

# Ocupación Humana





# OCCUPACION HUMANA

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

Propiedad intelectual  
No. 002651 DE JULIO DE 1987  
ISBN 0122-0942  
Derechos Reservados

La responsabilidad por los artículos es  
de sus autores y no comprometen a la  
Asociación ni a las entidades con las  
cuales están vinculadas

Edición  
Diseño  
Diagramación  
**Cyan** Producción Gráfica Ltda

Portada:  
Collage  
Trabajo Industriales

## **JUNTA DIRECTIVA ACTO**

PRESIDENTE  
MARHTA TORRES DE TOVAR

SUPLENTE VOCAL PRIMERA  
DORA GUARIN

VICEPRESIDENTE  
EMMA GRIMALDO

SEGUNDA VOCAL  
SOLANGEL GARCIA

SECRETARIA  
LILIANA AGUADO

SUPLENTE VOCAL SEGUNDA  
MARHTA ARIAS

SECRETARIA SUPLENTE  
ALEIDA FERNANDEZ

TERCERA VOCAL  
LUZ ANGELA RAMOS

PRIMERA VOCAL  
ELISABETH RODRIGUEZ FONSECA

FISCAL  
NOHORA HURTADO DE BASTIDAS

## **COMITE EDITORIAL**

DIRECTORA MARGARITA G. DE URIBE  
CONSEJERAS ELVIA CUARTAS DE PEREZ  
EMMA GRIMALDO

REPRESENTANTE JUNTA DIRECTIVA  
EMMA GRIMALDO

# INDICE

---

INDICE	4
EDITORIAL	5
EFECTIVIDAD DE LA REHABILITACION FISIOTERAPEUTICA, OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLOGICA UN MARCO DE REFERENCIA	11
TECNOLOGIAS EN REHABILITACION UN ESCENARIO DE ACCION PARA TERAPIA OCUPACIONAL	29
TRABAJO Y EDUCACION EN LAS CARCELES COLOMBIANAS	43
DIAGNOSTICO Y ENFOQUE OCUPACIONAL DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	54

---

## NOTA EDITORIAL

La situación actual de los sectores de salud, educación, trabajo y justicia hacen relevante el cuestionamiento del quehacer profesional del Terapeuta Ocupacional, para poder responder en forma acertiva a las demandas sociales y a las nuevas políticas de acción de cada uno de estos sectores.

El terapeuta Ocupacional está llamado a avalar acciones interprofesionales en procesos de avance Tecnológico, Gerencial y de Servicios que favorezca la participación del Terapeuta y la calidad del desempeño ocupacional de la población colombiana

Los diferentes autores de los artículos de esta edición hacen planteamientos referentes a la expansión de estos campos de acción, como nuevos retos para los profesionales de hoy y mañana.

Esperamos continuar recibiendo sus experiencias y conceptualizaciones en los diferentes abordajes profesionales.

SILVIA CRISTINA DUARTE  
Terapeuta Ocupacional



## GUIA DE AUTORES PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS EN LA REVISTA « OCUPACION HUMANA»

### Normas Generales

1. La Revista «Ocupación Humana» acepta para publicación artículos relacionados con la terapia Ocupacional.
2. Se publicará informes de investigación, ensayos, revisiones bibliográficas, estudios de caso, síntesis de investigaciones, cartas al editor y descripción de ayudas técnicas.
3. El comité estudiará los artículos recibidos y su publicación dependerá de los criterios de interés, originalidad, actualidad, validez, claridad y concisión.
4. Cuando se requieran modificaciones al texto, se citará al autor(es); en caso de no responder a la citación, se considerarán aceptadas las modificaciones.
5. Los trabajos enviados para publicación deben obedecer a las normas para autores, contenidas en esta guía.
6. Los trabajos deben incluir una síntesis en Español e Inglés con una extensión no superior a 150 palabras en cada idioma.
7. Los originales de los artículos enviados para publicación no serán devueltos al autor.
8. La responsabilidad de los conceptos emitidos en los artículos publicados, es íntegramente del autor.
9. La revista acepta avisos publicitarios con una tarifa establecida.
10. Los trabajos deben ser remitidos al Consejo Editorial Revista «Ocupación Humana».

### Normas para el Autor

1. La Revista acepta escritos que no hayan sido publicados o enviados a otra editora; en caso contrario es necesaria la autorización correspondiente
2. Los artículos deben ser escritos a máquina, a doble espacio y triplicado; su extensión no debe exceder de 18 páginas tamaño carta.
3. En la primera página debe aparecer el título, nombre(s) del autor(es) con su respectivo grado académico y cargo
4. En caso de haber realizado el trabajo en una institución o haberlos presentado en un congreso, debe llevar el nombre de la Organización,

- lugar y fecha en donde se realizó.
5. La síntesis en Español e Inglés debe hacer énfasis en: objetivo del trabajo, método, resultados y conclusiones.
  6. Las referencias bibliográficas deben ser indicadas por numerales dentro del texto y ser citado al final del artículo según el orden de aparición. En la misma se harán constar los siguientes datos:
    - a) Para Revistas: Apellido del autor, iniciales del nombre(s), título del trabajo, nombre de la revista, número del volumen, número de páginas y año de publicaciones.
    - b) Para Libros: Apellido del autor, iniciales del nombre(s), título del libro, editorial, ciudad en que se editó el libro, número de la edición, año y páginas donde figura el texto citado.
  7. El material ilustrado debe ir en blanco y negro si es fotografía debe incluir el negativo. Toda ilustración debe tener una leyenda descriptiva y numerada; este número debe citarse en el texto del artículo. Las fotografías referidas a pacientes no deben permitir su identificación o reconocimiento a menos que se autorice por escrito. El consejo se reserva al derecho a limitar el número de ilustraciones por escrito

## Suscripción Referida

Referido por: \_\_\_\_\_

Terapeutas Ocupacionales:

Junta Directiva ACTO

Sede Sociedades Científicas Hospital Militar Central entrepiso 1º

Tels.: 245 4481 - 288 3985 Conm.: 285 2520 Ext. 5001 Santafé de Bogotá.

Deseo suscribirme a: Asociación Colombiana de T.O.  Inscripción \$ 47.750  
Aporte anual \$ 47.750

Soy miembro de la ACTO y deseo afiliarme a la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales

Revista Ocupación Humana  2 ediciones al año \$ 12.000 más porte correo para fuera de Bogotá \$ 2.000

Para lo cual suministro la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Pofesión: \_\_\_\_\_

Institución o Empresa \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Dir. residencia: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Dir. de envío: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Forma de pago:  Efectivo  Cheque  Tarjeta de crédito (sólo para pagos en Bogotá.)

NOTA: La A.C.T.O. una vez recibido este cupón le enviará fórmulario de datos personales

## **TARIFAS DE ANUNCIOS PARA EL AÑO 1996**

Hoja completa	\$ 65.000.oo
Media hoja	\$ 40.000.oo
Cuarto de hoja	\$ 22.000.oo
Contraportada interna	\$100.000.oo

**Mas de 500 lectores respaldan  
su inversión**

---

Revista Ocupación Humana  
A.A. 51906  
Santafé de Bogotá, D.C.

# **EFFECTIVIDAD DE LA REHABILITACION FISIOTERAPEUTICA, OCUPACIONAL Y FONOAUDIOLOGICA UN MARCO DE REFERENCIA**

*Alicia Trujillo Rojas<sup>1</sup>  
Clemencia Cuervo Echeverri<sup>2</sup>  
Martha Escobar de Villate<sup>3</sup>*

El propósito de este artículo es ofrecer un marco de referencia que oriente la comprensión respecto a la dinámica y a los factores que determinan la efectividad de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica. Se presenta de manera concisa la situación colombiana en lo relativo al problema de la discapacidad. Se expone el concepto de efectividad y su aplicación a los programas de rehabilitación. Se ilustra el estado de desarrollo de sistemas operacionales internacionales para medir la efectividad de la rehabilitación total, fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica. Finalmente, se ofrece un avance sobre el desarrollo de una investigación en la Universidad Nacional de Colombia: Efectividad de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica (Sistema EFECT).

