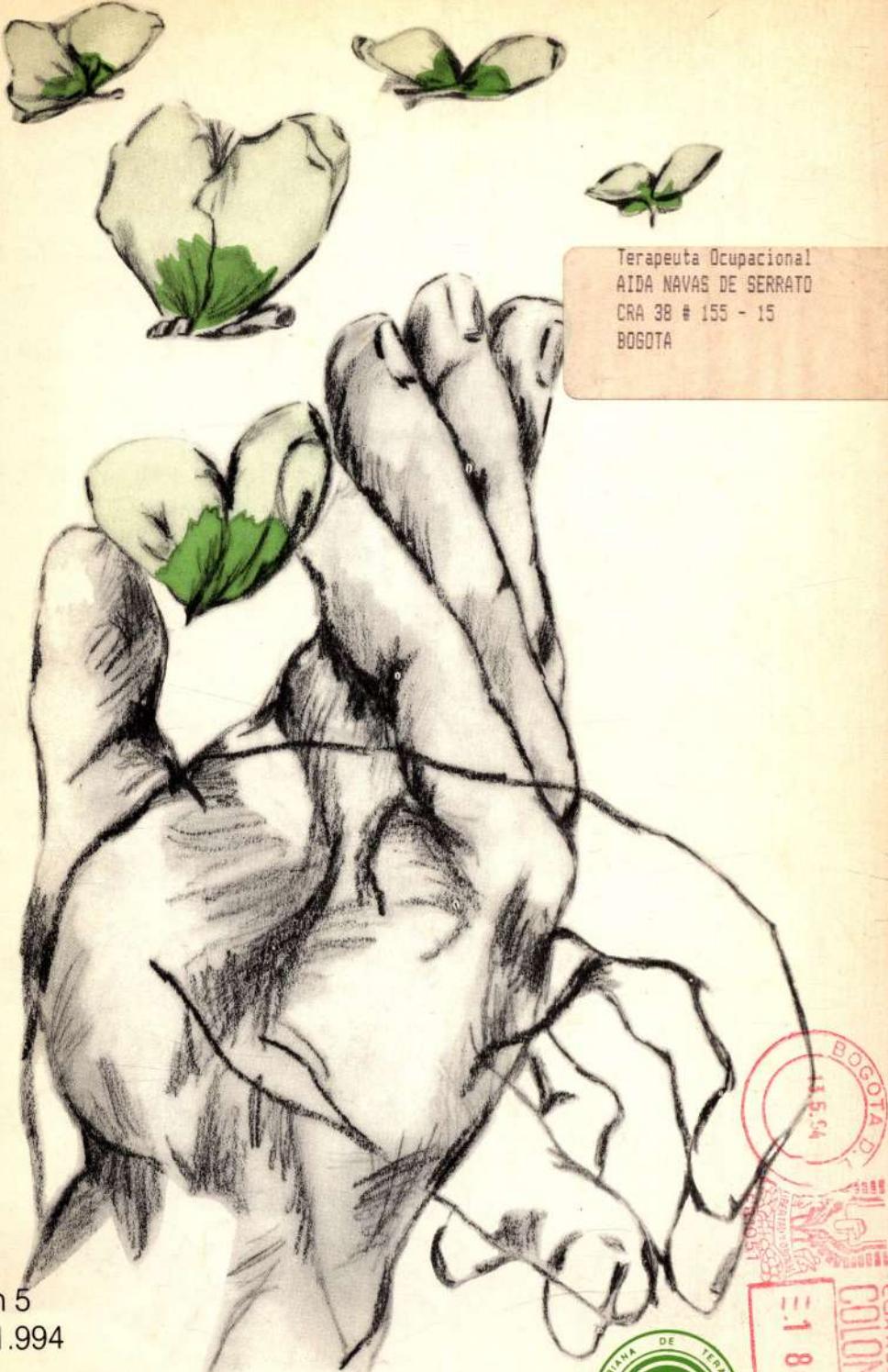


Ocupación Humana

a.c.t.o.
asociación
colombiana
de terapia
ocupacional

Volumen 5
No. 3 - 1.994



Terapeuta Ocupacional
AIDA NAVAS DE SERRATO
CRA 38 # 155 - 15
BOGOTÁ



Ocupación Humana

Volumen 5 Número 3 - 1994

Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional
Transversal 5a. No. 49-00 Entrepiso 1 - Hospital Militar Central A.A. 51906
Santafé de Bogotá D.C. - Colombia.

1900-1901

2

**Junta Directiva
ACTO**

Presidenta
Maria Eugenia Caicedo

Vicepresidenta
Constanza Monsalve

Secretaria
Claudia Aguirre

Suplente Secretaria
Maria del Pilar Lucas

Primera Vocal
Fontayin Horta

Suplente Primera Vocal
Maria del Amparo Wiswell

Segunda Vocal
Alix Solangel García

Suplente Segunda Vocal
Maria José Serpa

Tercera Vocal
Ayola Cuesta

Suplente Tercera Vocal
Clara A. Cortes

Tesorera
Maria Fernanda Rincón

Fiscal
Olga Susana Mejía

Consejo Editorial

Directora *Margarita G. de Uribe*
Consejeras *Elvia Cuartas de Pérez*
Martha Torres de Tovar

Representante Junta Directiva
Maria del Amparo Wiswell

Sumario

Informe de la Junta Directiva 3

Terapia ocupacional en el sector educativo colombiano, y una perspectiva histórica y de modernización 9

Aportes de la terapia ocupacional al sector laboral. Parte II 19

La rehabilitación por medio del trabajo en América Latina 33

Modelo de intervención de terapia ocupacional en la atención integral al recién nacido de alto riesgo neurológico 47

Fe de erratas 55

Propiedad Intelectual
No. 002651 DE JULIO DE 1987

Derechos Reservados

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

Correos
de Colombia



Adpostal

Estos son nuestros servicios ¡Ufícelos!
- SERVICIO DE CORREO ORDINARIO
- SERVICIO DE CORREO CERTIFICADO
- SERVICIO DE CERTIFICADO ESPECIAL
- SERVICIO ENCOMIENDAS ASEGURADAS
- ENCOMIENDAS CONTRA REEMBOLSO
- SERVICIO CARTAS ASEGURADAS
- SERVICIO DE FILATELIA
- SERVICIO DE GIROS
- SERVICIO ELECTRÓNICO BUROFAX
- SERVICIO INTERNACIONAL AIR/SAL
- SERVICIO "CORRA"
- SERVICIO RESPUESTA COMERCIAL
- SERVICIO TARIFA POSTAL REDUCIDA
- SERVICIOS ESPECIALES

Teléfonos para quejas
y reclamos

3340304

3415536

Santafé de Bogotá

Cuenten con nosotros
Hay que creer en los
Correos de Colombia

Tarifa de anuncios para el año 1994

Hoja completa \$ 50.000,00

Media hoja \$ 30.000,00

Cuarto de hoja \$ 15.000,00

Contraportada interna \$ 79.000,00

Más de 500 lectores respaldan
su inversión

Edición

Diseño

Diagramación

PARDO SARMIENTO

Ilustración carátula

Alvaro Suárez Zúñiga



Revista Ocupación Humana

Volumen 5 Número 3

1994

Informe de la Junta Directiva

En febrero de 1993 nos reunimos los socios de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, para discutir temas de interés común para la entidad, entre los cuales se destacaba la necesaria reforma de estatutos y la definición de líneas de acción como fueron la apertura de la Asociación, el fortalecimiento de las relaciones con las universidades, la descentralización y el procurar una sana continuidad y crecimiento de la entidad respecto a las metas planteadas en administraciones anteriores.

Legislación

En el aspecto estatutario podemos contar a nuestros socios que luego de la reforma aprobada por la Asamblea el 26 de febrero de 1993, se continuó con los trámites reglamentarios hasta lograr la aprobación en el Registro Especial de Instituciones del Ministerio de Salud y la reforma estatutaria según resolución 012070 del 31 de diciembre de 1993.

En dicha reforma se ratificó el carácter científico de la entidad, su cobertura nacional y su representatividad de los terapeutas ocupacionales. Aprobados los estatutos hemos procedido a publicarlos para que todos nuestros socios tengan acceso a las normas que nos regulan.

Como anotábamos en nuestro anterior informe, los nuevos estatutos amplían el radio de acción de los terapeutas en todos los niveles de la salud pero comprometen a la Asociación para realizar acciones directas que beneficien a la comunidad, no solo a los socios; éste es el nuevo reto que se nos plantea.

Organización de los socios

En cuanto a la apertura, la orientamos en dos sentidos: hacia las diferentes regiones del país y hacia terapeutas ocupacionales de otros países.

En el primer aspecto, regiones como Antioquia han promovido y ejecutado sus propias actividades y reuniones; y en 1993 contamos con la colaboración de Antioquia, Valle y el eje cafetero en el boletín; falta que se incorporen nuevas regiones, legalizar la situación de los grupos regionales, que los socios de fuera de Santafé de Bogotá, utilicen con mayor asiduidad los canales de información de la Asociación; sin embargo, lo ocurrido hasta ahora es un excelente punto de partida.

Iniciamos también nuestra campaña para ampliar las fronteras de la Asociación; para ello invitamos individualmente a destacados profesionales de otros países a unirse a la ACTO y han comenzado a responder a nuestra invitación, con lo cual ampliaremos la franja de socios correspondientes; a ellos los estamos invitando ahora para que actúen en nuestra entidad, colaboren con nosotros dándose a conocer ante los terapeutas colombianos e intercambien aspectos relativos a su trabajo.

Con el logro del nivel universitario de la Fundación Manuela Beltrán, de la apertura del programa en la Fundación María Cano de Medellín y con la reforma estatutaria que permite a estudiantes de todos los niveles ser socios adherentes, se amplió este tipo de miembros, necesitamos que ellos se organicen alrededor de sus propias entidades formadoras para conquistar el espacio que les pertenece en la Asociación.

Educación continuada

En este campo se hicieron diferentes esfuerzos que no siempre concluyeron con éxito; estuvimos en contacto permanente con las universidades, tal como nos lo habíamos propuesto, para discutir iniciativas al respecto.

Dada la importancia, para el ejercicio profesional de la reforma de las seguridad social en Colombia, realizamos una conferencia, sin costo, sobre

el tema, en la cual participaron los Doctores Rafael Sarmiento y Francisco Pardo Vargas, que concluyó con un foro donde los socios pudieron solicitar todas las aclaraciones pertinentes.

