semanas respectivamente según su evolución y progreso y posteriormente es dado de alta, asistiendo a controles y curaciones por consulta externa que también son realizados por miembros del equipo de la unidad.

Una primera aproximación a la unidad a través del planteamiento del proyecto que tenía como fin desarrollar el protocolo de evaluación e intervención de Terapia Ocupacional para el paciente con quemaduras, permitió la interacción con los pacientes de la unidad, el equipo interdisciplinario y el entorno. Dicha interacción, y el elevado número de pacientes cuyo tiempo de permanencia en la unidad era variable, llevó a la priorización de aquellos pacientes que pudieran beneficiarse en mayor medida de la intervención de Terapia Ocupacional. Esta priorización surgió a partir de las necesidades identificadas y la asesoría de la fisioterapeuta Olga Mera, profesional encargada de la rehabilitación de los pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Simón Bolívar; determinando así que la muestra estaría constituida por lo siguientes pacientes:

- Niños.
- Adultos con compromiso o lesión nerviosa.
- Adultos con quemadura en mano.
- Adultos con amputación como resultado de una quemadura.

Cabe anotar que todos los niños de la Unidad de Quemados que a la fecha se encontraban recibiendo tratamiento en la Unidad de Quemados fueron incluidos, sin embargo ninguno de ellos presentó lesión nerviosa o requirió amputación.

Tras determinar dichas condiciones se procedió a identificar la población que para ese momento cumplía con los criterios de inclusión, y a partir de la interacción diaria y revisión tanto de la literatura en el área de quemados, como de las aproximaciones de Terapia Ocupacional en ésta, y las historias clínicas, fue desarrollado el primer borrador del protocolo de evaluación, uno para niños y uno para adultos. Sin embargo, dicho protocolo fue estudiado y revisado, identificando que la existencia de dos formatos independientes dificultaba el proceso de evaluación, y adicionalmente, no aplicaban para pacientes en Unidad de Cuidado Intensivo y a la vez para aquellos en la Unidad Quirúrgica, razón por la cual fueron adaptados y unificados, obteniendo así el "Formato de Evaluación Intrahospitalaria de Terapia Ocupacional para pacientes con quemaduras FQTO 002" (ver anexo 1), y su correspondiente instructivo "FQTO 001".

El formato de evaluación, tiene como objetivo, brindar al Terapeuta ocupacional una herramienta para la evaluación del paciente con quemaduras,

que le permita identificar y registrar toda la información necesaria para la formulación y puesta en marcha de un plan terapéutico de intervención, individualizado y acorde con las características y necesidades de la persona.

A través de este formato, el terapeuta puede registrar la información recopilada por medio de la observación y las diferentes pruebas que realice mediante actividades con propósito, que brindarán tanto a éste como al paciente y a su familia información vital para la iniciación del plan de intervención. De igual manera, el formato, diseñado para registrar la evaluación cualitativa y cuantitativa correspondiente a la primera valoración del paciente, y posteriormente la información correspondiente a una revaloración tras la puesta en marcha de la intervención, permite identificar los avances y objetivos alcanzados a través de los medios de intervención y conductas terapéuticas implementadas.

El "Formato de Evaluación en Terapia Ocupacional para pacientes con quemaduras FQTO 002", se encuentra dividido en ocho (8) áreas que permiten una revisión amplia y completa del estado actual del paciente, sus habilidades, su desempeño, sus intereses y hábitos, al igual que la formulación de un concepto y pronóstico ocupacional, a partir de los datos obtenidos.





Caracterización de la población e indicadores

Teniendo en cuenta los criterios anteriormente mencionados, la población a quien le fue aplicada la evaluación correspondió a niños, adultos con quemaduras en manos, con compromiso de lesión nerviosa y con amputaciones, para un total de 25 pacientes evaluados de los 38 que para la fecha de cierre del tamizaje se encontraban recibiendo tratamiento en la unidad.

Indicador # 1: Total de pacientes evaluados vs. total de pacientes en la unidad

De un total de 38 pacientes que a la fecha se encontraban recibiendo tratamiento en la unidad, 25 fueron evaluados teniendo en cuenta los criterios de inclusión anteriormente mencionados. Como se evidencia en la gráfica 1, el porcentaje de pacientes evaluados corresponde a un 65.7% del total de pacientes siendo ésta una muestra representativa.