## **Discapacidad en Colombia**

Se estima que el número de personas discapacitadas en Colombia supera los 4 millones (Cuervo, Trujillo y de Villate, 1993). Estudios recientes como el Sistema Nacional de Información sobre Discapacidad (Consejería Presidencial de Política Social, 1995) señalan que el 23.6 % de los colombianos podrían tener alguna discapacidad. Esto significa que esta minoría asciende aproximadamente a 8.470.000 personas. Se reconoce que la discapacidad también afecta al grupo familiar en sus relaciones emocionales y sociales y también erosiona su productividad. Por tanto, el número de colombianos

1. Terapeuta Ocupacional, Profesora Asociada Depto. de Terapias, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
2. Fonoaudióloga, Profesora Asociada, Depto. de Terapias, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
3. Fisioterapeuta, Profesora Asistente, Depto de Terapias, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

afectados por las consecuencias de la discapacidad puede ascender a más de 15 millones de personas. Esta cifra tiende a aumentar debido a las condiciones de accidentalidad y violencia; la morbimortalidad materno infantil; la desnutrición; los cambios en la estructura demográfica y la aparición de factores discapacitantes asociados con: trastornos cardiovasculares; defectos congénitos; estrés ocasionado por el estilo de vida; consumo de sustancias tóxicas y alcoholismo (Ministerio de Salud, 1994); tabaquismo; incremento de grupos marginales en condiciones de pobreza extrema; riesgos relacionados con el trabajo; y depredación del medio ambiente.

Esta realidad convierte la ocurrencia de la discapacidad en un problema social grave con consecuencias devastadoras, que se aprecian en una pérdida significativa de años de vida saludable para los colombianos y en la disminución de la productividad en Colombia. De hecho, el Ministerio de Salud (1995) considera que el problema de discapacidad en Colombia es un problema de salud pública creciente. En general, se ve sensiblemente afectado el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del país (salud, esperanza de vida, educación, posibilidad de acceso a información, conocimientos y nivel de vida).

Para enfrentar los problemas de discapacidad han surgido, en las sociedades contemporáneas, los programas de rehabilitación. Se entiende por rehabilitación "una respuesta social a la discapacidad. La respuesta incluye la expedición de leyes y la formulación de política; el desarrollo de la industria de la rehabilitación; la formación de profesionales de rehabilitación; el mercadeo de productos y servicios de rehabilitación; y la instauración de procesos de rehabilitación, o sea, el proceso de rehabilitarse en organizaciones de servicios humanos" (Albrecht, 1992, p.23).

Los programas de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología constituyen la esencia de la rehabilitación fisioterapéutica, rehabilitación ocupacional y rehabilitación fonoaudiológica como un conjunto de tratamientos (actividades, intervenciones y procedimientos) definidos en los códigos internacionales de diagnósticos y procedimientos de la fisioterapia (American Physical Therapy Association, APTA, 1995), la terapia ocupacional (American Occupational Therapy Association, AOTA, 1995) y la fonoaudiología (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA, 1987). Las metas de esta rehabilitación son: el movimiento funcional, la ocupación funcional y la comunicación funcional.

En Colombia, el Estado atiende aproximadamente el 3% de la población con discapacidades (El Tiempo, 1994), o sea, cerca de 130.000 personas. A la baja cobertura e inequidad de los servicios de rehabilitación, se suma la falta de información respecto a múltiples dimensiones de los programas de rehabilitación existentes. Contribuye a la gravedad de la situación el hecho de que el concepto efectividad no ha permeado la rehabilitación colombiana. No existen datos que permitan determinar la efectividad de los programas de rehabilitación. Los efectos de la rehabilitación se han concebido como no mensurables, no aprehensibles. Además, el proceso de rehabilitación ha sido entendido como una empresa ilimitada en el tiempo y de alto costo, concepción que de perpetuarse, erosionaría la credibilidad de las profesiones de rehabilitación.

### **La rehabilitación y su efectividad**

**La efectividad de los programas de rehabilitación** se concibe como los resultados de un conjunto de acciones profesionales. En general, la probabilidad de que la efectividad de la rehabilitación aumente, depende de que los tratamientos utilizados cumplan cuatro condiciones:

**Oportunos:** la atención tardía reduce la probabilidad de alcanzar niveles óptimos de desempeño funcional, debido a que la demora aumenta y complica los efectos biológicos, sociales y económicos de las deficiencias y las discapacidades.

**Científica y tecnológicamente actualizados:** el mejoramiento del desempeño funcional depende de la utilización de las actividades, los procedimientos y las intervenciones más actualizados en el campo de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica. Con frecuencia el mejoramiento del desempeño funcional también depende de la utilización de tecnología. Si bien muchas veces la tecnología es costosa y sofisticada, los procedimientos y las intervenciones deberán apuntar, en lo posible, a cumplir los estándares internacionales.

**Ecológicos:** el éxito del tratamiento de rehabilitación depende del ajuste entre el grado de desempeño funcional del individuo y las condiciones de accesibilidad física, social, educativa, laboral y recreacional. Cuando las oportunidades que le ofrece la sociedad a la persona con discapacidad son inferiores a lo que ella es capaz de hacer, se desencadena lo que la Organización Mundial de la Salud denomina minusvalía.

**Costo-efectivos:** la definición de costo-efectividad para los tratamientos de rehabilitación es compleja por cuanto involucra relaciones matemáticas y económicas sofisticadas que incluyen como mínimo seis áreas: **el gasto público**, **el costo para los usuarios** de los programas de rehabilitación, los **años de vida productiva** del usuario, la **capacidad adquisitiva** del usuario, la **reducción de pagos de pensión** por invalidez y la ganancia tributaria por ingresos del usuario (Majumder, Greever & Palomba, 1978). De manera simplificada, se puede decir que un tratamiento de rehabilitación es costo-efectivo cuando logra: (a) mejorar los años de vida saludable (AVISA), productiva y satisfactoria en términos de: desempeño cotidiano independiente en el hogar, en el barrio, en la escuela, en el trabajo remunerado o no remunerado y en las actividades recreativas y sociales; y (b) reducir los costos que se derivan de la posible interferencia causada por la discapacidad sobre la productividad económica de otro miembro de la familia.

La efectividad puede ser medida a través de seis factores tales como: (a) **la dimensión fiscal**, por ejemplo, los aportes de la persona económicamente activa al Estado y la reducción de la inversión en seguridad social por régimen subsidiado; (b) los **resultados clínicos** o modificación de la condición biológica; (c) el **estado de desempeño funcional** o habilidad para actuar de manera independiente en ambientes naturales; (d) la **satisfacción del consumidor** o percepción del usuario respecto a las ganancias obtenidas por el tratamiento; (e) la calidad de vida o condición tanto objetiva como subjetiva de bienestar; y (f) las relaciones costo-efectividad o aumento de años de vida saludable con la menor inversión.

Aquí se propone que la **rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica es efectiva** cuando modifica positivamente el desempeño funcional de una persona con discapacidad, en el menor tiempo posible y a un costo apropiado -para el usuario y para el sistema- y de esta manera reduce el impacto de la discapacidad en la calidad de su vida. La calidad de vida representa una continua multidimensional marcada por la satisfacción de la persona en los dominios físico , emocional, social, ocupacional, comunicativo, material y espiritual. La evaluación de la calidad de vida es personal y dinámica (Radomski, 1995).

De los seis factores mencionados para medir la efectividad de los programas

de rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica (dimensión fiscal, resultados clínicos, estado de desempeño funcional, satisfacción del consumidor, calidad de vida y relaciones costo-efectividad), el **desempeño funcional** es uno de los indicadores más potentes. Este indicador que mide el desempeño independiente en la vida cotidiana es útil para definir la elegibilidad de los servicios, establecer costos y determinar la calidad de la atención (Frattali, 1993). Otra definición de desempeño funcional, particularmente coherente con la línea de pensamiento de este artículo, es la que propone la terapeuta ocupacional Gail Fidler (1978) en su reflexión sobre el significado de la acción con propósito para el crecimiento de la persona : «desempeño es la habilidad, a través de la vida, para cuidar de sí mismo con afecto, mantenerse de manera independiente, satisfacer las propias necesidades a fin de obtener gratificación intrínseca y contribuir a satisfacer las necesidades de otros y así promover su bienestar» (p 310).

El movimiento, la ocupación y la comunicación determinan el grado de desempeño funcional de una persona. Aquí se entiende por **movimiento funcional** el desarrollo de habilidades y destrezas físicas y cinéticas, esenciales para la conservación de funciones humanas vitales y para el desempeño cotidiano dentro de la familia, la sociedad y el trabajo. **Ocupación funcional** se refiere al desarrollo, mantenimiento y compensación de la capacidad de las personas para desempeñar, con satisfacción para sí mismo y para los demás, aquellas tareas y roles de autocuidado, juego y trabajo esenciales para la vida productiva y para la apropiada interacción con el medio ambiente. **Comunicación funcional** es la habilidad para emplear lenguaje verbal, escrito, gestual, manual, aumentado o alternativo, de tal forma que permita el funcionamiento independiente de una persona en ambientes naturales.