La universidad del Valle organizó un curso sobre habilidades motoras y de procedimiento en Cali, que despertó mucho interés y al cual desafortunadamente no pudieron asistir todos los interesados; la Asociación recogió esta inquietud e invitó a las conferencistas colombianas a replicar el curso en Santafé de Bogotá; así celebramos el día del Terapeuta Ocupacional.

Relación con otras asociaciones

La Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional ha venido trabajando con las Asociaciones de Ciencias de la Salud no médicas, buscando definir desde su propio ámbito el campo de acción de estas profesiones; y constituir una organización que les permita ser interlocutores válidos a la hora de definir las condiciones de la prestación de los servicios, de acuerdo con la reforma de la seguridad social en el país. Esta entidad propendería por el intercambio científico entre estas profesiones y por mejores condiciones de tipo gremial, a las cuales la ACTO no puede responder por su carácter eminentemente científico.

Imagen y divulgación

Hemos trabajado y continuaremos haciéndolo porque la Asociación consolide su imagen corporativa; al respecto abrimos el boletín y mantuvimos su carácter netamente informativo, con columnas como la de oferta y demanda de empleo, adquisiciones bibliográficas, eventos relacionados con la Terapia Ocupacional y apertura a los socios de otras regiones del país.

Para el presente año, el Comité editorial de la revista está empeñado en ampliar a cuatro ediciones anuales, lo cual demuestra el interés de los socios por escribir y publicar; ampliar los espacios significará mayores posibilidades para ser escuchados.

Necesitamos, eso sí, ayudarnos a sufragar los costos que suponen estas iniciativas, por lo cual publicaremos, a bajo costo, avisos en el boletín y la revista; los invitamos a publicitar sus productos y servicios.

Investigación

La Asociación participó en la reunión del ICFES para definir perfiles mínimos en la formación del terapeuta ocupacional en Colombia, realizó una definición sobre Terapia Ocupacional y su radio de acción para las asociaciones de ciencias de la salud y se propone respaldar, publicar y hacer el lanzamiento del módulo de orientación profesional sobre terapia ocupacional, que en coordinación con el Ministerio de Trabajo, están realizando las universidades colombianas comprometidas en la formación de terapeutas ocupacionales.

La Asociación colaboró además con la definición de la "Terapia Ocupacional y la Convivencia social" que fue presentada en el marco del primer encuentro rosarista, a finales del año anterior.

Administración

En lo administrativo, hemos preservado el patrimonio de la Asociación, tratando de cubrir los gastos de operación con las cuotas de los socios y con los rendimientos financieros.

En este momento, tal como proponíamos en nuestro informe anterior, un contador que maneja también esta área en otras sociedades dentro de sociedades científicas, mantiene al día nuestro registro de gastos, en coordinación con el tesorero quien asiste a la Junta Directiva pero ya no forma parte de la misma, como garantía de la trasparencia en el manejo de los fondos.

Sin embargo, nos preocupa que la Asamblea no haya designado un fiscal, cargo que desde 1993 habíamos señalado de capital importancia para supervisar tanto el cumplimiento de las responsabilidades programáticas como de la asignación de fondos por parte de la Junta Directiva.

También nos preocupa que frente a la responsabilidad del congreso del gremio, contamos con una Junta Directiva donde existen vacantes formales renunciadas y otras en la práctica por miembros que no asisten, que los invitamos a llenar con los socios que consideren mas idóneos.

De igual modo, los invitamos a colaborar en la definición del congreso y en el trabajo de organización para que el evento sea un éxito digno de ustedes.

Gracias,

María Eugenia Caicedo Concha

Presidenta Junta Directiva

Marzo 4 de 1994



Tomado de: Agenda FDEE
Venezuela

Terapia ocupacional en el sector educativo colombiano, una perspectiva histórica y de modernización

Laura Alvarez de Bello*

Este artículo pretende integrar la presentación de algunos hechos y datos fundamentales en la historia de la terapia ocupacional en el sector educativo colombiano y el análisis del desempeño profesional a la luz de las políticas de modernización de la educación.

Perspectiva histórica

Se examinan puntuamente tres momentos en el desarrollo histórico¹. El primero involucra la década de los años setenta, en la que de acuerdo con los planteamientos y políticas universitarias, el terapeuta ocupacional se desempeñaba en programas asistenciales en instituciones hospitalarias dentro de los llamados equipos de rehabilitación². La educación a escolares se brindaba dentro del sector salud para condiciones disfuncionales que ocasionalmente se ubicaban en instituciones de educación especial.

* Terapeuta Ocupacional U. Nacional.
Magister en Educación U. Nacional.

1. Ponencia de conmemoración 25 años de presencia universitaria de la carrera de Terapia

La orientación conceptual, herencia de una tradición teórica biomédica y una metodología centrada en acciones técnicas, estuvo dirigida por una parte, al sujeto como objeto de conocimiento sin explicitar su inserción en el grupo social. Por otra parte, las orientaciones teóricas tendientes a la asimilación del conocimiento en las ciencias del hombre, dividían su realidad entre el conocimiento objetivo o sea el que se orientaba a los componentes biológicos, físicos y demás acciones humanas que podían ser observadas y medidas con técnicas específicas; y el conocimiento subjetivo o aquel más intuitivo y derivado de lo psicológico, cuya confrontación, medición y verificación se realizaba a través de la observación, y dependía de la subjetividad del observador.

Por otra parte, el uso de la actividad, el juego y las adaptaciones ambientales como medios para el abordaje en las esferas bio-psicológicas, se limitaba a manejar y controlar los procesos disfuncionales del sujeto en contextos particulares: institutos de salud, servicios de terapia o consultorios, ambiente familiar, etc. pero en términos generales aislados del contexto escolar.

Como consecuencia, el terapeuta ocupacional no consideraba para sus intervenciones ni las políticas y fundamentos educativos ni la correspondiente pirámide educacional y su relación con la pirámide ocupacional. Se retomaban por tanto los niveles secundario (atención aguda) y terciario (rehabilitación) del sector salud y el primario (prevención) no se contemplaba. En lo referente a la pirámide ocupacional las orientaciones se centraban en acciones de evaluación, orientación y ubicación al culminar la rehabilitación individual, pero se ofrecía solo en talleres protegidos, sin vinculación alguna con la fuerza laboral activa.

El segundo momento, incluye desde finales de los años setenta, hasta mediados de los ochenta donde cobra importancia la disminución de la atención hospitalaria del escolar: se fortalece la prestación de servicios en instituciones de educación especial vinculadas al sector oficial y privado; y se inician los programas de intervención a escolares regulares aunque solo a nivel individual y como acción extraescolar.

Sin embargo, para el ingreso a la educación especial, se consideraba prerequisito la atención hospitalaria para el manejo de la disfunción y en la mayoría de los casos, la intervención del terapeuta en estas instituciones continuaba centrada en el modelo biomédico orientado más la recuperación de los

procesos disfuncionales que a la potencialización de la función para enfrentar el aprendizaje académico. Este tipo de orientación en la educación especial aún persiste pero en menor intensidad, al parecer porque en dichas instituciones se acogen teóricamente los planteamientos y políticas educativas relacionadas con el derecho humano a la educación, la consideración de las diferencias individuales, y el crecimiento personal -social entre otros, sin una estructura formal que encamine el ascenso escolar con base en años de escolaridad versus desempeño laboral productivo y desarrollo de valores, actitudes y esquemas de comportamiento que viabilicen la integración ocupacional - productiva y laboral del educando especial. La ausencia de estos parámetros contribuye aún a la discriminación preponderante tanto en el mercado de trabajo como en el ascenso escolar y es incogruente con las políticas de "Integración Educativa" y función social de la educación.

Otro aspecto significativo de este momento se relaciona con el surgimiento de la atención directa a escolares regulares, que a pesar de no responder aún a las políticas educativas, ofrecerse en situaciones clínicas e incluso hospitalarias y ser extraescolar, se centraba ya en la potencialización del individuo para enfrentar los retos de la actividad escolar. Se continuaba la atención individualizada con programas de recuperación o rehabilitación de la disfunción escolar.

La orientación teórica contemplaba más la inserción del niño en el grupo social, y lo que es más significativo, se producen a nivel internacional avances conceptuales que por ésta época comienzan a orientar más específicamente los programas con poblaciones escolares.

El tercer momento identificado a partir de 1986, refleja una inserción profesional creciente en el sector educativo, con funciones diferenciadas dentro del equipo escolar. Es decir, progresivamente el terapeuta ocupacional participa en los espacios académicos, comparte sus conocimientos y experiencias con el equipo escolar, desarrolla programas intraescolares y participa cada vez más en la toma de decisiones sobre la planeación educativa, el desempeño del escolar y la respuesta efectiva a las necesidades sociales.

En lo referente a las poblaciones aún consideradas disfuncionales o de educación especial, igualmente se vienen realizando intentos por la ubicación del adolescente o el adulto en el mercado laboral competitivo sin mayores resultados. La orientación vocacional y el desempeño pre o laboral

permanece aún en gran parte dentro del sector educativo. Es decir, la relación entre jerarquización educativa y laboral aún no se ha desarrollado.

En cuanto a la educación regular ya se identifica dentro de la praxis profesional la jerarquización educativa: desarrolla programas para la educación básica primaria con propósitos e intervenciones diferenciadas para la educación preescolar y la básica primaria en sus grados primero a quinto con experiencias personales enriquecedoras para la profesión. En la educación básica secundaria, se identifican los niveles de participación en cuanto a: exploración vocacional para grados sexto y séptimo; orientación vocacional para grados octavo y noveno y pre- selección profesional para la educación media vocacional en grados décimo y once.

En lo que a la educación básica primaria respecta, se han involucrado programas de atención indirecta y la atención intraescolar cobra un espacio cada vez más representativo dentro de los programas académicos, pero sobresale aún la atención extraescolar a nivel consultorio. En este sentido, es significativo el surgimiento de estos programas en el sector privado, y su ausencia o mínima presencia en el sector oficial.

La orientación teórica parte del reconocimiento de que la orientación conceptual centrada en el sujeto hizo posible la solución de los problemas críticos de la actuación profesional del momento, pero la gradual explicitación del conocimiento de los terapeutas ocupacionales dentro de las ciencias sociales, llevó a la recontextualización teórica y la reorganización del quehacer profesional en un marco más humanista, menos indiferente a las vivencias totales de los usuarios, más coherente con el contexto educativo y la competencia profesional y más efectivo en la solución de problemas sociales.