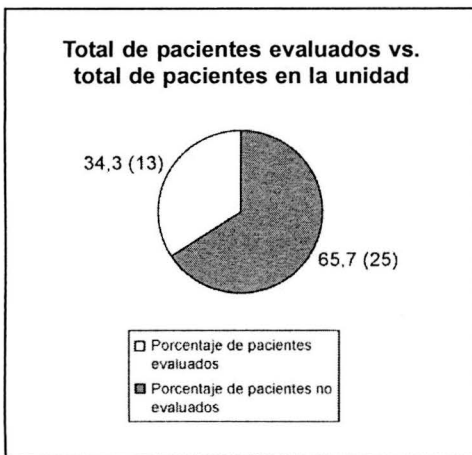


Gráfico 1

Indicador # 2: Total de pacientes adultos evaluados vs. pacientes pediátricos evaluados

Según la muestra de 25 pacientes evaluados en la Unidad de Quemados del Hospital Simón Bolívar, el 68% corresponde a un total de 17 pacientes adultos evaluados y el 32% restante equivale a 8 pacientes pediátricos; arrojando esto una mayor incidencia en las personas adultas, como se evidencia en la gráfica 2.



Gráfico 2

Indicador # 3: Número de niños evaluados vs. estructuras corporales comprometidas en el total de niños

Con respecto al total de pacientes pediátricos evaluados, se encuentra que el mayor porcentaje corresponde a pacientes pediátricos con quemaduras en miembro superior en un 50% del total de la población, seguido del

grupo de pacientes pediátricos con quemaduras de miembro inferior en un 37.5% y el restante 12.5% corresponde a pacientes pediátricos que sufrieron una quemadura con compromiso de ambas extremidades.

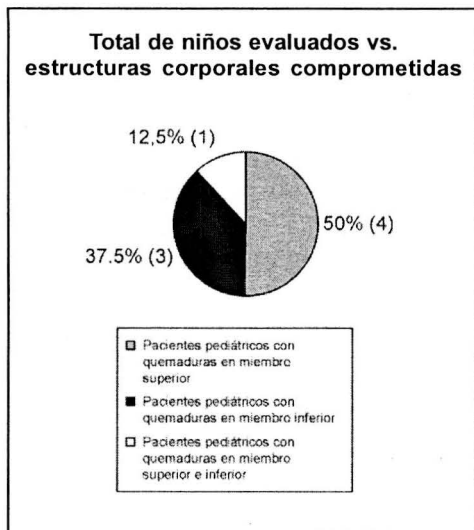


Gráfico 3

Indicador # 4: Número de adultos evaluados vs. estructuras corporales comprometidas en el total de pacientes adultos

Del total de pacientes adultos evaluados, se encuentra que el mayor porcentaje corresponde a pacientes adultos con quemaduras en miembro superior con un 53% seguido de un 47% de pacientes con quemaduras en miembro superior e inferior. Del total de pacientes adultos equivalente a 17 personas de la unidad, no se reportó ningún caso donde solo se hubiera sufrido quemadura de miembro inferior.

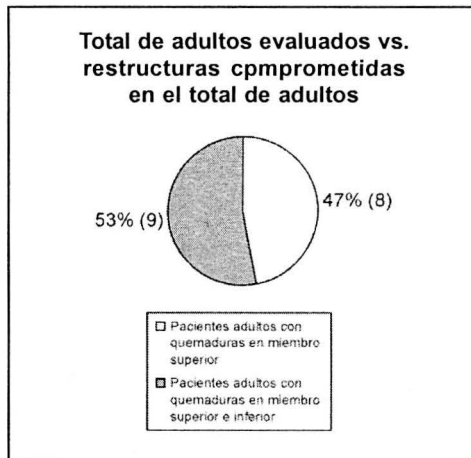


Gráfico 4

Indicador # 5: Número de adultos evaluados vs. número de adultos con compromiso por lesión nerviosa

Dentro de los compromisos que se desencadenan tras las quemaduras de pacientes, se encuentra que de la población total de adultos evaluados, el 88% no tiene compromiso por lesión nerviosa y un 12% equivalente a 3 de los pacientes sobre un total de 17 presentan una lesión nerviosa.

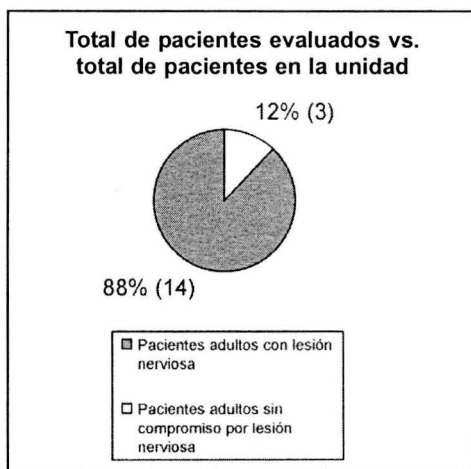


Gráfico 5

Indicador # 6: Número de adultos evaluados vs. número de adultos con amputación

Siguiendo la evaluación de los pacientes adultos, se encuentra que un 20% equivalente a un total de 5 personas han requerido de una intervención quirúrgica seguida de una amputación. El 80% de los pacientes no lo han requerido.