Las anteriores definiciones de desempeño funcional evidencian avances en la conceptualización de este constructo. No obstante su validez, no da cabal cuenta de que el movimiento, la ocupación y la comunicación son la vida misma. Por tanto, aquí se introduce el concepto **desempeño funcional para la vida**, entendido como la capacidad del individuo para integrar armónicamente el movimiento y las acciones comunicativas y ocupacionales, en ambientes naturales, de manera independiente y efectiva, a fin de satisfacer sus necesidades y de conformidad con las exigencias familiares, sociales y laborales. Este constructo, fiel a la noción del valor del capital

humano, es consistente con el conocimiento técnico-científico vigente en el campo de la rehabilitación y susceptible de ser medido y empleado como indicador de cambio en los tratamientos de rehabilitación.

Las instituciones colombianas de rehabilitación no conciben los resultados en términos de **desempeño funcional** y menos aún en términos de **desempeño funcional para la vida**. Más bien, tienden a expresarlo como disminución de la enfermedad biológica, lo cual indica que la concepción que se tiene en Colombia del propósito de la rehabilitación es equivocada. O sea, se desconoce que el valor intrínseco de los servicios de rehabilitación radica en el impacto que tienen en la promoción del desempeño funcional, por su relación con el aumento de días saludables y satisfactorios para la persona.

A lo anterior se agrega que en las instituciones colombianas que ofrecen programas de rehabilitación, se observa una tendencia a diseñar formas particulares de registro. Estas no son universales ni confiables y carecen de taxonomías congruentes con la información propia de la fisioterapia, la terapia ocupacional y la fonoaudiología. Por tanto, la gestión relacionada con programas de rehabilitación: (a) carece de códigos de diagnósticos y procedimientos en los dominios del movimiento; la ocupación y la comunicación; (b) no mide el desempeño funcional; (c) no cuenta con sistemas de terminología uniforme; (d) no cuenta con sistemas de monitoreo de los programas; y (e) no documenta la efectividad de los programas.

En síntesis, para el contexto de la rehabilitación, hasta aquí se definió y analizó el concepto efectividad y los seis factores que la determinan (dimensión fiscal; resultados clínicos, estado de desempeño funcional, satisfacción del consumidor, calidad de vida y relaciones costo-efectividad). Además, desde la literatura especializada, a través de un proceso de razonamiento deductivo, se derivaron cuatro condiciones esenciales para la efectividad de los tratamientos (oportunos, científica y tecnológicamente actualizados, ecológicos y costo-efectivos). También se introdujo el término desempeño funcional para la vida como un indicador determinante de la efectividad de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica. Finalmente, se identificaron los vacíos conceptuales y operacionales de la rehabilitación colombiana para medir la efectividad de los programas de atención a las personas con discapacidad.

## **Efectividad de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica en términos de desempeño funcional: Sistemas operacionales**

Internacionalmente, el desarrollo de sistemas operacionales para medir la efectividad de la rehabilitación ha alcanzado altos niveles de especialización. La complejidad de estos sistemas va desde escalas y potentes bases de datos relacionales hasta sistemas expertos que apoyan la toma de decisiones referentes a diversas dimensiones del proceso de rehabilitación. Existen medidas para evaluar la efectividad total de los programas de rehabilitación y medidas específicas para determinar los resultados de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica.

La literatura reporta un número significativo de herramientas para evaluar y documentar la efectividad total de un programa de rehabilitación (p. ej State University of New York, 1993; Carey & Posavac, 1982; Harvey & Jellinek, 1981; Heinemann, 1989; Formations, 1991; Morris, Hawes, Murphy, y Nonemaker, 1991) y para gerenciar programas de rehabilitación (p. ej. Easter Seal Systems, 1988; R/COM PLUS, INC. 1994). Una de las medidas más utilizadas actualmente con propósitos clínicos, de investigación, de fijación de política pública y de documentación de la efectividad de un programa de rehabilitación es el Functional Independence Measure - FIM (Medida de Independencia Funcional), que permite recolectar datos que proporcionan a los profesionales información sobre los usuarios durante los períodos de admisión, tratamiento, salida y seguimiento. El FIM es una escala de cero a siete puntos, con 18 ítems para medir el desempeño independiente en autocuidado, control de esfuerzos, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social. De la sumatoria de los puntos de cada ítem se obtiene el rango total de calificaciones, el cual varía desde 18 (puntaje más bajo) hasta 126 (nivel más alto de independencia) (Granger y Hamilton, 1993).

Si bien el FIM ha demostrado niveles de confiabilidad y validez superficial y predictiva aceptables, su sensibilidad para documentar cambios finos y específicos en el desempeño funcional del movimiento, de la ocupación, y de la comunicación, ha sido calificada como pobre (Frattali, 1993). Ante esta ausencia de herramientas específicas en estos tres dominios, y en respuesta a la exigencia de documentar la efectividad de las intervenciones

fonoaudiológicas, la Asociación Americana de Lenguaje, Habla y Audición (1995) desarrolló el instrumento ASHA FACS (Evaluación Funcional de las Habilidades de Comunicación para Adultos). Para terapia ocupacional, Smith (1990) diseñó el *Occupational Functional Assessment Compilation Tool - OT FACT* (Compilación del Desempeño Funcional). La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (1989) creó el Sistema Terminología Uniforme. En el campo de la fisioterapia se emplean mediciones genéricas del desempeño funcional total, al tiempo que se reconoce la necesidad de desarrollar medidas específicas de la movilidad funcional.

El ASHA FACS es un instrumento, disponible en versiones de papel y lápiz, que mide la comunicación funcional a través de cuatro dominios evaluativos: comunicación social; comunicación de necesidades básicas; lectura, escritura, y conceptos numéricos; y planeación diaria. Y a través de cuatro dimensiones cualitativas: precisión, pertinencia, prontitud y calidad del intercambio comunicativo. La medida en 43 ítems se registra en una escala de 7 puntos de independencia en la comunicación. Se puede obtener una calificación más global del desempeño funcional en cada dominio de evaluación, utilizando una escala de 5 puntos de las dimensiones cualitativas de la comunicación. Los resúmenes de las calificaciones arrojan promedios y puntajes totales para los dominios y las dimensiones, al igual que perfiles de desempeño.

En lo relativo a la medición del desempeño funcional ocupacional se conoce el OT FACT (Compilación del Desempeño Funcional) desarrollado por Roger Smith (1990). Este instrumento, disponible en versiones de papel y lápiz y en software, fue diseñado para documentar de manera eficiente el desempeño de la persona. Está basado en una jerarquía de funciones que incluye: actividades funcionales, habilidades que contribuyen a integrar la función, componentes de las actividades funcionales y contexto físico y sociocultural. El OT FACT evalúa tanto el desempeño de la persona como la influencia del medio ambiente en ese desempeño.

En el campo de la fisioterapia no se encuentran medidas específicas de la movilidad funcional. Lo que se observa es la utilización de medidas globales desarrolladas para los programas de rehabilitación, como el FIM, descrito arriba. Sin embargo, la profesión es consciente de la necesidad de investigar sobre medidas específicas para documentar la movilidad funcional. Prueba

de ello es el liderazgo de los fisioterapeutas en el Instituto Nacional de Discapacidad, Rehabilitación e Investigación del Ministerio Norteamericano de Educación el cual fomenta, entre otros temas de investigación, el desarrollo de métodos más precisos para medir deficiencias, discapacidades y limitaciones sociales y funcionales (Reynolds, 1995).

También se conocen iniciativas de empresas privadas norteamericanas para desarrollar sistemas que permitan documentar los resultados de las intervenciones fisioterapéuticas. Estas propuestas se dan, en parte, en respuesta a las exigencias de rendimiento de cuentas que plantea la gerencia contemporánea en el campo de la prestación de servicios humanos. Este es el caso del software desarrollado para una corporación privada de prestación de servicios fisioterapéuticos, cuyo propósito es el de monitorear el estado funcional de los usuarios y el resultado de los tratamientos. De igual manera, proporciona elementos para la gerencia de la calidad, permite documentar la inversión en salud y derivar indicadores de costo-eficiencia para los tratamientos fisioterapéuticos (Monahan, 1995).