Las experiencias personales con este tipo de actuación, particularmente con la educación preescolar y básica primaria, han contribuido a la identidad profesional en el sector y por tanto, la meta actual se orienta a compartir las y reflexionar colectivamente sobre ellas. En este sentido, se propone una actuación profesional que enfatice el desempeño eficiente del escolar, o bienestar ocupacional del escolar.

Con estos antecedentes históricos, situándome en el momento actual, procedo a plantear algunos elementos que contribuyen a la *Modernización de la educación* desde la perspectiva del terapeuta ocupacional.

Modernización de la educación

El concepto de modernización de la educación tiene sus raíces en el proceso de modernización de la sociedad como consecuencia de las presiones de la dinámica de crecimiento económico y los logros organizativos del Estado³. Para efectos prácticos se consideran procesos de modernización los que conducen al establecimiento de una estructura económica con capacidad de acumulación constante, y poder para intervenir en el manejo y orientación de la economía, a una estructura social móvil, con posibilidades de ascenso social, de iniciativa ocupacional; a un sistema político participativo, y a un sistema cultural en el que las decisiones individuales estén orientadas por valores incluidos en el dominio creciente de una educación formal basada en el desarrollo de tecnologías y la construcción del conocimiento⁴.

Desde el punto de vista educativo, la modernización implica la tarea de transmitir una tradición cultural, una integración social y una socialización a partir de la racionalización y la interacción comunicativa. Acoge las necesidades inmediatas del sector educativo y determina planes de acción a mediano y largo plazo.

Para el terapeuta ocupacional implica el análisis crítico del pasado, el reconocimiento del presente y la proyección hacia el futuro con el interés fundamental de poner al individuo en contacto con el legado cultural de la humanidad bajo una perspectiva teórica recontextualizada y una práctica orientada a propiciar el desempeño eficiente de la población escolar. Para tal fin, contempla al individuo en su contexto particular; su formación en interacción con otros; su desarrollo intelectual físico y moral; y finalmente la educación en una profesión, oficio, arte o ideal práctico.

El análisis de las actuales políticas de modernización que plantea el Estado a través del programa de apertura e internacionalización de la economía por la senda del crecimiento sostenido y la eficacia, conlleva necesariamente el fortalecimiento de la infraestructura social, en la cual la educación juega un papel primordial por lo que se plantea la consecuente política de Apertura

3 Habermas, Jurgen. Modernidad y postmodernidad. En: Colombia el despertar de la modernidad.

4. Melo, Jorge O. Modernidad y modernización. En: Colombia el despertar de la modernidad.

Educativa 1991 - 1994, a la luz de la cual se analiza la perspectiva de modernización de los servicios de terapia ocupacional en el sector educativo. Se toman los parámetros presentados por el Departamento Nacional de Planeación⁵.

1. Expansión educativa

El plan contempla los ritmos lentos de expansión educativa colombiana en relación con países de América del Sur y con población rural y urbana. Lo asocia con los problemas de centralismo, desorden, falta de coordinación e información institucional y la ausencia de participación familiar. En este sentido, el terapeuta ocupacional ha planteado y desarrollado la propuesta de interacción profesional y los programas de atención indirecta y sistematización de la información, referente al rendimiento académico como elementos que contribuyen a aumentar el ritmo de expansión.

2. Abordaje de los problemas del sector educativo

La problemática cobija por una parte, la cobertura y su relación con la retención, el fracaso, y la desersión escolar; por otra parte la eficacia y los problemas de calidad. En cuanto a la cobertura los programas de terapia ocupacional deben responder a las demandas tanto institucionales como del sector en general, para lo que ha diseñado programas de promoción del desempeño ocupacional, que implican atención directa grupal interaula e indirecta con padres y maestros. Su efecto está siendo representativo en educación preescolar y básica primaria e incipiente en básica secundaria. La respuesta a los problemas de eficacia y calidad de la educación se centra en la identificación de los logros individuales y grupales o determinación del estado de calidad del desempeño escolar; la planeación y desarrollo de programas intraescolares, individuales o grupales que promuevan o compensen dicho desempeño.

3. La educación técnica

Esta educación debe cubrir las tres áreas que dispone la educación en Colombia: la primera, de apoyo a las aptitudes y preferencias de los estudiant-

5. Departamento Nacional de Planeación. Plan de apertura educativa 1991-1994.

tes de bachillerato, en una división vocacional de conocimiento . Aquí, el concurso del terapeuta ocupacional es permanente con programas que diferencien claramente los niveles de exploración con grados sexto y séptimo; orientación con octavo y noveno y preselección vocacional con media vocacional a grados décimo y once.

La segunda área se refiere a la aplicación del conocimiento a asuntos prácticos relacionados con la vida y la producción. Incluye la participación en programas académicos de bachillerato técnico en los cuales el propósito de la terapia ocupacional es una orientación y capacitación temprana de la población para el enfrentamiento a la vida productiva al terminar la escolaridad.

La última área de la educación técnica corresponde a la de preparación a los desertores del sistema educativo para su inserción en el mercado de trabajo. Con este grupo particular de escolares además de la orientación, selección y capacitación vocacional, se desarrollarán programas culturales, deportivos, avocacionales y de organización del tiempo.

4. Educación superior

En este nivel de la educación, cuando el escolar ha elegido un área de capacitación, le compete al terapeuta ocupacional velar por la continuidad del desempeño escolar funcional a través de acciones de seguimiento, orientación y/o reubicación en casos en los que la selección no responda a los intereses y motivaciones del educando. Los programas nacionales en este nivel aún no se han iniciado, pero son vigentes como políticas educativas del terapeuta ocupacional.

5. Desarrollo institucional y administración de recursos humanos

En el proceso de modernización educativa vigente se ha diversificado con nuevas modalidades de formación y con mayores y diferentes grupos de atención, pero su organización administrativa no corre a la par con la diversificación convirtiéndose en obstáculo para el desarrollo del sector. Al respecto, el terapeuta ocupacional aporta al sector educativo un sistema metodológico que le permite planear, organizar y llevar a cabo acciones de manera clara, ordenada, según prioridades y de acuerdo con las políticas

establecidas y con la distribución racional de los recursos ⁶. A su vez, los conocimientos que posee sobre el desempeño ocupacional lo potencializan para asumir funciones administrativas que enfrenta con su don de experto en el establecimiento de relaciones entre el individuo, sus habilidades, las demandas del trabajo, los recursos ambientales y su organización en el tiempo; además es sensible a las motivaciones e intereses de las personas y grupos. Con estos dominios, el terapeuta podrá contribuir de manera eficaz al desarrollo institucional.

6. Infraestructura física y ambientes educativos

El principal problema de la infraestructura educativa es el deterioro de las construcciones y la carencia de equipo y materiales por falta de mantenimiento. Al respecto, independiente de la gestión administrativa, el terapeuta concursa por un lado con la orientación y adaptación del ambiente educativo, de manera tal que responda a las necesidades individuales y grupales; y por otro, se prevengan alteraciones (posturales, visuales, etc.) y se promueva el adecuado desarrollo de los mecanismos posturales y la automatización de movimientos necesaria para una aprendizaje óptimo del escolar.

En síntesis, la modernización en la prestación de servicios del terapeuta ocupacional en el sector educativo, requiere de la planeación, ejecución y evaluación de programas que potencialicen el *Bienestar Ocupacional del Escolar*.

Este concepto representa no solo una estructura teórica dentro de las ciencias sociales o ciencias del hombre, sino la expresión concreta de una serie de vivencias que dinamizan los proyectos de desarrollo educativo y social. El planteamiento de esta aproximación conceptual y operativa se plantea para la próxima edición.

⁶ Propuesta de renovación curricular. Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional.

Referencias

1. ALVAREZ de B.L. Bienestar ocupacional del escolar. Ponencia presentada en la conmemoración de los 25 años de la carrera de T.O. inédito. Universidad Nacional de Colombia, 1991.
2. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Plan de apertura educativa. 1991-1994. República de Colombia, 1991.
3. HABERMAS, Jurgen. Modernidad versus postmodernidad. En Colombia el despertar de la modernidad. Carvajal S.A., 1991.
4. MELO, Jorge. Modernidad y Modernización. En: Colombia el despertar de la modernidad. Carvajal S.A., 1991.
5. Propuesta de renovación curricular. Carrera de Terapia Ocupacional. Documento inédito. Universidad Nacional, 1992.
6. TRUJILLO, Alvarez, Torres y Zapata. Modelo conceptual de renovación curricular de la carrera de terapia ocupacional. Documento multicopiado. Universidad Nacional, 1991.





Foto: CRRAntioquia
Colombia

Aportes de la terapia ocupacional al sector laboral - Parte II

Análisis Ergonómico

María del Pilar Zapata A.
María Nohra de Bastidas **

Summary

This article is based on experience that the career of Occupational Therapy of the Universidad del Valle has had in the design, application, analysis and proposals of intervention, considering the ergonomic point of view. This instrument is one of the tools that brings more information about the most frequent problems in the industrial sector and it has given a basis of support to the role of the Occupational Therapeutics in this area.

The instrument is one of the tools that the Occupational Therapeutics, and as the same thing as the other, it is conditioned to the specific characteristics of the problem that is going to be treated.

* Terapeuta Ocupacional. Profesor instructor. Univalle.

** Terapeuta Ocupacional. Profesor asistente. Univalle.

Resumen

El presente artículo está basado en la experiencia que ha tenido el plan de estudio de terapia ocupacional de la Universidad del Valle en el diseño, aplicación, análisis y propuestas de intervención, desde el punto de vista ergonómico. Este instrumento es una de las herramientas que aportan mayor información acerca de los problemas más frecuentes del sector industrial y le ha dado una base de sustentación al rol del terapeuta ocupacional en esta área.

El instrumento es una de las herramientas, que utiliza el terapeuta ocupacional, y al igual que las demás, está condicionada a las características específicas del problema que se va a abordar.

Con el presente artículo se pretende dar un aporte teórico práctico a la disciplina de terapia ocupacional a partir de la experiencia en el campo laboral del plan de estudios de la Universidad del Valle, sobre el manejo del análisis ergonómico y de sus implicaciones para el fortalecimiento de estudio y análisis de las condiciones de trabajo. A pesar de que el campo de la ergonomía debe ser abordado por diferentes disciplinas, y existe una limitada experiencia investigativa en el área, se han determinado acciones específicas que le conciernen al terapeuta ocupacional.