Gráfico 6

Indicador # 7: Incidencia de quemaduras por agente causal en niños evaluados

Del total de la población pediátrica evaluada (8 niños), se encuentra que el agente de mayor porcentaje que causa una quemadura en niños es el líquido hirviendo con un 50%, seguido de las quemaduras por llama con gasolina con un 37.5%, y con un índice menor del 12.5% las quemaduras por explosión o contacto directo con fuego. En los pacientes pediátricos no se registraron casos causados por electricidad.

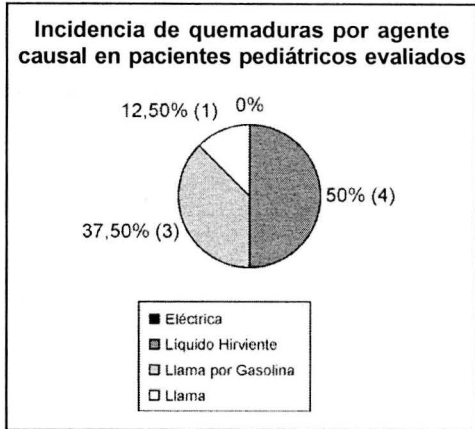


Gráfico 7

Indicador # 8: Incidencia de quemaduras por agente causal en pacientes adultos evaluados

Del total de la población adulta evaluada (17 personas), se encuentra que el agente de mayor porcentaje que causa una quemadura en adultos es la electricidad con un 53% equivalente a 9 de los pacientes evaluados, seguido de las quemaduras por llama con gasolina y las quemaduras por llama con un porcentaje igual del 23.53%. En los pacientes adultos no se registraron casos de quemaduras por líquido hirviendo.

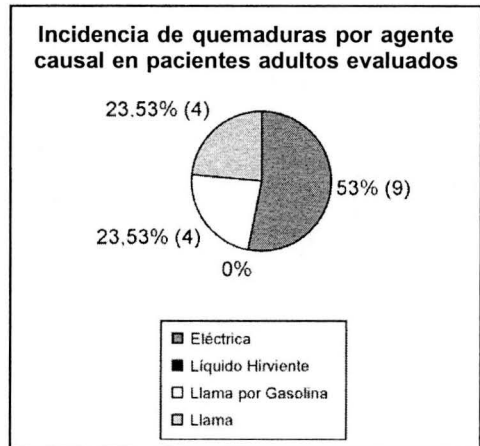


Gráfico 8



Protocolos Guía de Intervención Intrahospitalaria en Terapia Ocupacional para pacientes con quemaduras (FQTO 007, FQTO 009)

Tras el diseño y aplicación del formato de evaluación FQTO 002, anteriormente descrito, se analizaron y estudiaron los resultados obtenidos. A partir de dicho estudio se elaboraron los documentos de conceptualización referentes a los medios de intervención de Terapia Ocupacional con esta población (actividad, proceso enseñanza-aprendizaje, ambiente, y uso terapéutico del self), al igual que los enfoques que podrían enmarcar la intervención, férulas y técnicas de posicionamiento.

A partir de dicha conceptualización se diseñó el "Protocolo de Intervención Intrahospitalaria de Terapia Ocupacional para pacientes adultos con quemaduras FQTO 007", con su respectivo instructivo (FQTO 006), y el "Protocolo de Intervención Intrahospitalaria de Terapia Ocupacional para niños con quemaduras FQTO 009" y su respectivo instructivo (FQTO 008).

El protocolo de intervención para adultos, tiene como objetivo servir de guía para la intervención intrahospitalaria del Terapeuta ocupacional con pacientes adultos que han sufrido quemaduras, y ha sido diseñado de manera que permita al terapeuta registrar el seguimiento y evolución individualizada de cada paciente durante el tratamiento, construido sobre la base del Protocolo de Evaluación Intrahospitalaria en

Terapia Ocupacional para pacientes con quemaduras (FQTO 001). Éste, se encuentra dividido en seis áreas presentadas a manera de tabla, que permitirá al profesional identificar los objetivos de tratamiento, las conductas terapéuticas implementadas y la evolución del paciente según los objetivos planteados. (Ver Anexo 2)

Así mismo, el protocolo de intervención para niños desarrollado bajo la misma metodología que el de adultos, se encuentra dividido en siete áreas presentadas a manera de tabla, que permitirá al Terapeuta ocupacional identificar los objetivos de tratamiento, las conductas terapéuticas implementadas y la evolución del paciente según los objetivos planteados, para cada uno de los rangos de edad establecidos así: 0 a 3 meses; 4 a 6 meses; 7 a 9 meses; 10 a 12 meses; 13 a 18 meses; 19 a 24 meses; 25 a 36 meses; 37 a 48 meses; 49 a 60 meses; 5 a 11 años; 12 años en adelante.

Las fases de implementación y seguimiento será objeto de un próximo estudio en el que la confiabilidad y validez de los instrumentos puedan ser medidas y documentadas. Por tal razón el proyecto culmina con el desarrollo de la fase de diseño, con miras a la continuidad del mismo en un futuro.