Aunque los anteriores desarrollos en materia de evaluación funcional de la comunicación, la ocupación y el movimiento son significativos, aún no se conoce una iniciativa conjunta de las profesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología para desarrollar medidas unificadas. La tendencia que se registra es hacia establecer relaciones entre las medidas profesionales específicas y las medidas totales de rehabilitación, como lo es el FIM. Por ejemplo, la ASHA está en conversaciones con el Uniform Data System (UDS) con el fin de negociar vínculos operativos.

Considerando que el movimiento, la ocupación y la comunicación son la vida misma, y que una discapacidad vulnera la calidad de esa vida, llama la atención que la fisioterapia, la terapia ocupacional y la fonoaudiología no hayan desarrollado medidas conjuntas que den cuenta de la efectividad de los programas de rehabilitación, definida la efectividad en términos de cómo la persona con discapacidad asume, finalmente, las experiencias y los retos de su existencia y sus obligaciones como ciudadano. Entendida así, la efectividad de los programas de rehabilitación es humanista y al mismo tiempo responde a las demandas de productividad, costo eficiencia y rendimiento de cuentas, inherentes al proceso de modernización. En últimas, aquí no se entienden estas demandas en términos exclusivamente económicos, porque cuando se

asegura la productividad, el costo-eficiencia y el rendimiento de un programa de rehabilitación, se respeta a la persona y se vela por sus derechos.

Esta concepción multidimensional de la medición de los resultados de los programas de rehabilitación va más allí de la tradicional valoración de la pérdida o anormalidad de la estructura o función anatómica o de la incapacidad para ejecutar una actividad de la manera considerada *normal*. Se adhiere a la visión de un individuo que ejecuta actividades y roles en un ambiente social, cultural y físico. Se concibe la actuación de la persona a partir de la *habilidad* y no de la discapacidad (American Occupational Therapy Association, 1995).

Uno de los retos que enfrenta la rehabilitación contemporánea, en particular en Colombia, es entonces el diseño de sistemas operacionales que den cuenta, de manera válida, de la naturaleza multidimensional de los resultados de la rehabilitación y de la complejidad de su medición. Estos sistemas deben responder las siguientes preguntas:

\* Cuál es la efectividad (resultados) del programa de rehabilitación (tratamientos fisioterapéuticos, fonoaudiológicos y ocupacionales) expresada en términos de la diferencia entre la medición inicial y la medición final del desempeño funcional para la vida?

\* Cuál es la eficiencia de los programas fisioterapéuticos, fonoaudiológicos y ocupacionales, en términos de tiempo empleado y costo para el usuario?

\* Cuál es la diferencia entre la medida de desempeño funcional para la vida tomada al finalizar el programa de rehabilitación y otra tomada tres meses después de terminado el programa de rehabilitación?

Si bien la información que se deriva de otras preguntas no forma parte del núcleo de un sistema operacional, sí haría posible obtener datos correlacionables con los indicadores nucleares del sistema. Preguntas como las siguientes serían útiles para avanzar en la caracterización de los procesos de rehabilitación y sus resultados:

\* Cuál es la frecuencia de los diagnósticos fisioterapéuticos, ocupacionales y fonoaudiológicos en una agencia de rehabilitación, para un periodo determinado?

- \* Cuál es la frecuencia de los diagnósticos médicos (Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE) asociados con la generación de discapacidad?
- \* Cuál es la proporción con que se utilizan los diferentes tipos de procedimientos (protocolos de diagnóstico y tratamiento ) fisioterapeúticos, fonoaudiológicos y ocupacionales?
- \* Cuáles son los motivos de finalización del tratamiento?
- \* Qué porcentaje de las personas se ubicá laboralmente tres meses después de terminar el tratamiento de rehabilitación?
- \* Cuál es la ubicación laboral de las personas tres meses después de terminar el programa de rehabilitación?
- \* Cuáles son las características demográficas de la población que tiene acceso a los programas de rehabilitación?
- \* Cúal es la satisfacción del usuario con los resultados del programa de rehabilitación?

### **Desarrollo de un sistema operacional en la Universidad Nacional de Colombia:**

#### **Sistema EFECT**

Frente al reto que representa el diseño de sistemas que permitan documentar la efectividad de la rehabilitación, en la Universidad Nacional de Colombia (Cuervo, Trujillo & de Villate, 1993; 1995a; 1995b) se ha venido investigando con el propósito de construir y validar un recurso conceptual y tecnológico que responda a esta exigencia.

Este recurso se denomina **Sistema EFECT: Efectividad de la Rehabilitación Fisioterapéutica, Ocupacional y Fonoaudiológica** (1995c).

A medida que las empresas promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) se convierten en la fuerza dominante del mercado y adoptan la filosofía y las estrategias de la atención gerenciada, los

programas de rehabilitación tienen la responsabilidad de demostrar su utilidad en términos del valor de las profesiones de rehabilitación y de indicadores de costo-efectividad. Además, recursos como el Sistema EFECT, que contribuyan a demostrar la productividad de los tratamientos, a reducir los costos y a documentar la efectividad, permiten a los prestadores de servicios evaluar los resultados de la atención y probar su competitividad en el mercado. De otra parte, recursos como el Sistema EFECT apoyan a los afiliados en la toma de decisiones informadas sobre las empresas que ofrecen mayores garantías de calidad en la prestación del servicio.

En el momento presente, investigaciones como ésta son prioritarias en Colombia debido a que los problemas de la discapacidad y la rehabilitación son asuntos cruciales, los cuales aún no tienen respuestas científicamente informadas. Esta prioridad ha sido reconocida por el Departamento Nacional de Planeación (CONPES, 1995). Propuestas investigativas como el Sistema EFECT se inscriben en el Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud (COLCIENCIAS, 1991) y sintonizan con las metas y estrategias del Plan Nacional de Atención a la Discapacidad (Vicepresidencia de la República, 1995).

El aporte del Sistema EFECT representa un avance en el estado del conocimiento científico y tecnológico respecto a:

1. La comprensión de los programas de rehabilitación en términos de desempeño funcional para la vida y la validación de este constructo para medir la efectividad de los tratamientos fisioterapéuticos, ocupacionales y fonoaudiológicos en Colombia.
2. La generación de un producto tecnológico para determinar la efectividad de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica (Sistema EFECT), expresado en: (a) la versión de papel y lápiz y (b) un programa para computador (software), avances hasta ahora inexistentes en Colombia. En el mediano plazo, este recurso refinará significativamente el proceso de monitoreo, toma de decisiones, y control respecto a los programas de rehabilitación para las personas con discapacidades, incluyendo la determinación del rendimiento de las inversiones.

Este aporte científico y tecnológico en el campo de la discapacidad y la

rehabilitación: (a) fomenta el desarrollo del conocimiento y la innovación tecnológica en la región teórico práctica de la discapacidad física, sensorial y psíquica como evento individual, social, cultural y económico; y (b) concibe los procesos de rehabilitación como potenciadores del capital humano de las personas discapacitadas, un grupo minoritario altamente vulnerable de toda sociedad.

En el largo plazo, el Sistema EFECT permitiría la instalación de una red de telecomunicaciones que enlace instituciones de rehabilitación en Santafé de Bogotá y otras regiones del país. El producido de información de esta red conduciría eventualmente a la creación de una base nacional de datos sobre la efectividad de los programas de rehabilitación para las personas con discapacidades, incluyendo la determinación del rendimiento de las inversiones. Los resultados de esta investigación complementarán los aportes de otros proyectos en el área de la discapacidad y la rehabilitación en el país, como es el Sistema de Información sobre Discapacidad en Colombia (Consejería Presidencial de Política Social, 1995).

Los productos de información que arrojará el sistema sobre la efectividad de los programas de rehabilitación, alimentarán diversas líneas de investigación en discapacidad y rehabilitación, incluyendo análisis sofisticados sobre los tipos de procedimientos de rehabilitación más efectivos y costo-eficientes, según discapacidades, entre otros.