El artículo abarca los conceptos generales sobre la ergonomía y ubica el quehacer profesional del terapeuta ocupacional en dicho campo a partir de las diferentes fases por las que pasa el estudiante, para finalmente presentar un formato evaluativo que se diseñó de acuerdo con las necesidades detectadas en varias empresas del sector industrial del Valle del Cauca.

La ergonomía se define como: "*El estudio de la actividad humana en el trabajo*", su objeto de estudio, de acuerdo con esta definición, es el hombre que está llevando a cabo un trabajo. Una segunda definición dice: "*La ergonomía es el estudio de la adaptación del trabajo al hombre*", refiriéndose a un proceso de adaptación de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicosociales del hombre. (Estrada, 1993).

Los objetivos de la ergonomía se refieren a la prevención y promoción de la salud del trabajador, para facilitar su adaptación y bienestar. Básicamente se proponen en dos categorías, la primera se refiere a la planeación de un

puesto de trabajo desde el punto de vista físico y medio ambiental; la segunda, a la corrección del sistema laboral cuando exista una incompatibilidad entre el hombre y el trabajo que se realiza.

El énfasis de nuestra intervención se ha dirigido a la ergonomía correctiva, dado el alto costo, desarrollo tecnológico e investigativo que requiere la preventiva.

Ubicación del terapeuta ocupacional en el campo de la ergonomía

El proceso metodológico que sigue el terapeuta ocupacional al abordar el análisis y solución de problemas referentes a la ergonomía se desarrolla en dos fases: *diagnóstico* requerido por la empresa e *intervención* propiamente dicha.

El objetivo del terapeuta ocupacional en la fase *diagnóstica* es identificar los factores predisponentes de riesgo ergonómico, basado en las expectativas de los empresarios y en los datos recolectados en la historia ocupacional y médica de los trabajadores.

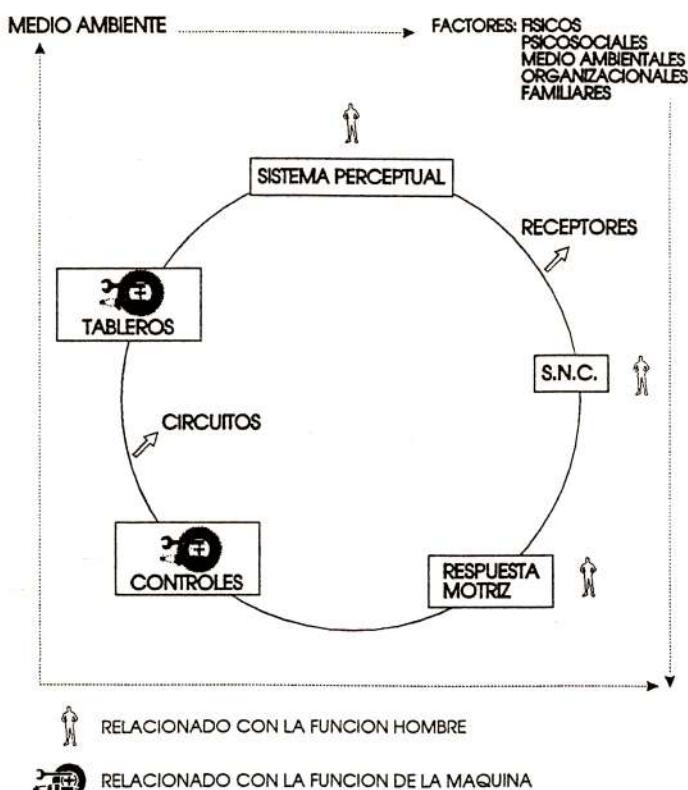
El objetivo en la fase de *intervención* es, por una parte, promover la adaptación del trabajador, prevenir la incidencia de conductas ergonómicas inadecuadas y por otra, mejorar las condiciones ergonómicas que están interfiriendo en la eficacia del sistema. En esta fase se aplica el análisis ergonómico, por familias ocupacionales, se analizan los resultados obtenidos y, con base en ellos, se presenta una propuesta que puede ir en dos sentidos: educación a los trabajadores y rediseño de los componentes del sistema que lo requieran. Finalmente, se evalúa el impacto de la intervención, se hacen los correctivos necesarios y el correspondiente seguimiento.

Para abordar el problema se concibe al hombre como un sistema abierto, en interacción con su puesto de trabajo y medio ambiente, donde la productividad, dentro de un marco biopsicosocial, es el resultado de esta interacción.

El gráfico No. 1 esquematiza el proceso de interacción del sistema, donde el trabajador recibe estímulos de su medio ambiente laboral, social o familiar y los transforma en respuestas adaptativas que retroalimentan el ciclo.

Gráfico No. 1

Modelo de interacción hombre-máquina
Diseño de las autoras del artículo.



- Guía de evaluación ergonómica.

La guía está concebida de una manera sencilla, y se encuentra diseñada para registrar información obtenida por medio de la observación directa.

Consta de cinco numerales, distribuidos así: postura, que incluye posición y movimiento; levantamientos; condiciones del medio ambiente; interacción hombre-máquina y tipo de trabajo. Se aplica una ficha independiente para aspectos psicosociales. (Se anexa ficha de evaluación ergonómica).

Es importante aclarar que esta evaluación es parte de un conjunto de instrumentos que utiliza el terapeuta ocupacional en el sector laboral, y su análisis se complementa con otras evaluaciones que presentaremos en posteriores publicaciones.

- Beneficios de la evaluación y análisis ergonómico.

Este proceso metodológico nos ha llevado a la ejecución de estrategias de intervención puntuales en las empresas, posibilitando el desarrollo y reconocimiento de la profesión.

Las estrategias más utilizadas hasta el momento son las siguientes:

- Modificaciones del puesto de trabajo en cuanto a distribución de espacio, corrección en la distribución y manejo de equipos y herramientas.
- Generación de programas motivacionales para los trabajadores.
- Generación de programas educativos sobre la importancia de desempeñar el trabajo con mecanismos posturales adecuados.
- Implementación de programas para la modificación de hábitos posturales inadecuados.

El seguimiento de los programas se ha realizado a través de profesionales en Terapia Ocupacional que han contratado las empresas a partir de la implementación de los programas de la Universidad.

Bibliografía

1. ARENAS Monsalve, Gerardo. "Riesgos laborales y salud ocupacional: normas y tendencias recientes". Revista Actualidad Laboral, No. 23, Sept., Oct., 1987.
2. CONSEJO INTERAMERICANO DE SEGURIDAD. "Procedimiento para hacer la selección de personal productivo". Noticias de Seguridad. Vol. 53, No. 7, Julio 1991.
3. ESTRADA, Jairo. Ergonomía. Introducción al análisis del trabajo. Universidad de Antioquia, Ciencia y Tecnología. Medellín, 1993.
4. OBORNE, David J. Ergonomía en acción. La adaptación del medio de trabajo al hombre. Editorial Trillas, México, 1987.
5. TICHAUER, E.R. et. al.. A new Technique for measurement of postural response to materials handling. En: Am. Ind. Hyg. Assoc. Journal. Vol. 34, No. 1, U.S.A., 1973.

**Universidad Del Valle
Plan de Estudios de Terapia Ocupacional
Area Laboral**

Análisis Ergonómico

Puesto de Trabajo: _____

Fecha: _____

Evaluador: _____

Instrucciones para el Manejo de la Ficha

La ficha consta de tres casillas para diligenciar los datos: en las dos primeras se marca con una equis (X) para señalar la ocurrencia o no del hecho; la tercera corresponde a la frecuencia para la cual se estipulan los siguientes parámetros y criterios:

- C = Constante: Mas del 50% del tiempo de actividad laboral
F = Frecuente: Menos del 50% del tiempo de actividad laboral
O = Ocasional: Menos del 25% del tiempo de actividad laboral
N.A. = No aplica: Para aquellos ítems que no están dentro de los requerimientos del trabajo.

I. Postura Base del Trabajo

Si	No	F
----	----	---

1. Postura de pie normalmente dinámica

--	--	--

2. Postura de pie normalmente estática

--	--	--

Si	No	F
----	----	---

3. Hace transferencia de peso (de pie)
4. Utiliza apoya pies en la transferencia de peso
5. El oficio le permite alternar sentado y de pie
6. El oficio le permite sentarse por lo menos la mitad del tiempo de la jornada
7. En posición sedente:
- 7.1 Utiliza apoya pies
- 7.2 La longitud del asiento corresponde a la longitud desde las caderas a las rodillas
- 7.3 Las rodillas quedan por encima de las caderas
- 7.4 El espaldar abarca desde la zona inmediatamente debajo del omoplato hasta la región lumbar L2-L5
- 7.5 Los apoyos de la silla le permiten el libre movimiento de los brazos
- 7.6 El espaldar de la silla es graduable
- 7.7 El espaldar de la silla tiene una inclinación de 3 a 10 grados
- 7.8 Varias personas utilizan la silla
8. La altura de la superficie de trabajo está entre 5 y 10 cms. por debajo de los codos
9. Trabaja con los mmss dentro de la zona 1
10. Trabaja con los mmss dentro de la zona 2
11. Realiza un trabajo alterno entre las zonas 1 y 2
12. Realiza el trabajo en la zona óptima
13. Realiza el trabajo en la esfera primaria

14. Realiza el trabajo en la esfera secundaria

--	--	--
15. Realiza el trabajo en la esfera óptima

--	--	--
16. Alterna su trabajo en posición arrodillado o de cuclillas

--	--	--
17. Realiza movimientos esporádicos de columna lumbar

--	--	--
18. Realiza movimientos de flexión lumbar
A qué grado de angulación?
15°

--	--	--

45°

--	--	--

60°

--	--	--

90°

--	--	--
19. Realiza movimientos de rotación

--	--	--
20. El campo visual del trabajo se aproxima a 35° con relación a la horizontal

--	--	--
21. Camina en plano inclinado

--	--	--
22. Camina en plano horizontal

--	--	--
23. Sube escaleras

--	--	--
24. Baja escaleras

--	--	--
25. Requiere desplazamientos continuos

--	--	--
26. Se desplaza sobre pisos deslizantes

--	--	--
27. Se desplaza en terreno irregular

--	--	--
28. Hay obstáculos en el área de desplazamiento

--	--	--

II. Levantamiento

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. El oficio requiere levantar cargas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Levanta objetos de difícil manipulación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Levanta cargas en forma individual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1 Pesos entre 1-12 kg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 Entre 13-25 kg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 Entre 26-38 kg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 Entre 39-51 kg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 Entre 52 kg o más | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Levanta cargas sin ayuda mecánica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Utiliza la adecuada mecánica corporal para levantar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. El oficio requiere transportar cargas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. La ayuda mecánica utilizada es adecuada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. La distancia recorrida es mayor de 50 mts. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. La visibilidad en el transporte de carga se facilita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. Interacción Hombre-Máquina