Conclusiones

Los Terapeutas Ocupacionales a través de la historia de su profesión han demostrado que la ocupación es el fin último de la acción humana pero a la vez el medio por el cual se llega a dicho fin. A partir de esta premisa, la exploración de las diferentes áreas del ejercicio profesional y el posicionamiento de la profesión en las mismas, constituye un reto permanente, un compromiso con la evolución de la disciplina y con la sociedad, que sin duda se ve beneficiada de sus saberes y competencias. Es así como la intervención con el paciente con quemaduras constituye un área de gran proyección, de un sin número de posibilidades de intervención y contribución a las personas que ven sus vidas marcadas por este traumático acontecimiento. Dicha intervención genera avances significativos en el proceso de recuperación del paciente, desde el inicio, su grado de autonomía va incrementándose generando mejoramiento en su autoestima, sentido de logro, independencia en las actividades de la vida diaria, lo que a su vez, facilita la labor del personal de enfermería que se encarga de los cuidados de estos pacientes. Como terapeutas ocupacionales, la intervención genera además, un mayor compromiso de la familia, dado que en la mayoría de casos, el desconocimiento y el temor no permite a la familia actuar como promotora de autonomía y calidad de vida. Durante el desarrollo del proyecto y como resultado del mismo, se llevaron a cabo el primer y segundo encuentro de familias del pacientes con quemaduras (“Una oportuni-

dad para resolver sus dudas, inquietudes, y compartir experiencias” y “Cuando las heridas cicatrizan... rehabilitación, sicología y nutrición” respectivamente) en el que se brindó a las familias la información necesaria para conocer el proceso de su ser querido, se generaron espacios para la resolución de dudas a partir de temáticas diferentes y ante todo se sembró en las familias la necesidad de constituir grupos de apoyo que les permitan compartir sus experiencias y encontrar en éstas, esperanzas e información oportuna de los profesionales al cuidado de su familiar. Dichos encuentros generaron una respuesta muy positiva por parte de las familias, con una participación activa e interés, que les dió una visión diferente sobre las quemaduras y sobre la importancia de su papel dentro de la recuperación del ser querido.

Así, éste proyecto constituye un llamado a los profesionales, pero en especial a los terapeutas ocupacionales en formación, para que con confianza en su saber y amor a su profesión no teman expandir las fronteras del conocimiento y estudio de la ocupación humana, y un llamado a la academia para incluir en sus programas de formación procesos de motivación y estrategias necesarias para que el estudiante con gran capacidad argumentativa y analítica explore el significado de la ocupación en todas las esferas del ciclo vital y proponga planes y proyectos que aporten con responsabilidad social al mejoramiento

de la calidad de vida de las personas y comunidades.

Por otra parte, es de vital importancia que los terapeutas ocupacionales amplíen su visión de la disfunción física o el área clínica, más allá de los servicios de rehabilitación en que actualmente se desempeñan y puedan proyectar su intervención entendiendo que la rehabilitación es un proceso que no inicia a partir de las secuelas, sino desde el momento mismo en que identificamos las causas o los potenciales riesgos, necesidades o incluso cuan-

do el paciente se encuentra luchando por su vida. Experiencias como la del Hospital de la Misericordia, Empresa social del estado cuya unidad de quemados "Pabellón Ana Frank" fue fundada en 1965 por el Dr. Felipe Coiffman, que por más de 50 años ha trabajado por la recuperación y rehabilitación integral de los niños con quemaduras, deben ser replicadas en los diferentes escenarios de participación del terapeuta ocupacional de manera que se genere la cobertura y calidad que tan urgentemente reclama nuestro país.

"El fuego no siempre fue amistoso con el hombre.

Desde que éste lo descubrió en la era paleolítica, ha sido atacado por él; no por ser agresivo en sí, sino más bien para castigar su descuido al manejarlo. Por ello, la historia de las quemaduras es la historia misma de la humanidad". (3)