Como resultado indirecto de la puesta en marcha del sistema EFECT se promoverá, al interior de las profesiones, la forja de una cultura del mejoramiento continuo de la calidad:

- a) Que reconozca el beneficio social y económico que generan los programas de rehabilitación. En esencia, este beneficio se entiende como ganancia de inversión en capital humano, representada en la recuperación de años de vida productiva y satisfactoria para las personas discapacitadas. La inversión social es una filosofía del Estado moderno.
- b) Que impulse la autoevaluación en el ejercicio de las profesiones de rehabilitación, especialmente en la fisioterapia, la terapia ocupacional y la fonoaudiología. Esta autoevaluación conducirá inevitablemente a mejorar la

calidad de los servicios, a través de la aplicación de estándares de acreditación, de conformidad con lo dispuesto en la ley de seguridad social en salud.

c) Que entienda que la discapacidad no es un evento autónomo que marca al individuo; más bien, es una condición que resulta de una limitación real de la persona, agravada o aminorada por la sociedad.

En conclusión, los productos de esta investigación son importantes para el Estado, para la sociedad colombiana en general, y para los usuarios de información en rehabilitación, en particular, porque contribuirán a: (a) determinar la efectividad de los programas de rehabilitación; (b) ofrecer herramientas para estimar el beneficio económico y en calidad de vida, resultante de la inversión en programas de rehabilitación. Todos estos beneficios se relacionan con una meta ineludible: **la calidad de la atención.**

Metodológicamente, el sistema EFECT se viene desarrollando a través de las siguientes etapas:

- 1) Selección de los campos de datos y los indicadores para el Sistema: (a) a partir de un universo de posibles campos de datos identificados en la literatura sobre medición de la efectividad de los programas de rehabilitación; (b) compatibles con una concepción de proceso: entrada, intervención, salida y seguimiento; y (c) sensibles a la realidad sociocultural y económica colombiana y al estado de desarrollo de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica en el país.
- 2) Obtención de validez de contenido y confiabilidad interevaluadores, a través de un juicio de expertos, un estudio piloto y un estudio de campo del Sistema EFECT en instituciones de rehabilitación de la ciudad de Santafé de Bogotá.
- 3) Determinación de validez social del Sistema EFECT, a través de una encuesta a los consumidores o sea la persona con discapacidad, los miembros de la familia, los amigos y otras personas que atienden a la persona con discapacidad. La encuesta explorará la pertinencia de los campos de datos/

indicadores para el desempeño funcional de la persona en su ambiente natural.

4) Estimación de la usabilidad del Sistema EFECT, a través de un cuestionario diligenciado por los profesionales participantes en el estudio piloto y el estudio de campo. Las preguntas versarán sobre la claridad y la sencillez de las instrucciones para la administración y la calificación del sistema. También indagarán sobre la sensibilidad de los ítems a la edad, género, etnicidad, nivel socio económico, diferencias culturales y tiempo de aplicación.

En conclusión, este artículo reconoce que la discapacidad es un problema de magnitud creciente en la sociedad colombiana y que las profesiones de rehabilitación tienen la responsabilidad de documentar su efectividad en la reducción del impacto de la discapacidad. La efectividad puede ser medida a través de: la dimensión fiscal, los resultados clínicos, el desempeño funcional, la satisfacción del consumidor, la calidad de vida y las relaciones costo-efectividad. En cuanto al desarrollo de sistemas operacionales para medir la efectividad de la rehabilitación, se puede decir que Colombia muestra un atraso significativo con respecto a otros países. Una respuesta a este atraso de la rehabilitación colombiana, es el diseño y validación del SISTEMA EFECT, en la Universidad Nacional de Colombia. El SISTEMA EFECT medirá la efectividad de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica, a través del **desempeño funcional para la vida**. Este desempeño se concibe aquí, como la integración armónica del movimiento, la comunicación y la ocupación, dimensiones esenciales para la satisfacción de las necesidades de la persona, de manera autónoma y en armonía con el contexto familiar, social y laboral.

## REFERENCIAS

- Albrecht, G. L. (1992). The Disability Business. Newbury Park: Sage Publications. CA 91320
- American Occupational Therapy Association, (1995). Position Paper: Occupational Performance: Occupational Therapy's Definition of Function. **American Journal of Occupational Therapy**, 49 (10), 1019-1020.
- American Occupational Therapy Association (1989). Uniform Terminology for

Occupational Therapy - Second Edition. **American Journal of Occupational Therapy**, 43 (12), 808-815.

American Physical Therapy Association (1995). **Coding and payment guide for the physical therapist**. Reston, VA: St. Anthony Publishing Inc.

American Speech-Language-Hearing Association (1987). Classification of Speech-Language-Pathology and Audiology Procedures and Communication Disorders. **Asha**, 29, 12, 49-53

American Speech-Language-Hearing Association (1995). ASHA FACS A Functional Outcome Measure for Adults. Rockville, MD: El Autor.

Carey, R. G. y Posavac, E.J. (1982). Rehabilitation Program Evaluation Using a Revised Level of Rehabilitation Scale. (LORS - II). **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 63, 367-376.

COLCIENCIAS. (1991). Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología: Instrumentos Jurídicos. Santafé de Bogotá: COLCIENCIAS y Departamento Nacional de Planeación

CONPES (1995, enero). **Documento No. 2761**. Santafé de Bogotá. Departamento Nacional de Planeación.

Consejería Presidencial de Política Social (1995). **Sistema Nacional de Información sobre Discapacidad**. Documento técnico UIS-049.95. Santafé de Bogotá: Universidad Javeriana.

Cuervo, C., Trujillo, A., de Villate, M. (1993) Modelo básico de información en rehabilitación (MBIR). **Revista de la Facultad de Medicina**, Universidad Nacional de Colombia. 41(3), 131-134.

Cuervo, C., Trujillo, A., de Villate, M. (1995a, julio). **Comprensión Pública de la Discapacidad y la Rehabilitación**. VII Congreso de Especialidades Clínicas y Ciencias Básicas Asociación de Exalumnos de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá.

Cuervo, C., Trujillo, A., de Villate (1995b). Comprensión Pública de la Discapacidad. **Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia**. Santafé de Bogotá. En prensa.

Cuervo, C., Trujillo, A., de Villate (1995c, septiembre). Efectividad de la Rehabilitación Fisioterapéutica, Ocupacional y Fonoaudiológica. Proyecto presentado a COLCIENCIAS. Santafé de Bogotá.

Easter Seal Systems (1988). **Rehabilitation manager version 2.0 sql**. Chicago, Illinois.

EL TIEMPO (1994). Niños con limitaciones, educación sin límites. **ELTIEMPO**, Educación, enero 11, p. 14a.

Frattali, CM (1993). Perspectives on functional assessment: its use for policy making. **Disability and Rehabilitation**, 15(1), 1-9

Frattali, CM; Thompson, CM; Holland, AI; Wohel, CM y Fercketie, M (1995). ASHA FACS. A functional outcome measure for adults. **ASHA**, (37), 40-46

Fidler, G.S. y Fidler, J.W. (1978). Doing and Becoming: Purposeful Action and Self-Actualization. **The American Journal of Occupational Therapy**, 32, (5), 305-310.

Formations in Health Care, (1991). **Restore Program Evaluation for Outpatients Rehabilitation Program**. Chicago IL: Formations in Health Care , Inc.

Granger, CV y Hamilton, BB (1994). The uniform data system for medical rehabilitation report of first admissions for 1992. **American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, 51-56.

Harvey, R.F. y Jellinek, H.M. (1981). Functional Performance Assessment: A Program Approach. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 63, 43-52.

Heinemann, A.W. (1989). **Rehabilitation Institute of Chicago-Funtional Assessment Scales - Revised**. Chicago IL: Rehabilitation Institute of Chicago.

Majumder, R.K.; Grever, K.B. y Palomba, N.A. (1978). Benefit-cost analysis in vocational rehabilitation: a simplified approach. Monograph series M12. West Virginia Research and Training Center: Morgantown.

Ministerio de Salud (1994). **Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas - Colombia, 1993**. Santafé de Bogotá: Editorial carrera 7a.

Ministerio de Salud (1995). **Discapacidad y minusvalidez, situación, políticas y estrategias en Colombia**. Documento multicopiado. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud.

Monahan, B. (1995). Managing under managed care. **PT Magazine of Physical Therapy**, 3, 7, 38-47.

Morris, J.R., Hawes, C, Murphy, K, Nonemaker S. et al. (1991). **Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening (MDS): Training Manual and Resource Guide**. Natick, MA: Eliot Press.

Radomski, M.V. (1995). There is more to life than putting on your pants. **American Journal of Occupational Therapy**, 49 (6), 487-490.