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Utiliza tableros visuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiel móvil y escala fija | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiel fijo y escala móvil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contador y sistema digital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.1 La posición de los diales facilita la lectura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 La iluminación del área facilita la lectura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 La posición de los diales elimina el error de paralelaje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 1.4 Hay sobrecarga de mensajes visuales provenientes de los tableros
- 1.5 Hay sobrecarga de mensajes auditivos
- 1.6 Hay interferencia en la recepción de los mensajes

SI	No	F
SI	No	F
SI	No	F

2. Utiliza controles

- 2.1 Los controles se ajusten a las necesidades anatómicas
- 2.2 Los controles facilitan correcta identificación
- 2.3 Los controles facilitan correcta selección
- 2.4 Hay sobrecarga de las extremidades en el manejo de controles
- 2.5 Opera controles con MMSS
- 2.6 Opera controles con MMII

SI	No	F

IV. Condiciones Medio Ambiente

1. Trabajo en oficina

SI	No	F
----	----	---

2. Trabajo en fábrica

SI	No	F
----	----	---

3. Trabajo a la intemperie

SI	No	F
----	----	---

4. Iluminación

- 4.1 El contraste luminoso permite la lectura de los diales
- 4.2 Hay presencia de resplandor o brillo dentro del puesto de trabajo
- 4.3 En el puesto de trabajo hay iluminación natural
- 4.4 El puesto de trabajo requiere iluminación artificial:
General
Suplementaria
- 4.5 La iluminación en el puesto de trabajo es::
Directa

SI	No	F

Si	No	F
----	----	---

Semidirecta
Indirecta
Semi-indirecta

5. Temperatura

- 5.1 La temperatura del ambiente se encuentra:
 Menos de 12°C
 Entre 13°-18°C
 Entre 18°-25°C
 Entre 25°-38°C
 Más de 38°C
- 5.2 El área de trabajo presenta una humedad relativa entre 30 - 70%
- 5.3 La humedad impide la evaporación de la transpiración
- 5.4 La humedad produce evaporación excesiva

6. Ruido:

- 6.1 Existe ambiente ruidoso
 6.2 El ruido interfiere con la comunicación oral
 6.3 El ruido perjudica la capacidad de atención
 6.4 El ruido produce sordera temporal

7. Vibración:

- 7.1 El trabajador está expuesto a vibraciones mecánicas
 -Las vibraciones afectan MMSS
 -Las vibraciones producen alteraciones de la sensibilidad táctil
 -Las vibraciones producen mareo y náuseas
 -Las vibraciones afectan órganos internos

V. Tipo de Trabajo

Muy pesado _____ Manual _____ Combinado _____
Pesado _____ Mecánico _____ Otros (explique) _____
Mediano _____ Automático _____ Liviano _____
Semiautomático

Observaciones:





Foto: CRRAntioquia
Colombia

La rehabilitación por medio del trabajo en América Latina*

María Eugenia Caicedo Concha**

Introducción

El título de este trabajo me sugiere la relación entre: la salud y el trabajo, entre la ocupación y el trabajo, como dos ejes temáticos atravesados por la situación de la América Latina e implicados de manera compleja en la búsqueda del desarrollo con equidad para lograr la equiparación de oportunidades -entendida como un derecho que nos permite a todos competir con base en nuestras habilidades y no apoyándonos en nuestras limitaciones- para considerarnos como miembros activos de nuestras comunidades. Ser uno más en una sociedad donde exista respeto por la diferencia.

La situación de América Latina

Quizá vale la pena comenzar por la situación de América Latina como un primer marco; un sistema cuyas variables no podemos controlar desde la rehabilitación pero que es indispensable considerar para comprender el impacto de las acciones en el medio competitivo y para trazar proyecciones acordes con esa realidad.

* Ponencia presentada en el VIII Congreso nacional y I Latinoamericano de terapia ocupacional. Paipa, Colombia, agosto 1992

** Terapeuta Ocupacional U. del Rosario. Master Psicología Comunitaria P.U. Javeriana

En América Latina existe una diversidad importante de situaciones, pero también encontramos una cierta identidad histórica, cultural, de lengua y en cuanto a patrón de desarrollo, que nos permite reconocernos como un continente que en medio de sus contradicciones asumió de manera semejante la modernidad industrializada.

El patrón tradicional de desarrollo se sustentó en la venta de los recursos naturales y en el endeudamiento externo buscando un crecimiento económico que al aumentar la producción aumentara el consumo como medio que redistribuye los bienes, asentando así la democracia y marcando el ingreso de América Latina en la modernidad. Sin embargo, el modelo fracasó en el intento de compatibilizar el crecimiento con la equidad.

En el ámbito político-institucional, durante el decenio pasado, muchos países impulsaron proceso de transición hacia la democracia, se produjo una progresiva despolarización del debate político y económico y una creciente valorización de la negociación y de la concertación; en el aspecto interregional, las rivalidades están siendo sustituidas por esquemas de cooperación, mientras en la sociedad civil emergen nuevos movimientos y actores que han sentado las bases para establecer mayor equilibrio entre la iniciativa estatal y la privada.

En el aspecto económico, los países han expresado su voluntad de garantizar la pertenencia al mercado internacional basada en el comercio, pero a costa de una reducción en la remuneración de los sectores más modestos y de los servicios sociales.

En el decenio de 1980, conocido también como la década perdida, el mejoramiento en las condiciones sociales se frenó y aún retrocedió en algunos países, lo cual significó menor cobertura de la seguridad social, de la educación y del empleo. La pobreza y la malnutrición agudas, prevalecen en muchas regiones y las condiciones socioeconómicas se han deteriorado perceptiblemente; casi en la mitad de los países en desarrollo el PIB per cápita en 1988 era inferior al de 1980, creciendo además la brecha entre países desarrollados y países en desarrollo.

Este aumento de la inequidad en cuanto al acceso efectivo a bienes y servicios coincidió paradójicamente con una creciente difusión de los medios de comunicación social y su efecto inmediato consistió en acercar el imaginario colectivo de estos países al de los países desarrollados, con muy escasas posibilidades reales de alcanzarlo.

El proceso de democratización enfrenta entonces dos grandes desafíos: por una parte un distanciamiento creciente entre las aspiraciones de la gente y la realidad y por otra las nuevas demandas que plantea la inserción en el contexto internacional.

La década pasada deja como herencia una fuerte tensión desencadenada por el desequilibrio entre las aspiraciones y la reducción del poder de compra de los sectores de menores ingresos, sin olvidar los problemas que genera la reducción en la posibilidad de ingreso al sector formal de la economía, en cuanto a empleo se refiere.

La bajada en los salarios y la disminución en las oportunidades de empleo en el sector moderno contribuyó a acrecentar la oferta de mano de obra en el sector no estructurado; como consecuencia, el empleo en ese sector aumentó más rápidamente que en el sector estructurado durante la primera mitad de la década del 80. Por otra parte con la creciente inseguridad e inestabilidad del empleo en el sector estructurado, la distinción entre el trabajo en uno u otro sector comenzó a desdibujarse, como por ejemplo ocurre con prácticas tales como la de conceder subcontratos a trabajadores independientes para reducir los costos fijos y los impuestos sobre la nómina de pagos. Hay además indicios de que el sector no estructurado posiblemente esté desempeñando un papel más amplio en la producción de sustitutos de las importaciones y aumentando otras formas de participación que le corresponden en el mercado, en comparación con el sector estructurado.

En lo referente a investigación y tecnología, sólo unos pocos países han desarrollado y mantenido una infraestructura para la investigación científica que les permita generar sus propios avances, lo cual hace que deban comprarla a los países desarrollados. Esto repercute obviamente en la educación y en la salud respecto al tipo de tecnología y el acceso que a ella tiene la población que los requiere en los países en desarrollo.

En este contexto se ubica un 10% de la población que por disminución en sus capacidades físicas, psicológicas o intelectuales compite en condiciones de inferioridad.

Ellos y sus familias se ven abocados a cumplir procesos de rehabilitación que resultan tanto más costosos en la medida en que viven en zonas aisladas o marginales y que podrían conducir a la rehabilitación social y productiva o a

la sola rehabilitación funcional dependiendo de la orientación de las medida y del grado de la limitación.

La Organización Panamericana de la Salud, nos habla dentro de ese grupo, de población severamente discapacitada, como aquella que estaría imposibilitada para trabajar; profesionalmente discapacitada, quienes pueden trabajar regularmente pero en condiciones diferentes a las que tenían antes de sufrir la lesión; y con limitaciones de trabajo secundarias permanentes, quienes pueden trabajar regularmente en jornada completa en la misma tarea pero con limitaciones cuantitativas y cualitativas.

Sería la población profesionalmente discapacitada y aquella con limitaciones de trabajo secundarias, quienes necesitarían servicios de Rehabilitación Profesional para alcanzar un empleo competitivo, en condiciones especiales o cooperativo ingresando directamente al proceso productivo; mientras requieren solamente independencia funcional los severamente discapacitados, liberando así la posibilidad productiva del miembro de la familia del cual dependen.

La Década de los Impedidos que está concluyendo y el Plan de Acción Mundial, así como la madurez que van logrando tanto las asociaciones de personas con limitaciones como las instituciones que prestan servicios, ha llevado a que en esta década se haya llamado la atención mundial hacia la búsqueda de igualdad de oportunidades, evitando la doble marginalidad y facilitando la integración de un grupo que de otra manera implica un gasto social. También en América Latina el impacto se ha sentido en un manejo más responsable de la imagen de la persona con limitaciones, un mayor interés de los gobiernos por el problema, mayor número de personas rehabilitadas implicadas en la búsqueda de soluciones y en programas cada vez más cercanos a las comunidades. Corresponde ahora consolidar estos logros y avanzar en la consecución de nuevas alternativas.

Contrario a lo que pareciera en una primera mirada respecto a que con tasas bajas de empleo es innecesario incluir el sector de los discapacitados en la política laboral, es tanto un derecho reconocido -incluso en la legislación de muchos países como Colombia,- como la utilización efectiva de una inversión social. Los fondos gastados en los programas de Rehabilitación Profesional pueden ser recuperados con un incremento en la producción en el aspecto económico y en mejora de las condiciones de vida de un sector deprimido, aspectos fundamentales en nuestros países cuando el reto es lograr desarrollo con equidad.