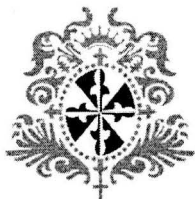


- (1) Reginald LR, Marlys JS, editors. *Burn Care and Rehabilitation: Principles and Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company. 1994.
- (2) COIFFMAN F, M.D. Historia de las quemaduras en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva*. Volumen 9, Número 1, marzo de 2003 Disponible en URL: www.medilegis.com/BancoConocimiento/C/CirugiaPlastica-V9No1/CONTENIDO.htm
- (3) COIFFMAN Felipe, MD. Historia de las quemaduras en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía plástica y reconstructiva*. Volumen 9, Número 1. Página de Honor.
- (4) BENAİM Fortunato- LINARES Hugo A.- BENDLIN Arnaldo. *Tratado de Quemaduras* Editorial Interamericana Mc Graw Hill- 1993
- (5) WILLARD- SPACKMAN. *Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana
- (6) BUITRAGO, Angely del Pilar 2001. Tesis de Grado. Universidad del Rosario. Influencia psicoafectiva del núcleo familiar en la rehabilitación funcional de un niño con alteración del movimiento corporal humano causado por quemadura severa
- (7) CALDERON TRILLERAS, Mitzy 2001. Tesis de Grado. Modelo de atención de calidad para las personas con quemaduras agudas de II y III grado de profundidad que requieren de hospitalización en los servicios de salud de tercer nivel en Bogotá D.C.
- (8) REG Richard MS,PT, R. WARD Scott, PT, PHD. *Splinting Strategies and Controversies*. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*. 2005;26:392–396, September/October 2005
- (9) GUILD Suzanne, OTR/L. *A New Splinting Approach for Dorsal Foot Burns*. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*. 2005;22:454- 466, March/ April 2005
- (10) M. Simons, BOccThy (Hons),* S. King, BoccThy,† D. Edgar, BPhy (Hons)‡. *Occupational Therapy and Physiotherapy for the Patient with Burns: Principles and Management Guidelines*. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 2003;24:323–335) September/October 2003
- (11) FRANKS, Teresa. *Society's perceptions of visibly burned adults and the implications for occupational therapy*. *The British Journal of Occupational Therapy*. — London. — Vol. 60, No. 7 (Jul. 1997); p. 320-324 0308-0226

AGRADECIMIENTOS

Fisioterapeuta Olga Mera, promotora y apoyo indispensable en el desarrollo de este proyecto
Terapeuta ocupacional Ángela Peñaranda Saavedra
Terapeuta ocupacional Mariana Ortega Mahecha
Terapeuta ocupacional Angélica Monsalve Robayo
Hospital Simón Bolívar E.S.E. Unidad de Quemados
Programa de Terapia Ocupacional. Universidad del Rosario.





Universidad del Rosario

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL
PARA PACIENTE CON QUEMADURAS**

Fecha: _____

I. Datos Generales

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Género: M__ F__

Ocupación: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Responsable: H.C: _____

Estado Civil: _____

Soltero _____

Casado _____

Unión Libre _____

Separado _____

Viudo _____

II. Apoyo médico

Sonda nasogástrica _____

Sonda vesical _____

Ventilación Mecánica _____

Monitorización Cardíaca _____

Pulsoxímetro MSD__ MSI__ MII__ MID__

Cateter VI _____ Localización _____

III. Antecedentes médicos

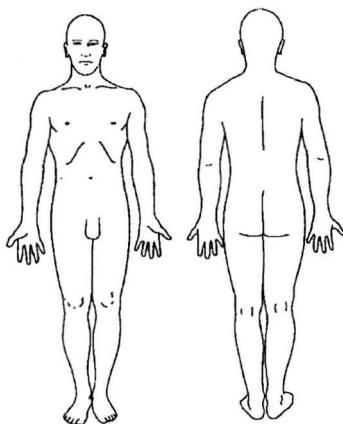
IV. Datos de la Lesión

Fecha de la lesión _____ (DD/MM/AAAA)

Agente _____

Extensión ____ (%)

Valoración __/__/____ Revaloración __/__/____



Código de Color ²	
—	III Grado
—	II Profundo
—	II Superficial
—	Injerto/ Colgajo Zona Receptora
—	Injerto/ Colgajo Zona Donante

Edema:

Amputación: (en caso de que exista determine nivel de amputación y fecha)

Vendajes:

Férulas y/o aditamentos

Observaciones

² RICHARD R, STALEY M; Burn Care Rehabilitation: Principles and Practice. F.A. Davis Company. Philadelphia. 1994.

V. Antecedentes Ocupacionales

Habitación	Volición

VI. Evaluación Ocupacional

Habilidades Cognitivoperceptuales		P	A	NA
Nivel de Conciencia	Despierto			
	Alerta			
	Somnoliento			
	Bajo efecto de sedación			
Orientación	Tiempo			
	Espacio			
	Persona			
Atención	Selectiva			
	Mantenida			
Concentración	Tolera y finaliza la actividad			
Seguimiento de instrucciones	Sencillas			
	Complejas			
Resolución de problemas	Resuelve por iniciativa			
	Se detiene e intenta			
	Se detiene y abandona			
	Requiere motivación externa			
Discriminación	Figura- Fondo			
	Forma			
	Color			
	Tamaño			

→ **Habilidades de Desempeño**

Dominancia Manual D ___ I ___
 Dominancia Ocular D ___ I ___
 Dominancia Pédica D ___ I ___

FUERZA	M.S. Derecho	M.S. Izquierdo	M.I. Derecho	M.I. Izquierdo
Conservada				
No conservada				