R/COM PLUS, INC.(1994). **Software for medical rehabilitation facility resource & program management**. Program Evaluation Software version 2.2. Seattle, West Virginia.

Reynolds, J.P. (1995). What is the outcomes movement. **PT Magazine of Physical Therapy**, 3,7, 49-52; 67-68.

Smith, R.O. (1990). Administration and Scoring Manual. OT FACT (Occupational Therapy **Functional Assessment Compilation Tool**) Rockville, Maryland: The American Occupational Therapy Association, Inc.

State University of New York (1993). Uniform Data System for Medical Rehabilitation. Buffalo, New York.

Vicepresidencia de la República (1995). La Discapacidad Un Problema de Todos Plan Nacional de Atención a la Discapacidad. Imprenta Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá.

# **TECNOLOGIAS EN REHABILITACION UN ESCENARIO DE ACCION PARA TERAPIA OCUPACIONAL**

KARIN GARZON DIAZ

T.O U. Del Rosario.

Docente Escuela Colombiana de Rehabilitación

Aspirante al título de Magister en Desarrollo Educativo y  
Social CINDE- U. Pedagógica Nacional

*La Vida es como un arca inmensa llena de posibilidades,  
es también como un enorme río lleno de oportunidades.*

*No es aventurado esperarlo todo.*

AMADO NERVO

Terapia Ocupacional, ha sido una disciplina usualmente interesada en los procesos ocupacionales del hombre y si bien históricamente ha crecido en sus paradigmas de acción, en Colombia nos hemos constituido en usuarios de un conocimiento foráneo (16), que muchas veces responde a contextos ajenos a nuestra realidad nacional y es asumido de igual manera en nuestro medio.

Por supuesto esta actitud no es gratuita, por que obedece a los procesos de formación universitaria, en donde la educación superior se ha centrado más en los intereses de los *procedimientos que en los intereses por los fundamentos* (11).

De ahí, que si el estudiante o profesional de cualquier disciplina o profesión se apropiá del núcleo fundamental de saberes y de formas de operar dentro de ella, podrá, de manera relativamente fácil, reconocer lo que es propio de ella ( y lo que no) y lo que se constituye en un avance de conocimiento y por lo tanto le será posible enfrentar la tensión que crea la aparición de nuevos saberes y prácticas, reorientando, si es necesario, su propia práctica a partir de ellos (6).

Con base a lo anterior, se puede inferir que la intención investigativa cobraría mayor sentido en las prácticas profesionales, por que el conocimiento no se enmascararía en el telón del objetivismo desde el punto de vista explicativo y predictivo y lejano de una realidad cotidiana; sino por el contrario el quehacer subjetivo de cada profesional estaría enmarcado desde la intención de construir realidades a partir de la comprensión e interpretación no solo de las suyas propias sino de los sujetos a los que diariamente se ve enfrentado como posibilitador de su bienestar ocupacional.

En la educación superior, el problema no es que se aprenden pocas cosas, sino que con mucha razón argumentado por Salomón Kalmanovitz (10) es que existe excesiva y temprana especialización. Generando como resultado profesionales que desconocen el proceso del conocimiento y del contexto y con dificultades para dialogar con otras disciplinas; por tanto, se aboga entonces por la fundamentación y contextualización, para desarrollar la iniciativa y la creatividad, la humanización y culturación.

De ahí que el principal interés del Terapeuta Ocupacional, no se convierta en la aplicación de determinados procedimientos en diferentes condiciones, sino de intentar acceder a las lides del sentido de la competencia humana.

Pues muchas veces, negamos la voluntad de acción de nuestros usuarios, por pretender resolver a partir de nosotros mismos y de nuestras realidades sus necesidades e intenciones. Y por tanto, olvidamos que pese a la existencia de procedimientos tipo pueden existir otras alternativas, que procuran posibilitar la autonomía personal, de acuerdo a condiciones propias de vida.

De ahí, que con el intento de la «normalización» de discapacidades, se pierda en muchas ocasiones la razón de ser de la rehabilitación. Por que como tal, la tecnología hay que estudiarla a la luz que proyecta una perspectiva histórica en relación al movimiento de lo social y no solo desde el punto de vista de innovación tecnológica.

Así, el referente de la acción humana será el mismo hombre, con las consecuentes repercusiones sociales. Por tanto, las *Tecnologías en Rehabilitación*, se constituyen en una de esas alternativas en procura de la autonomía de las personas con discapacidad.

Este es el sentido con el que pretendo desarrollar la intención de las tecnologías de rehabilitación, pensadas no como abastecedoras o suplidoras de funciones inexistentes, sino como una herramienta que hace del profesional, un facilitador del acceso al mundo de la interacción y autonomía humana.

De esta manera, si logramos la consolidación de comunidades académicas y científicas, con una mayor apropiación de los problemas nacionales, considero que estaremos contribuyendo a la endogenización de la ciencia y la tecnología.

En Colombia, el fomento de la investigación científica y tecnológica, consignado en los artículos 70 y 71 de la constitución es la oportunidad de gestionar acciones a la luz de la tecnología, lo cual implica profundos cambios culturales e institucionales para que a través de estos las personas con limitaciones tengan acceso a una sociedad, a una apropiación social, que enfatiza por supuesto, la estrecha relación que debe existir entre ciencia y cultura.

## **DEL AYER AL HOY**

Desde la era de piedra, el hombre ha hecho uso de utensilios y herramientas que hacían posible su interacción con el entorno y así mismo desarrollar habilidades de supervivencia. Entre ellos tenemos el invento de la rueda, el cual en la actualidad se mantiene.

Así mismo se encontraron animales sin cuernos; estos cuernos eran utilizados para ampliar las voces con un tono más alto y ayudaban a compensar limitaciones auditivas. Hoy son circuitos electrónicos pequeños, disponibles hace aproximadamente 20 años. Sin embargo, se ha encontrado que las ayudas auditivas fueron patentadas en 1890 y su principal función de amplificar el sonido no ha cambiado con el transcurrir de los años. En esa época los aparatos eran pesados y producían una baja fidelidad. Pero desde la utilización de los cuernos y las ayudas auditivas de 1890, en los últimos 100 años los avances teóricos e investigativos en el área han cambiado dramáticamente.

También durante la Segunda Guerra Civil en los Estados Unidos, grandes progresos fueron hechos en el desarrollo de prótesis, especialmente para miembros inferiores, para los lesionados de Guerra por amputaciones;

Parmelee en 1863 desarrolló el primer accesorio para el acoplamiento entre los miembros amputados y las prótesis. Sin embargo los materiales han cambiado, hoy las prótesis están compuestas de metal y plástico mientras que en la época de Parmelee eran construidas en madera y cuero.

En lo referente a la aplicación de las Tecnologías en Rehabilitación, no se han encontrado investigaciones hasta hace 15 años aproximadamente. El documento sobre la revolución electrónica fue la razón del principal avance, siendo el computador el principal vehículo para que se produzcan tales avances (4).

De ahí, el principal cambio ha sido el desarrollo del microprocesador, que resultó en la reducción del tamaño (de una sala completa de electrónica a un aparato del tamaño de una máquina de escribir), reducción de costos (accesible a un individuo), e incremento en las capacidades funcionales.

Desde 1960 los terapeutas empiezan aplicando sus filosofías terapéuticas y destrezas para aquellos niños con problemas en el desarrollo, y a buscar alternativas de integración y accesibilidad en esta población; haciendo uso de dispositivos, dentro del sistema escolar para garantizar una mayor independencia en niños con limitaciones ortopédicas quienes participaban en programas de educación especial.

De esta manera los programas terapéuticos en educación especial fueron abalados por la legislación Federal Americana, al evidenciar que la población en edad escolar se beneficiaba de dichos servicios. Por tanto, el currículo de las disciplinas hizo especial énfasis en el desarrollo infantil y la inclusión de "Tecnología" para la intervención con niños en diferentes comunidades.

De esta manera, las metas que se proponían a través del uso de la tecnología estaban referidas al mejoramiento de destrezas motoras, funciones sensorio-integrativas, habilidades de la vida diaria, mejoramiento de la función a través del uso de equipo adaptativo y otros aparatos, mejoramiento de la autoimagen, autoconcepto y otros relacionados con la prevención.

Desde 1976 con la ley pública 94 - 142, se inicia a reportar las características u oportunidades educativas que tienen que ser objeto de la participación activa de los niños con discapacidades. Haciendo referencia al desarrollo e implementación de programas que incrementen las posibilidades educativas de acuerdo a las necesidades individuales de cada niño.