Hacia el futuro, las empresas necesitan aumentar su flexibilidad para adaptarse a condiciones cambiantes del mercado y habrá una mayor movilidad y reasignación de la mano de obra, para evitar que el mercado de trabajo se constituya en un obstáculo en la transformación productiva y las personas rehabilitadas deben estar convenientemente preparadas para ello.

En este período de transición la urgencia de proporcionar empleo e ingresos a los grupos más afectados, ha generado programas de intermediación financiera para la promoción de proyectos sociales, proyectos de utilización intensiva de mano de obra, microempresas, autoempleo y cooperativas.

Este comportamiento previsto para el empleo y la situación socioeconómica global, debe ser tenido en cuenta para que los programas de Rehabilitación Profesional sean efectivos garantizando una preparación que permita competir por las oportunidades disponibles.

El trabajo y la salud

Si miramos el trabajo en el contexto de salud entendida como el máximo bienestar posible que puede lograr una persona, es innegable el papel que juega como un factor fundamental en la satisfacción de necesidades materiales, psicológicas, sociales, y de autorrealización en una persona adulta y por tanto un aspecto indispensable para mantener y recuperar la salud. Toda persona pretende un trabajo que le permita satisfacer sus necesidades de autosubsistencia económica, sentir que es útil, que contribuye al bienestar de la comunidad de acuerdo con sus capacidades, que es reconocida, que logra un estatus en su grupo de pertenencia y que cuenta con la posibilidad de promoción y progreso en su área de especialidad.

En sentido inverso, cuando por alguna razón no puede ejercerse el rol de trabajador, la salud se afecta en dos aspectos: en lo funcional disminuye la habilidad por falta de ejercicio, lo cual se refleja en el rendimiento y en lo psicológico presenta reacciones depresivas y de falta de autoconfianza.

El trabajo es universalmente considerado de importancia vital pues proporciona a las personas sentido de identidad y una ubicación en la sociedad, es un importante factor en la integración social, en las relaciones inter perso-

nales y como elemento organizador de la vida diaria, por lo cual la Rehabilitación Profesional resulta fundamental más teniendo en cuenta que en un mercado de trabajo restringido la competencia es reñida y por lo tanto el desempeño de la persona, a pesar de su discapacidad, debe ser óptimo.

Cada vez se observa además como adquieren preponderancia medidas que permitan ubicar a las personas en empleos más acordes con sus características. Se extreman las medidas de seguridad para evitar los riesgos de accidente, se estudian las enfermedades de trabajo, se analiza el ambiente organizacional y tienden a reubicarse personas que han sufrido un accidente de trabajo, factores todos que nos permiten identificar el reconocimiento de la comunidad de la relación entre la salud y el trabajo.

Rehabilitación profesional

La Rehabilitación Profesional es parte del proceso continuo y coordinado de adaptación y readaptación que comprende el suministro de medios, especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva para permitir que la persona con limitaciones obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo. Con esto, señala la OIT, se pretende que estas personas disfruten de igualdad de oportunidades en el acceso, la conservación y la promoción en un empleo que en lo posible corresponda a su elección y a sus aptitudes individuales.

La necesidad de complementar la Rehabilitación Funcional con la Profesional la han sentido también las Instituciones de rehabilitación y podría verse reflejada en el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional GLARP, como organismo que las aglutina. De 10 instituciones con las cuales se constituyó en 1977, eran 25 en 1986 y en la actualidad son 85 con tendencia a incrementarse. Son las necesidades de la población y la inquietud de los rehabilitadores los factores que han contribuido al aumento del interés por este tipo de medidas, que para ser aplicadas en nuestro contexto fue necesario adaptar y nos obliga a explotar estrategias propias de aplicación.

Mirado el proceso a su interior, se requiere de una **evaluación** de las características de la persona y de un análisis de las ocupaciones para establecer una correspondencia entre las aptitudes de la persona y las exigencias del trabajo, tarea que entraña la recopilación y el análisis de los datos personales

y de las demandas laborales en aspectos físico, psicológico, organizacional, social, educativo y profesional. Hasta el momento en América Latina este es un proceso básicamente institucionalizado, con una información más completa del trabajador que del trabajo, muchas veces dirigido hacia la selección para los talleres institucionales y en algunos casos todavía a cargo del terapeuta ocupacional exclusivamente.

La orientación, como consecuencia directa del proceso anterior, proporciona asesoramiento sobre las oportunidades de educación, de capacitación y de empleo adecuadas y realistas existentes en el mercado de trabajo.

Entre las modalidades utilizadas en las instituciones de Rehabilitación Profesional en América Latina, para cumplir estos procesos se destacan:

La evaluación integral simplificada cuando es un equipo básico el encargado de ejecutarla y se interconsultan los demás profesionales cuando es conveniente, con lo cual cumplen sobre todo funciones de preselección. **La evaluación multiprofesional** cuando todo el equipo interviene y **la evaluación prevocacional** referida a pruebas de multitaller. En la actualidad 3 países del área están comprometidos en el desarrollo de un modelo de evaluación más flexible que permita comparar factores del análisis ocupacional con los requisitos del trabajador para ser aplicado en una variedad mas amplia de trabajos.

La preparación para el trabajo como otra fase fundamental, abarca los procesos de **adaptación** y de **formación**. El desarrollo de los factores personales que pueden aumentar las posibilidades de empleo, los hábitos de trabajo, la resistencia física y emocional, la habilidad para mantener buenas relaciones interpersonales que se traducen en una adecuada adaptación al trabajo.

Las modalidades de adaptación utilizadas se restringen casi siempre al desarrollo de hábitos laborales en los talleres institucionales mientras realizan otros procesos; la evaluación, o la capacitación bien sea en la institución o en talleres de la comunidad. En algunos casos estos programas se refuerzan con programas de habilidades sociales y de adaptación al medio familiar.

En la preparación para el trabajo se incluye también la formación profesional teniendo en cuenta las capacidades, las aptitudes y los intereses de las personas, compatibilizándolas con la situación actual del mercado de trabajo.

jo. En América Latina se utiliza para esa fase la *capacitación tradicional* en los talleres de las instituciones; la *capacitación por producción* cuando los subcontratos de las empresas son la base para el aprendizaje; la *capacitación en centros de formación profesional* regular de los países que tiene como ventaja ofrecer certificación; en *centros de educación no formal* o en *talleres de la comunidad* como aprendices. Vale la pena destacar que en América Latina, han sido los programas de capacitación los primeros en desinstitucionalizarse.

En lo que respecta a la **colocación**, las técnicas de colocación selectiva pueden ser muy eficaces para ayudar a la persona a encontrar un empleo adecuado a su experiencia y a sus aspiraciones. Este servicio puede proporcionarse como parte del programa de rehabilitación y cuando los rehabilitadores realizan un perfil completo y compatible de la persona rehabilitada, ello permite incluirla en los servicios de colocación regulares del país, situación que es recomendable.

En América Latina se utilizan más frecuentemente los *servicios especializados de colocación* de las instituciones basados en un solo profesional y generalmente operan de manera casuística. Algunas veces se realiza *reintegro progresivo* al mismo puesto de trabajo con o sin adaptaciones, *reubicación* dentro de la misma empresa o en otra de naturaleza semejante y se está promoviendo la conveniencia de acudir a los servicios de colocación regulares.

Las alternativas de ubicación utilizadas por estos servicios abarcan la localización de vacantes en trabajos competitivos o en condiciones especiales, la creación de puestos de trabajo independientes o en empresas asociativas de diversa índole.

Cuando la persona no puede ingresar al mercado de productos y servicios, se ubica en el medio familiar bien sea contribuyendo con actividades propias del hogar o de independencia personal liberando así la capacidad productiva de quien la cuidaba. Para estas opciones de ubicación en el hogar no se requiere de una *Rehabilitación Profesional*.

En la actualidad el promedio de tiempo del seguimiento es de seis meses con una periodicidad que va disminuyendo en la medida en que la persona logra un mejor nivel de adaptación y desempeño.

Vale la pena destacar que existe en este momento una clara tendencia a desinstitucionalizar los programas. La baja cobertura, la preparación de mano de obra en actividades no competitivas, la decontextualización de las instituciones cerradas respecto a su marco económico y social, los costos de los programas institucionalizados, la desadaptación de los egresados y los resultados no siempre satisfactorios obtenidos, son algunas de las razones que han propiciado la desinstitucionalización dentro de una tendencia global de hacer a las comunidades partícipes de sus propias soluciones.

Como se anotaba, los programas específicos de Rehabilitación Profesional que se han desinstitucionalizado en mayor medida han sido los de capacitación, favoreciendo indirectamente la colocación al permitir a la comunidad confrontar las habilidades de la persona que se capacita.

En general los programas desinstitucionalizados buscan brindar servicios más integrales de rehabilitación, favorecer la prevención y lograr una integración permanente de los discapacitados en sus comunidades. Cuando previa a la iniciación de los programas de comunidad, sus promotores realizan fuertes campañas de sensibilización y se presta asesoría a quienes van a ser responsables directos de ejecutar las acciones de rehabilitación, se logra el respaldo de las comunidades, como lo confirman diversas experiencias.

Distinguir entre recursos existentes y disponibles contribuye a determinar la naturaleza de las acciones que se emprendan.

La ocupación y el trabajo

Por último, también hay que considerar la relación entre la ocupación y el trabajo. Las actividades del hombre se orientan fundamentalmente hacia la autoconservación, hacia el juego o hacia el trabajo y dependiendo de la etapa vital adquieren preponderancia y valor individual y social porque el trabajo es sobre todo una actividad socialmente significativa. Así en las primeras etapas, los aprendizajes fundamentales se relacionan con la autoconservación, en la infancia la exploración a través del juego permite el descubrimiento del mundo y de la propia relación con ese entorno, mientras en la edad adulta el trabajo es la actividad central.

Observado desde la óptica del terapeuta ocupacional, la ocupación hace una relación compleja con la realidad humana mucho más allá del desarrollo

de competencias aisladas y así el trabajo adquiere una dimensión distinta de la aplicación de unas destrezas sobre un objeto determinado que le facilita llenar necesidades materiales.

Cubre aspectos biológicos cuando pone en acción una serie de destrezas, al mismo tiempo estimula aspectos psicológicos e intelectuales y lo pone en contacto con otros en una acción con sentido.