			1	2	3	4
FACTORES	P o s i c i ó n	Bípeda				
		Sedente				
		Decúbito ventral				
		Decúbito dorsal				
		Decúbito lateral				
MOTORES	D t o. C o r p	Marcha				
		Agacharse				
		Inclinarse				
MOTORES	D t o. O b j e t o s	Llevar				
		Alcanzar				
		Halar				
		Empujar				
		Levantar				
MOTORES	P a t r o n e s I n t.	Enganche				
		Agarre a mano llena				
		Agarre Cilíndrico				
		Pinza Trípode				
		Pinza Fina				
		Pinza Dígito- Digital				
		Soltar				
		Lanzar				

P a t r o n e s F x i l e s	Mano- Boca								
	Mano- Cabeza								
	Mano- Perine								
	Mano- Rodilla								
	Mano- Pie								
C o o r d i n a c i ó n	Coordinación Dinámica Gral								
	Coordinación Dinámica Manual								
	Equilibrio Estático								
	Equilibrio Dinámico								
F i n a	Precisión Motriz								
	Pulso								
	Velocidad Visomotriz								
	Destreza Digital								

- 1: Lo realiza de forma independiente / asume y mantiene postura / patrón activo
- 2: Lo realiza con asistencia / mantiene postura / patrón pasivo
- 3: No lo realiza / no asume ni ,amtiene la postura / limitación para el patrón
- 4: No aplica

→ Autocuidado³

Tarea	Actividad	V			Observaciones	R.V			Observaciones
		1	2	3		1	2	3	
		Alimentación	Manipula cubiertos						
	Bebe de recipientes								
Vestido	Pone y quita prendas MM. SS.								
	Pone quita prendas MM. II.								
	Pone y quita ropa interior								
	Manipula cremalleras y velcros								
	Manipula botones y broches								
Higiene Mayor	Baña y seca MM.SS.								
	Baña y seca MM. II.								
	Baña y seca cabeza								
	Baña y seca Tronco								
	Baña y seca espalda								
Higiene Menor	Lava dientes								
	Lava y seca cara								
	Lava y seca manos								
	Limpieza de nariz								
	Aseo de periné								
Transf.	Silla- cama								
	Silla- silla								
	Silla - ducha								
	Silla - inodoro								

- 1: Independiente
- 2: Dependiente
- 3: Con apoyo

³ Formato de valoración para adultos. Instituto de Ortopedia Roosevelt. Araque P., García p., estudiantes de T.O. X semestre, 2002, Universidad del Rosario.

→ Roles

Roles Activos	Actividades	P	A	NA
Ama de Casa				
Trabajador				
Padre/ Madre				
Hijo/ Hija				
Esposo/ Esposa				
Estudiante				

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL

PRONÓSTICO OCUPACIONAL

Terapeuta ocupacional responsable:



Universidad del Rosario

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTE ADULTO CON QUEMADURAS - FQTO 007

Nombre:

Edad:

Terapeuta Ocupacional:

OBJETIVO GENERAL	CONDUCTAS ESPERADAS	FECHA	OBSERVACIONES	FERULAS		ADITAMENTOS	
- Promover independencia en la ejecución de actividades de la vida diaria.	- Transferencia Silla- cama			Férula de posición funcional		Higiene Mayor	
	- Transferencia Silla- Silla			Palmeta Dorsal			
	- Transferencia Silla- Ducha						
	- Transferencia Silla Inodoro						
	- Baña y seca MMSS y cabeza			Férula de Inmovilización Cubital			
	- Baña y seca Tronco						
	- Baña y seca MMII			Strip Interfalángico			
	- Lava Dientes						
	- Lava y seca cara			Stax Distal		Higiene Menor	
	- Lava y seca manos						
	- Limpia nariz			Férula de Nervio Cubital			
	- Aseo de periné			Canaleta para codo			
	- Pone y quita prendas en MMSS						
	- Pone y quita prendas MMII						
	- Pone y quita ropa interior			Canaleta para rodilla			
- Manipula cremalleras y velcros							
- Manipula botones y broches			Piesero		Vestido		
- Manipula cuchara							
- Manipula tenedor y cuchillo			Collar para cuello				
- Bebe de recipientes							
- Favorecer la adherencia al tratamiento	- El paciente se muestra colaborador y comprometido con su propio proceso de rehabilitación			Taping			
				Otra:			



Universidad del Rosario

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTE PEDIÁTRICO CON QUEMADURAS - FQTO 009

Nombre:

Edad:

Terapeuta Ocupacional:

RANGO DE EDAD	OBJETIVO GENERAL	CONDUCTAS ESPERADAS	FECHA	OBSERVACIONES	FERULAS	ADITAMENTOS
0 A 3 MESES	- Promover la integración refleja y ejecución de patrones psicomotores acordes con la edad según los hitos del desarrollo evolutivo.	- Reflejo succión			Férula de posición funcional	Higiene Mayor Higiene Menor Vestido Alimentación
		- Reflejo de prensión palmar y plantar			Palmeta Dorsal	
		- Moro			Férula de Inmovilización Cubital	
		- Reflejo Tónico Laberíntico en prono			Strap Interfalángico	
		- Extensión cruzada			Stax Distal	
		- Retirada del flexor			Férula de Nervio Cubital	
		- Empuje extensor			Canaleta para codo	
		- Acomodación			Canaleta para rodilla	
		- Reflejo de marcha			Piesero	
		- Movimientos de reptación			Collar para cuello	
	- Favorecer la modulación sensorial por medio de la estimulación adecuada en el ambiente intrahospitalario.	- Reflejo cocleoopalpebral			Taping	
		- Tolerancia estimulación táctil suave			Otra:	
		- ojos de muñeca				
		- Tolerancia la estimulación vestibular cuando se le carga en brazos				
4 A 6 MESES	- Promover la integración refleja y ejecución de patrones psicomotores acordes con la edad según los hitos del desarrollo evolutivo	- Prensión plantar				
		- Reflejo de escalar				
		- Reacciones asociadas en prensión				
		- Reacción positiva de soporte				
		- Reacción negativa de soporte				
		- Reflejo Tónico asimétrico				
		- Tónico nuca! simétrico en flexión y extensión				
		- Enderezamiento de cuerpo sobre cabeza				

		<ul style="list-style-type: none"> - Tónico laberíntico en supino - Anfibio - Levanta cabeza - Mantiene cabeza erguida - Rota sobre cintura 						
	- Promover el desarrollo de habilidades práxicomanuales.	<ul style="list-style-type: none"> - Presión involuntaria bimanual - Lleva mano a la boca 						
	- Favorecer la modulación sensorial por medio de la estimulación adecuada en el ambiente intrahospitalario.	<ul style="list-style-type: none"> - Gira la cabeza hacia la fuente de donde proviene el sonido - Tolera estimulación táctil suave - Fija la mirada - Tolera la estimulación vestibular cuando se le carga en brazos 						
7 A 9 MESES	- Promover la integración refleja y ejecución de patrones psicomotores acordes con la edad según los hitos del desarrollo evolutivo	<ul style="list-style-type: none"> - Reacción de equilibrio en prono y supino - Enderezamiento óptico - Se levanta sobre los brazos - Se coge pies 						
	- Promover el desarrollo de habilidades práxicomanuales.	<ul style="list-style-type: none"> - Presión voluntaria bimanual - Pasa objetos de una mano a otra - Agarre a mano llena - Alcance en plano medio 						
	- Favorecer la modulación sensorial por medio de la estimulación adecuada en el ambiente intrahospitalario.	<ul style="list-style-type: none"> - Gira la cabeza hacia la fuente de donde proviene el sonido - Tolera estimulación táctil - Fija la mirada - Tolera la estimulación vestibular en sentido lineal y circular suave 						
10 A 12 MESES	- Promover la ejecución de patrones psicomotores acordes con la edad según los hitos del desarrollo evolutivo	<ul style="list-style-type: none"> - Arrastre - Gateo - Rolado - Asume Sedente sin apoyo - Marcha con ayuda - Rueda una pelota 						

	- Promover el desarrollo de habilidades práxicomanuales acordes con la edad.	- Suelta objetos sin precisión					
		- Lanza objetos					
		- Inicia la pinza fina					
	- Favorecer la modulación sensorial por medio de la estimulación adecuada en el ambiente	- Tolera estimulación táctil					
		- Tolera estimulación Vestibular					
		- Responde al nombre					
13 A 18 MESES	- Promover la ejecución de patrones psicomotores acordes con la edad según los hitos del desarrollo evolutivo	- Mantiene el equilibrio en posición bípeda					
		- Marcha					
		- Inicia la acción de subir y bajar escaleras con apoyo					
	- Promover el desarrollo de habilidades práxicomanuales acordes con la edad.	- Arrastra y cambia objetos de lugar					
		- Suelta objetos con precisión					
		- Levanta objetos					
		- Señala con el índice					
		- Pinza fina					
		- Garabateo si disociación segmentaria en brazo					
		- Agarre palmar del lápiz con dirección cubital					
19 A 24 MESES	- Promover la ejecución de patrones motores acordes con la edad según los hitos del desarrollo evolutivo	- Trepa					
		- Sube escaleras solo					
		- Corre					
		- Sorteas obstáculos					
	- Favorecer y mantener las habilidades cognoscitivas en el ambiente intrahospitalario	- Reconoce la partes de su cuerpo					
		- Se reconoce a sí mismo en fotografías					