Vemos entonces que desde hace aproximadamente 20 años, las intenciones terapéuticas comienzan a conjugarse con las realidades educativas de las personas; de ahí que la interdisciplinariedad cobre un papel preponderante en el comportamiento ocupacional de los sujetos. Pues muchas veces por temores y debilidades profesionales, preferimos realizar «tratamientos» a puerta cerrada para evitar confrontaciones con otros profesionales. Negando de antemano, nuestra posibilidad de acción en espacios reales con sentido y seguridad para la realidad de nuestros usuarios. Por que es a partir de estas realidades donde como profesionales de la ocupación, podemos dar respuestas assertivas al desarrollo de estas personas (7).

De esta interdisciplinariedad, es que se avala el proceso de intervención con las Tecnologías en Rehabilitación, pues a través del intercambio de saberes en contextos reales se encuentran soluciones para la vida de las personas con discapacidad.

Este es el caso de un niño de cinco años con Parálisis Cerebral, que dentro de su contexto educativo (aula de clase por ejemplo), participan interactivamente, el pedagogo, el ingeniero de rehabilitación, el terapeuta ocupacional y el fonoaudiólogo entre otros; buscando entre todos posibilidades de desempeño ocupacional de este niño en su proceso de aprendizaje. Y no por el contrario, escindir el «tratamiento del niño» a una sumatoria de procesos terapéuticos en momentos diferentes de la vida cotidiana de este. Sin embargo, pese a existir antecedentes del uso de la tecnología en programas de educación especial, en una encuesta realizada respecto a las principales actividades que ejercían los terapeutas en el sistema escolar y en instituciones de rehabilitación, se refieren a que los terapeutas orientaban su acción profesional a aspectos eminentemente terapéuticos sin establecer relación directa dentro de los procesos de aprendizaje escolar y sin referir a la tecnología como elemento clave en la equiparación de oportunidades.

De acuerdo a lo anterior se ha visto como a través de la tecnología puede alcanzarse niveles de competencia de un sujeto carente de habilidades motoras y sensoriales, y es aquí donde la tecnología ocupa un papel protagónico, porque con su aplicación se disminuirían las barreras de participación de un sujeto con limitaciones dentro de su contexto.

Con el término de Tecnologías de Rehabilitación, se empieza a pensar a partir de 1987, siendo terapia ocupacional una de las disciplinas que siempre ha estado ligada a la tecnología, como en el diseño de aparatos o ayudas para el fomento de la independencia en las actividades de la vida diaria.

A partir de este momento, se comienzan a gestar mayores trabajos investigativos en el área y a constituirse las primeras especializaciones y masters en el área.

De ahí que los procesos de tecnología computacionales o no, se hayan convertido en una herramienta más para el avance científico y de desarrollo humano (15).

El papel de la Tecnología en los procesos de Rehabilitación ha estado mediado por la ejecución humana y puede ser definida como el resultado de un conjunto de acciones que se llevan a cabo para satisfacer un objetivo de acuerdo a una conducta esperada (4).

Sin embargo Cook & Hussey (4), citan la importancia de diferenciar entre la conducta humana y la ejecución humana. La conducta humana la definen como el conjunto de acciones que asume en dado caso un sujeto a consecuencia de sus limitaciones, mientras que la ejecución, la definen como aquella acción que lleva implícito un propósito. Por ejemplo, un niño con parálisis cerebral puede tener afectado el movimiento voluntario de sus cuatro extremidades y además tiene dificultades para expresarse gestualmente, (Conducta). Pero puede contar con la posibilidad de un tablero de comunicación, a través del cual puede llevar a cabo un proceso de comunicación exitoso, (Ejecución).

Así mismo, de acuerdo a lo citado por Goodman (1988), la tecnología debe proporcionar alternativas para que un sujeto cuente con posibilidades de expresión como un todo integrado y es fácilmente utilizable si se mantiene dentro de ambientes reales y naturales, si es sensible, si es interesante y si tiene utilidad social.

Por otro lado, uno de los principales temores de nosotros como colombianos

y como país en vía de desarrollo, es acerca de los costos de la tecnología, por que consideramos que tecnología es todo aquello computarizado, sistematizado, por que no decirlo, algo completamente inaccesible a nuestras condiciones; pero olvidamos que al hacer uso cotidiano del velcro, de retal de madera, de retazos de tela, de palos de paleta, entre otros; estamos haciendo uso también de tecnología, considerada como *baja tecnología*, pero al fin y al cabo.....tecnología y como tal se constituye en un punto de partida importante para el desarrollo de tecnologías más avanzadas.

Consideremos entonces, que sería de nuestro porvenir, si pensaramos que al realizar una adaptación, por sencilla que esta sea, estamos haciendo uso de la tecnología? A partir de estas creaciones e innovaciones y con comunicación interdisciplinaria (9), se consolidarían intentos cada vez más significativos en búsqueda del bienestar ocupacional de nuestros sujetos de intervención (9). En el desarrollo de estrategias para el favorecimiento *de la comunicación, el control, la movilidad y la orientación*.

No es de negar que nuestra sociedad está sumergida en la era de la informática (Naisbitt & Aburden, 1990; Toffler, 1981), esas tecnologías de información se forman de lugares comunes incluyendo el hogar, la escuela, el trabajo y ambientes recreacionales. La habilidad para acceder y hacer uso de las tecnologías de información han comenzado a hacer parte de una actividad significativa y de la ocupación humana.

Para definir el marco de referencia de las tecnologías en rehabilitación se pretende redimensionar el sentido de lo tecnológico en la vida de los sujetos beneficiarios de la misma, teniendo en cuenta elementos indispensables para la interacción con el mundo.

Cook y Hussey (4) proponen los siguientes tres elementos como modelo de ejecución humano, a través del uso de la Tecnología: EL HOMBRE, LA ACTIVIDAD Y EL CONTEXTO.



### **MODELO DE EJECUCIÓN HUMANA TOMADO DE COOK & HUSSEY, ASSISTIVE TECHNOLOGY (Pág 50)**

De esta manera se pretende demostrar como la tecnología puede ser incorporada en el modelo básico de ejecución así:



### **TOMADO DE COOK & HUSSEY, ASSISTIVE TECHNOLOGY (Pág 50)**

Con cada uno de los anteriores elementos se pretende brindar complementariedad de uno respecto al otro.

## ACTIVIDAD

En la actividad, elemento fundamental del proceso, es a partir de la cual se representan los resultados funcionales de la ejecución humana. Estas son llevadas a cabo como parte de la vida diaria, son necesarias para la existencia humana, pueden ser aprendidas y están influenciadas por la sociedad y la cultura en donde vivimos.

De acuerdo con la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), las actividades pueden ser categorizadas dentro de tres áreas básicas de ejecución:

1. Autocuidado,
2. Trabajo y estudio,
3. Juego y ocio.

Las actividades de autocuidado incluyen vestido, higiene, alimentación, comunicación, expresión sexual y movilidad. Dentro de las actividades de trabajo/estudio, se encuentra el manejo de las actividades del hogar, actividades educativas, actividades vocacionales y el cuidado de otros. El área de juego y ocio incluyen actividades relacionadas con la autoexpresión, diversión o relajación. Aunque algunas actividades son específicas de un área, otras pueden ser comunes a las tres áreas.

De tal manera que las actividades que un individuo ejecuta diariamente están determinadas por los roles de la vida. Christiansen (Citado por Cook & Hussey Pàg 52), define los roles como la "posición distintiva dentro de la sociedad, cada cual cuenta con un status definido y expectativas específicas de comportamiento".

Para la tecnologías en rehabilitación la actividad se constituye como el mecanismo a través del cual se viabiliza y se da sentido a la cotidianidad de cada sujeto beneficiario de dicha intervención.

## EL HOMBRE

Es el sujeto con alguna discapacidad el encargado de operacionalizar este sistema, a través de acciones intrínsecas que pueden categorizarse en: inputs sensoriales, procesamiento central y respuestas de orden motor.

Así, las respuestas o resultados de la interacción de estos mecanismos son: la comunicación, movilidad, orientación y manipulación.

A fin de lograr este nivel de respuestas, las tecnologías en rehabilitación no pretenden reemplazar las funciones perdidas o no desarrolladas, sino posibilitar la autonomía y ayudar a la función, por ejemplo, la silla de ruedas no reemplaza el patrón de marcha pero sí ayuda a la movilidad.