El trabajo satisface en las personas necesidades complejas: materiales, psicológicas, sociales y de trascendencia y pone en juego de manera integrada sus habilidades y destrezas para transformar el ambiente en beneficio propio y de su entorno, es decir, le permite a la persona ser productiva. Aunque en muchas oportunidades el empleo no satisface todas las expectativas que debería cumplir idealmente, sigue siendo fundamental para el adulto.

El trabajo es entonces una actividad esencialmente social, facilita materializar un proyecto de vida, no es estrictamente manipulatoria en la medida en que produce mediaciones con otros y permite crear formas culturales e históricas.

Representa un elemento clave en los procesos de formación, cohesión y socialización; contribuye a la explicación de las relaciones entre los grupos y entre las personas que los conforman; origina y mantiene numerosas organizaciones intermedias dentro del tejido social y por último es fundamental en la explicación de los fenómenos de estratificación y movilidad sociales.

Para el terapeuta ocupacional de nuestros países subsiste el compromiso global de estudiar la actividad humana en todos sus aspectos, incluido el productivo y dentro de éste al trabajo humano consciente que incluye imágenes, finalidades, construcción y proyección: una acción sobre la naturaleza, que la transforma de acuerdo con sus necesidades.

Pero además no puede desconocer el contexto y su significado, tiene un compromiso con su técnica de intervención pero no es ahistórico. La posibilidad de hablar de América Latina no se refiere solamente a la dominación que se originó en la Conquista, sino a intereses, necesidades, discontinuidades, exigencias políticas y culturales y las intervenciones que se realizan transformando estas realidades, es decir a la acción del hombre en el trabajo para modificar el entorno y constituir con él una realidad viva e integradora.

El trabajo es un medio para hacer rehabilitación y también para producir progreso, cultura y ubicación social; una mediación en la relación del hombre con su ambiente y por eso el terapeuta ocupacional debería convencerse que su compromiso va más allá del desarrollo de unas destrezas aisladas. En nuestros países donde se observa cada vez más la tendencia de los gobiernos a celebrar alianzas con grupos sociales de base que presionan su participación, es decir ser tenidos en cuenta en la toma de decisiones, es indispensable que los grupos de personas con limitaciones se integren cada vez más en la sociedad para que sus necesidades se incluyan dentro de estas decisiones y este aspecto forma parte del compromiso personal y ético que establece el terapeuta ocupacional con los adultos a quienes busca rehabilitar a través del trabajo.

Bibliografía

1. ACERO M., Manual Básico en Rehabilitación Profesional. GLARP, 1991.
2. ACERO, M., Caicedo M.E., Seminario Modelos en Rehabilitación Profesional. GLARP, 1990.
3. ATED. ¿Empleo protegido?. Notas sobre la situación en España en Cuadernos ATED No. 10, Fundesco, julio-agosto 1992.
4. BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial, 1991. Banco Mundial, Washington, 1991.
5. BARBERO, Jesús M. De los medios a las mediaciones. Ed. G. Gili, México 1987.
6. BRUCE, M.A., Borg B., Frames of reference in Psichosocial Occupational Therapy Stock incorporated, New Jersey 1987.
7. CAICEDO, M.E. Informe sobre curso de Rehabilitación Profesional con Comunidad (sin publicar), 1992.
8. GLARP, Plan de desarrollo 1990-1993-GLARP, Bogotá, 1990.
9. GONZALEZ, E. y otros. Formulación y evaluación económica de servicios de rehabilitación en Colombia (sin publicar). 1990. .

10. GOULET, D. La participación: para un desarrollo equitativo. En rev. Trabajo y sociedad. Instituto Internacional de Estudios Laborales. Ginebra, 1989.
11. HAMMERMAN, S., Maikowski S. Economía y Minusvalía. Madrid, INSERSO, 1982.
12. OIT. La Rehabilitación Profesional y la reintegración social de farmacodependientes. OIT, Ginebra, 1983.
13. OIT. Normas internacionales del trabajo sobre Rehabilitación Profesional. OIT, Ginebra, 1989.
14. ONU. Informe sobre la situación social en el mundo. Nueva York, 1989.
15. PREALC. Empleo y Equidad, el objetivo de los 90. OIT, Chile, 1991.
16. REED, K. Sanderson, S. Concepts of Occupational Therapy Williams, Wilkins, Baltimore, 1981.



El desafío del próximo milenio



**La ocupación
humana
IX congreso**

Santa Fé de Bogotá,
Septiembre
15 - 16 - 17 - 18
de 1994



Premio Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional 1994

Categorías:	Profesional Estudiantes	Fechas de inscripción:	Pre inscripción: mayo 31
Requisitos:	Referirse a T.O. No estar publicado Metodología de investigación Resumen de cinco (5) hojas firmado con seudónimo Sobre aparte con los nombres de los autores	Inscripción:	Inscripción: junio 31
		Premio:	\$ 850.000.00
			Publicación en Ocupación Humana Exposición en el Congreso de T.O.
		Informes:	Asociación Colombiana de T.O. Hospital Militar Central Entrepiso 1

Modelo de intervención de terapia ocupacional en la atención integral al recién nacido de alto riesgo neurológico

Claudia María Payan V.*
Liliana Arrechea**
María Isabel Botero**
Matha Cecilia Dehakiz**
Olga Lucia Posada**

Introducción

La hospitalización del recién nacido marca un cambio radical en su entorno e implica la separación del medio familiar, lo cual de acuerdo con estudios sobre la relación madre-hijo tiene efectos desastrosos sobre el desarrollo del neonato¹, además dicha relación no siempre está orientada a manejar y aprovechar este momento de mínima manipulación para brindar la estimulación requerida para su proceso de adaptación.

Los posibles déficits que puedan presentarse evolucionan durante los primeros años de vida y se hacen perceptibles frecuentemente al inicio de la etapa

* Terapeuta Ocupacional U. del Rosario. Magister de Administración de Salud U. del Valle. Director Plan de estudios de T.O. U. del Valle.

** Estudiantes octavo semestre Plan de estudios de T.O. U. del Valle

1 Ferro Maritza. Revista Ocupación Humana. Vol 4, Santa Fe de Bogotá, septiembre, 1992 p. 21.

escolar afectando su proceso de enseñanza-aprendizaje.

El terapeuta ocupacional a través de la intervención temprana busca promover el desarrollo de la interacción madre-hijo- entorno para facilitar el desarrollo integral del neonato; abordar al ser humano como un sistema abierto que necesita retroalimentación continua con su entorno. La información organizada proporcionada por éste será procesada y ejecutada por el neonato en forma de destrezas y habilidades, por lo cual es necesario conocer sus períodos críticos y de máxima plasticidad para intervenir sobre ellos²⁻³.

De acuerdo con esto se ha diseñado el: *Modelo de intervención de terapia ocupacional en la atención integral al recién nacido de alto riesgo neurológico*, como parte del equipo interdisciplinario que labora en la Unidad de cuidados neonatales.

Revisión teórica

El término recién nacido de alto riesgo se emplea comúnmente para designar a los neonatos cuya existencia extrauterina está amenazada por factores pre- peri y/o postnatales que indican que el neonato debe permanecer bajo asistencia médica hasta que se considere que estos factores no atentarán contra la supervivencia y calidad de vida del neonato⁴⁻⁵.

En condiciones normales el neonato es un ser indefenso, incapaz de valerse por sí mismo, con algunos de sus sistemas inmaduros, que atraviesa por un período de transición el cual debe superar para sobrevivir y desarrollarse normalmente; recibe cuidados de diferentes fuentes según sus necesidades, más aún, si es considerado un neonato de alto riesgo. El tipo de relación que establezca con su madre dará las bases para su posterior desarrollo y adap-

2. Ibid. p.19

3. Grimaldo, Enma. Revista Ocupación Humana. "Desarrollo del modelo de ocupación humana en niños de alto riesgo". Vo. 2 No. 4, Santafé de Bogotá, 1988, p. 30-33.

4. Vaughan, Nelson. Tratado de pediatría. Ed. 14 Santafé de Bogotá, Salvat Ed. S.A. p. 22.

5. Rudolph Arnold y Kenny John. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. Segunda edición Santafé de Bogotá. Médica Panamericana S.A. 1980, p. 45

tación, de ahí la importancia de fomentar una interacción favorable y enriquecedora en ambos sentidos (madre-neonato), y procurar que ésta no se vea interrumpida por una hospitalización temprana.

La intervención de terapia ocupacional con recién nacidos de alto riesgo neurológico pretende, a nivel preventivo, orientar sus acciones hacia el mantenimiento de elementos favorables del ambiente que permitan al neonato un óptimo desarrollo, además de promover conductas ocupacionales, competentes y adaptativas; y a nivel terapéutico, detectar factores de riesgo que incidan sobre la conducta del neonato para intervenir sobre éstos a través de la estimulación sensorial, adecuación del medio ambiente y relación madre-hijo. Dicha detección se logra a través de la integración de los conocimientos clínicos con la observación estrecha de la conducta ocupacional del neonato⁶⁻⁷.

La intervención se plantea tomando como base los principios de estimulación adecuada, integración sensorial y el modelo de ocupación humana.

A través de la estimulación adecuada se pretende ofrecer al neonato un medio ambiente rico en experiencias biopsicosociales organizadas de acuerdo con su maduración a nivel central, con el fin de estimular o promover un desarrollo integral óptimo; haciendo énfasis en el aprovechamiento de un período considerado el de mayor plasticidad cerebral, como es el período neonatal en el cual el cerebro es moldeable, maleable y puede adoptar, cambiar o superar las limitaciones del medio⁸.

La conducta ocupacional del neonato está determinada por sus preferencias y capacidades individuales, así como por la información sensorial que

6. Acero M., Caicedo M.E., González M., Ortega M.A. "La ocupación humana, un desafío para los terapeutas ocupacionales". Revista Ocupación Humana. Vo. 2 No. 4, Santafé de Bogotá, 1988, p. 45

7. Kielhofner Gary. Modelo de la ocupación humana. Memorias VI Congreso de Terapia Ocupacional. Santafé de Bogotá, 1988, p. 1-6.

8. Ludington-Hoe, Susan. Memorias del curso de estimulación sensorial en perinatología. Santafé de Bogotá. Publicación del equipo médico para la maternidad 1987, p. 161-166.

reciba del medio. Es de vital importancia cuando se planea una intervención, tener en cuenta los signos de atención, los estados de alerta y los signos de sobrestimulación del neonato⁹⁻¹⁰.

La teoría de integración sensorial hace referencia a la habilidad del sistema nervioso central de integrar, organizar, procesar y analizar la información sensorial proveniente de los receptores sensoriales para transformarlos en conductas adaptativas acordes con los estímulos del medio ambiente.