	<ul style="list-style-type: none"> - Promover el desarrollo de habilidades práxicomanuales acordes con la edad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agarre palmar del lápiz con dirección radial - Pasa hojas de un libro - Hace trazos sobre papel 						
	<ul style="list-style-type: none"> - Generar espacios en el ambiente intrahospitalario propicios para el desarrollo normal del juego simbólico, propio de esta fase de desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Imita conductas - Juega haciendo representaciones de actividades de la vida diaria - Imita sonidos en el juego 						
	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la realización de actividades de la vida diaria acordes con esta fase de desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Inicia alimentación independiente - Coge vaso con dos manos - Se puede quitar prendas 						
25 A 36 MESES	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la ejecución de patrones motores acordes con la edad según los hitos del desarrollo evolutivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Salta con dos pies - Sube y baja escaleras con dos pies - Camina sobre una línea - Hace equilibrio en un pie - Lanza y atrapa la pelota 						
	<ul style="list-style-type: none"> - Promover el desarrollo de habilidades práxicomanuales acordes con la edad 	<ul style="list-style-type: none"> - Enhebra cuentas grandes - Pasa las paginas de un libro una a una - Dibuja círculos - Enrolla, amasa y aplasta la plastilina - Agarra el lápiz en pincel - Agarre de tijeras: pulgar e índice en agujeros y demás dedos en extensión 						

	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la realización de actividades de la vida diaria acordes con esta fase de desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Se alimenta solo con cuchara 					
	<ul style="list-style-type: none"> - Generar espacios en el ambiente intrahospitalario propicios para el desarrollo normal del juego simbólico, propio de esta fase de desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quita y pone prendas con poca ayuda - Interactúa con pares - Juega a través de imitaciones tipificadas 					
37 A 48 MESES	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la ejecución de patrones motores acordes con la edad según los hitos del desarrollo evolutivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Inicia freno inhibitorio - Salta en dos pies - Corre en círculos - Inicia coordinación bilateral 					
	<ul style="list-style-type: none"> - Promover el desarrollo de habilidades prácticas manuales acordes con la edad 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensarta - Dibuja círculos y cruces - Manipula plastilina para obtener figuras sencillas - Construye torres de bloques - Agarre de lápiz con dedos en extensión - Agarre de tijeras con pulgar y medio en agujeros y demás dedos en flexión - Inicia dominancia manual 					
	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la realización de actividades de la vida diaria acordes con esta fase de desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Avisas para ir al baño - Se lava los dientes con ayuda - Se viste y desviste - Utiliza tenedor - Bebe solo de recipientes 					
	<ul style="list-style-type: none"> - Generar espacios en el ambiente intrahospitalario propicios para el desarrollo normal del juego simbólico, propio de esta fase de desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde a reglas en el juego - Inicia Juego de roles 					

49 A 60 MESES	- Promover la ejecución de patrones motores acordes con la edad según los hitos del desarrollo evolutivo	- Sortea obstáculos mientras corre						
		- Salta en un pie						
	- Promover el desarrollo de habilidades práxicomanuales acordes con la edad	- Pinza Trípode dinámica						
		- Ensartado fino						
		- Dibuja la figura humana incluyendo todas las partes del cuerpo						
		- Lateralidad definida						
		- Dominancia manual						
		- Cruce de línea media						
		- Rasga figuras contorneadas						
		- Pica						
	- Favorecer la realización de actividades de la vida diaria acordes con esta fase de desarrollo	- Va al baño solo						
		- Lava dientes solo						
		- Lava cara solo						
		- Come solo						
		- Amarra zapatos						
- Generar espacios en el ambiente intrahospitalario propicios para el desarrollo normal del juego simbólico, propio de esta fase de desarrollo.	- Combina acciones en el juego							
	- Representa roles de la vida diaria							
5 a 11 años	- Promover la ejecución de patrones motores acordes con la edad según los hitos del desarrollo evolutivo	- Asume y mantiene todos los patrones posturales						
		- Salta obstáculos						
		- Controla freno inhibitorio						
	- Promover el desarrollo de habilidades práxicomanuales acordes con la edad	- Corta Con Tijeras Figuras Complejas						
		- Corta con cuchillo a partir de los 7 años						
	- Generar espacios en el ambiente intrahospitalario propicios para el desarrollo normal del juego simbólico, propio de esta fase de desarrollo.	- Responde a reglas en el juego						
		- Juego de roles						
		- Interactúa con pares						

12 años en adelante	- Mantener las habilidades motoras gruesas y finas que favorezcan la independencia en actividades de la vida diaria, escolaridad y juego.	- Asume y mantiene la diferentes posturas						
		- Realiza diferentes tipo						
		- Realiza diferentes tipos de agarre según el jeto						
		Realiza pinza trípode, pinza fina, y pinza latero- lateral						
		- Es independiente en la ejecución de las actividades de la vida diaria						



Gua de Autores

Si quiere publicar sus experiencias, investigaciones o proyectos, ingrese a nuestra pagina web www.acto.org.co y allí encontrará la guía de autores.

Paute
con
Nosotros **+** **De 500**
lectores recibirán
su Anuncio

Ocupación
Humana
con nuevo diseño