La terapia de integración sensorial se enfoca hacia un nivel básico de función humana como es el procesamiento de la información sensorial y la organización neural, con el fin de obtener el máximo de funcionalidad e independencia. El proceso de integración sensorial busca mejorar las conexiones sinápticas por medio de estímulos multisensoriales constantes y repetidos, lo cual permite un mayor aprovechamiento de la plasticidad cerebral¹¹.

El modelo de ocupación humana explica el funcionamiento ocupacional de las personas y la elección, orden y ejecución del comportamiento ocupacional diario. Se basa en la teoría general de sistemas para conceptualizar al ser humano como un sistema abierto en continua retroalimentación con el medio ambiente; y está compuesto por tres subsistemas que son componentes funcionales coherentes del sistema total. Subsistema volición, habituación y ejecución¹².

La aplicación del modelo de ocupación humana en neonatos, se orienta al reconocimiento de aspectos como: la iniciación del comportamiento ocupacional a través de la exploración del medio a medida que se completa la maduración de cada sistema; el desarrollo del sistema de valores; la estabilidad fisiológica y dentro de ésta el control de los estados de vigilia y sueño que marcan el inicio de la adaptación temporal y habituación; el reconocimiento del neonato como ser individual; la regulación biológica y establecimiento de rutinas; y las etapas de organización comportamental, descritas a

9 Ibid. p. 84-85.

10 Quebedo, Jaime. Neurología del desarrollo. Santafé de Bogotá, Médica de Impresiones, 1984 p. 1-9.

11 Ayres, Jean. *Sensory integration and the child*. Décima edición. L.A.: WPS 1991, p. 135-138.

12 Grimaldo. Op. Cit. p. 33

través de tareas primarias adaptativas que son: la etapa fisiológica, que hace referencia a la estabilización e integración de las funciones fisiológicas; la etapa motora, que comprende la iniciación de respuestas comportamentales organizadas de acuerdo con la entrada sensorial; y el estado, que indica la modulación de la atención e interacción lo cual se relaciona con la diferenciación y control modular de la interacción social¹³.

Intervención y evaluación

La atención integral al recién nacido de alto riesgo neurológico involucra dos modalidades: una en la unidad de cuidado neonatal y otra en el programa de seguimiento, es decir cuando el niño ha superado el alto riesgo y asiste a seguimiento como paciente ambulatorio.

La primera modalidad consiste en la valoración de la disponibilidad del recién nacido a la recepción de estímulos sensoriales, lo que permitirá al terapeuta ocupacional conocer el nivel de maduración de su sistema nervioso central, que dará las pautas para el tipo de intervención-interacción que el neonato puede recibir y así se produzcan respuestas adaptativas acordes a los estímulos del ambiente. También se incluyen en ésta modalidad el manejo de la mecánica corporal del neonato, pues la postura es considerada de importancia dentro de la intervención del terapeuta ocupacional, debido a que los bebés prematuros son hipotónicos y al no hacer el manejo de la mecánica postural puede repercutir en la adquisición de posturas viciosas que afectan su desempeño y conducta ocupacional; y el medio ambiente de la unidad de cuidado neonatal, pues el terapeuta ocupacional debe enfocar su intervención en disminuir los factores de riesgo ambiental que puedan alterar la conducta ocupacional del neonato, teniendo en cuenta su grado de sensibilidad a la percepción de estímulos¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶.

13 Kramer, Paula e Hinojosa Jim. *Frames of reference for pediatrics occupational therapy*. USA William and Willkin, 1993, p. 338-343.

14. Ludinton-Hoe, Op.Cit. p. 20.

15. Clark David, Enher Gail. *Newborns atrisk. Medical care and psychoeducational intervention*. USA. Aspen publication Inc. 1986, p. 205-206.

16. Anderson Jill. *Sensory intervention with the preterm infant in the neonatal intensive care unit* The American journal of occupational therapy. Vol 40 No. 1 Enero de 1986. p. 22

Esta ficha de valoración consta de cinco niveles que se relacionan con madurez del sistema nervioso autónomo, respuestas motoras, estados de vigilia-sueño, signos de atención y control de la interacción dentro de los cuales se tiene en cuenta factores de orientación como cambios en la homeostasis fisiológica, signos de atención, signos de sobreestimulación y estados de alerta.

La valoración se hará en presencia de la madre del neonato con el fin de que ella reconozca estos signos. Además, se le darán a conocer en forma verbal, demostrativa y/o escrita, los parámetros de la estimulación sensorial, la metodología empleada en su aplicación y el objetivo que se desea lograr.

La segunda modalidad tendrá lugar en el programa de seguimiento a neonatos de alto riesgo neurológico en donde se incluye por parte de terapia ocupacional una ficha de evaluación estructurada con base en la teoría de sistemas y el modelo de la ocupación humana, la cual indica el nivel de madurez del sistema nervioso central y la etapa de desarrollo psicomotor en que se encuentra el neonato. Los resultados de la evaluación determinan la conducta a seguir con el neonato, al cual se ha clasificado en atención primaria (prevención) y secundaria (tratamiento).

En la atención primaria se incluyen aquellos neonatos cuyo desarrollo psicomotor y nivel de madurez del sistema nervioso central esté acorde con su edad postnatal; en tal caso la conducta a seguir es brindar estímulos, con base en la estimulación adecuada, que promuevan el paso a la siguiente etapa del desarrollo; la intervención se dirige entonces a estimular todos los sistemas sensoriales de manera integral haciendo énfasis en la importancia de fortalecer la relación madre-hijo como base fundamental para el desarrollo integral del neonato.

En la atención secundaria se dará cobertura a aquellos bebés que debido a deprivación sensorial presentan retraso en el desarrollo psicomotor y cuyo nivel de desarrollo del sistema nervioso central no corresponda a su edad postnatal; en este caso la intervención estará dirigida a brindar información sensorial en forma integral teniendo en cuenta la estimulación adecuada y los principios de la teoría de integración sensorial.

Aquellos niños que presenten daño a nivel de sistema nervioso central serán remitidos al servicio de terapia ocupacional del Hospital Universitario del Valle

para ofrecer el tratamiento que requiera el neonato, de acuerdo con su nivel de disfunción; dicho procedimiento debe ser realizado porque en la actualidad la Unidad de cuidados neonatal no cuenta con los recursos necesarios (humanos, físicos y económicos), que brinden la atención especializada a estos infantes.

Bibliografía

1. FERRO, Maritza. Revista Ocupación Humana. Vol. 4 Santafé de Bogotá, septiembre 1992, p.21
2. Ibid, p. 19
3. GRIMALDO, Emma. Revista Ocupación Humana. Vol. 2 No. 4. Santafé de Bogotá, 1988, p.p 30-33
4. VAUGHAN, Nelson. Tratado de Pediatría. Edición 14. Santafé de Bogotá. Salvat Editores S.A., 1992, p.22
5. RUDOLPH, Arnold, Kenny, John. Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. Segunda Edición. Santafé de Bogotá. Médica Panamericana S.A., 1980, p.45
6. ACERO, M., CAICEDO, M.E., GONZALEZ, M., ORTEGA, M.A. Revista Ocupación Humana. Vol. 2 No. 4, Santafé de Bogotá, 1988, p.45
7. KIELHOFNER, Gary, Modelo de la Ocupación Humana. Memorias 8o. Congreso de Terapia Ocupacional, Santafé de Bogotá, 1988, p.p 1-6

8. LUDINTON-HOE, Susan. Memorias del Curso de Estimulación Sensorial en Perinatología. Santafé de Bogotá, Publicación del Equipo Médico en Educación para la Maternidad. 1987, p.p 161-166
9. Ibid. p.p. 84-85
10. QUEVEDO, Jaime. Neurología del desarrollo. Santafé de Bogotá. Médica de Impresiones. 1984, p.p 1-9
11. AYRES, Jean. Sensory Integration and the Child. Décima Edición, Los Angeles, WPS. 1991, p.p 135-138
12. GRIMALDO, Op.Cit. p.33
13. DRAMER, Paula, HINOJOSA, Jim. Frames of Reference for Pediatrics Occupational Therapy, USA., Williams and Wilkins, 1993, p.p 338-343
14. LUDINTON-HOE, Op. Cit. p.20
15. CLARK, David, ENHER, Gail. Newborns at Risk. Medical Care and Psychoeducational intervention. USA. Aspen Publication Inc. 1986 p.p 205-206
16. ANDERSON, Jill. Sensory Intervention with the Preterm Infant in the Neonatal Intensive Care Unit. The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 40 No. 1, Enero 1986, p.22



Fe de erratas

Programa de vigilancia epidemiológica del ambiente y de los trabajadores expuestos al riesgo de posturas inadecuadas y manejo de cargas.

María Emma Angulo *

6. Metodología

6.1 Universo de trabajo

Debe estar conformado por todos los puestos de trabajo con el factor de riesgos, postura y manejo inadecuado de cargas y todos los trabajadores que en la empresa estén expuestos a este factor de riesgo.

6.2 Atención al ambiente

El programa de evaluación del ambiente frente a este factor de riesgo, es el componente principal de la vigilancia epidemiológica para la identificación, evaluación y control de los puestos de trabajo, que tengan este factor de riesgo en cada una de las secciones de la empresa con el fin de disminuir los problemas de salud relacionados con este factor en los trabajadores expuestos a él.

* Terapeuta Ocupacional U. del Rosario

6.3 Técnicas de evaluación

Se plantea como instrumento evaluativo para validar en nuestro país, la matriz del LEST que es una Investigación del laboratorio de Economía y de Sociología del trabajo del C.N.R.S. Aix-en Provence (Francia) adaptado por la empresa RENAULT para el estudio de las condiciones de trabajo en Francia.

Este método plantea la observación y medición de la carga física global de un trabajador correspondiente a un puesto de trabajo.

La evaluación de la carga física global se mide a través de tres criterios básicos: la carga postural estática (CP), la carga de trabajo dinámico (CT), la carga de mantenimiento (CM).

La carga postural estática (CP): es la postura más repetida y la más desfavorable mantenida durante el ciclo de trabajo.

La carga de trabajo dinámica (CT): es el esfuerzo y la postura ejercida para la transformación del producto, levantar, presionar, empujar y asir. Esta postura puede coincidir con la postura principal o constituirse en una postura específica.

La carga de mantenimiento (CM): son los esfuerzos ejercidos para la alimentación y evacuación de las piezas, las posturas que se efectúan para coger y dejar estas piezas.