## CONTEXTO

Es considerado como el lugar donde la actividad es llevada a cabo, e incluye cuatro principales consideraciones: *circunstancias* (en el hogar, en el trabajo, en la comunidad), *contexto social* (con pares, con extraños), *contexto cultural* y *contexto físico* medido por la temperatura, humedad, luz, entre otros.

Usualmente, la consideración de los contextos donde son llevadas a cabo las actividades son frecuentemente olvidados cuando de tecnología se trata. Sin embargo el contexto se convierte en un factor determinante en el éxito o en el fracaso del sistema de tecnologías de rehabilitación. (4).

Dentro de las áreas relevantes a tener en cuenta en las tecnologías de Apoyo están:

1. Movilidad
2. Posicionamiento de equipo móvil y no móvil
3. Ayudas Educativas Adaptadas
4. Acceso y adaptaciones al computador
5. Actividades de la Vida Diaria
6. Adaptaciones al trabajo
7. Accesibilidad y diseño ambiental
8. Adaptaciones al equipo de juego o recreación.

El tipo de discapacidades que podrían verse beneficiadas con el uso de estos servicios son entre otras:

- a. Discapacidades Congénitas como Parálisis Cerebral, Sordera Severa

y Profunda, Sordoceguera, Autismo, Afasia del Desarrollo, Apraxia del Desarrollo.

b. Discapacidades Adquiridas como Traumatismos Craneales, Tumores Cerebrales, Accidentes Cerebrovasculares, Lesión Medular, Pacientes con Laringotomía, entre otros.

c. Enfermedades Neurológicas Degenerativas, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerosis Múltiple, Distrofia Muscular, Enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington, Sida.

d. Discapacidades Temporales, Traumas, Cirugías, Conmoción, Traqueotomía, Laringotomía, Quemaduras, Guillán Barré, Síndrome de Reyes.

## **COLOMBIA Y LA DISCAPACIDAD**

En el año de 1995 el gobierno nacional proclama el "EL PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD" Orientado al mejoramiento de la calidad de vida de esta población, y el logro de su integración social y económica (5).

En este plan se favorece la participación de los discapacitados, sus familias y la comunidad.

Por tanto las Tecnologías de Rehabilitación se constituyen en una de las alternativas donde las personas intereresadas en cualificar los estilos de intervención en personas con discapacidad, dan un sentido productivo a las condiciones que caracterizan este tipo de población, a través de la estructuración de programas e investigaciones en donde el recurso nacional como la creatividad, la capacidad de innovación y la posibilidad de comunicación y acción interinstitucional cobran relevancia para conformar equipos interdisciplinarios donde se conjuguen un conjunto de saberes en beneficio de las personas con algún tipo de limitación.

La intención gubernamental está, pero las condiciones deben ser construidas, a partir de necesidades individuales y poder financiero que se requiere para

que se puedan constituir equipos de trabajo dedicados a este ámbito de la Rehabilitación.

Este trabajo mancomunado también lo refiere el PLAN DE ATENCION A LA DISCAPACIDAD, porque según los antecedentes el trabajo orientado a la discapacidad no contaba con ningún tipo de coordinación lo cual no era relevante para determinar la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios hasta el momento desarrollados.

Así mismo, a partir de la Constitución Política de Colombia (1991), se prioriza la atención a la discapacidad a través de sus artículos 13, 42, 47, 54 y 68, en donde se definen políticas generales que permitan coordinar acciones integrales multisectoriales orientadas hacia la equiparación de oportunidades.

Como se ha podido determinar, la "equiparación de oportunidades" es el principal derrotero del sentido de la Rehabilitación. Pues aquel discapacitado susceptible de la optimización de sus capacidades residuales y además cuente con una óptima Rehabilitación Profesional puede acceder al mundo laboral de manera competente y productiva.

Pero aquel sujeto con alguna discapacidad congénita o adquirida, de pronóstico, muchas veces no el mejor, que está destinado a ir perdiendo sus capacidades progresivamente o que muchas veces el equipo profesional no interprete de la mejor manera sus necesidades y por tanto sea sometido a tratamientos convencionales, (que si bien pueden ayudar al mantenimiento de funciones, pero asegurando por se la dependencia de otros.), está siendo privado de conocer el mundo de la autonomía, que pese a su nivel de dependencia, lo puede lograr. Y ese logro de acción con sentido puede ser alcanzado a través del uso de la tecnología.

Con las Tecnologías en Rehabilitación estos sujetos no solo pueden optimizar su capacidad cognitiva, de movilidad, de orientación; sino que se convierte en un medio a través del cual pueden interactuar de manera dinámica con el mundo de la vida.

Con base a lo anterior, podemos visualizar una de las maneras de dinamizar los Planes de Desarrollo del Gobierno como el Plan Nacional de Atención a la Discapacidad con las pretensiones científicas, educativas y de desarrollo en

general, propuestas en el documento Misión de Ciencia y Tecnología (6). Porque si bien las Tecnologías en Rehabilitación no son un fin en sí mismo, si pueden convertirse en uno de los mecanismos en donde los espacios clínicos, académicos, laborales y sociales se conviertan en espacios propios para las personas con discapacidad y así puedan lograr ese nivel de comunicación e interacción con otros. De ahí que la competencia se suceda a partir del sistema relacional y como tal evaluado desde una perspectiva interpersonal (14).

De tal manera el sentido de la ciencia puede ser concordante con las pretensiones del uso de las Tecnologías en Rehabilitación, porque al ser entendida como una forma de adquirir conocimientos orientados a comprender, explicar y transformar tanto al ser humano como al entorno que habita (6), la búsqueda de medios alternativos o aumentativos que posibiliten en los seres humanos privados de alguna función física o sensorial están posibilitando que puedan acceder a esa comprensión, explicación y transformación (acción) de sus propios ambientes.

Y por otra parte, para el investigador interesado en el área, las Tecnologías en Rehabilitación no están determinadas per se, por tanto el análisis de los contextos, de las necesidades, de las oportunidades, juegan un papel protagónico en cuanto al diseño o implementación de Tecnologías en Rehabilitación se refiere, que permita acceder a esa comprensión, explicación o transformación de los estilos de vida de las personas con discapacidad.

#### **PARA SABER ALGO MAS.....**

1. BASIL, C. Comunicación Aumentativa, colección Rehabilitación, INSERSO, España, 1988
2. BATES, P. SPENCER, J. Assistive Technology and de Newly Disabled Adult. AJOT Vol 47 No. 11 Nov 1993.
3. BERBEO, M. Innovación Tecnológica y Transformación Cultural. Revista Telos No. 9. Madrid, 1987
4. COOK, A. HUSSEY, S. Assistive Technolgy, Principles and Practice. Ed. Mosby 1995.

5. COLOMBIA, La Discapacidad, Un Problema de Todos. PLAN NACIONAL DE ATENCION A LA DISCAPACIDAD, Vicepresidencia de la República 1995
6. COLOMBIA, MEN. Misión de ciencia y tecnología. Programa de desarrollo científico y tecnológico para Colombia 1990
7. GILFOYLE, E. HAYS, C. AJOT, Vol 33 No. 9 Sep 1979.
8. HALL, M. Unlocking Information technology, AJOT Vol 41 No. 11 Noviembre 1987
9. HAMMEL, J. SMITH, R. The Development of Technology Competencies. AJOT Vol 47 No. 11 Nov 1993.
10. KALMANOVITZ, S. La encrucijada de la sin razón. Ed. Tercer Mundo, Santa Fe de Bogotá, 1989
11. MISAS, G. «La apertura educativa; como por salir del paso». En Estrategia económica y financiera, Santa Fe de Bogotá 1992.
12. MOCKUS, A. «La Misión de la universidad»ICFES, Memorias de eventos científicos colombianos No. 58, Santa Fe de Bogotá 1987
13. POST, K. The effects of Word Prediction on Typing Speed. AJOT Vol 47 No. 13 Nov 1993.
14. PRUTTING, C. Pragmática como Competencia Social. Universidad de California.
15. SMITH, R. Computer Assisted Functional Assessment and Documentation. AJOT Vol 47 No. 11 Nov 1993
16. TRUJILLO, A. «La Terapia Ocupacional Hacia el Siglo XXI». En la Revista Ocupación Humana Vol 5 No.1 1993.
17. VANDERHEIDEN, G. Service Delivery Mechanism in Rehabilitation Technology, AJOT, Vol 41 No. 11 Noviembre 1987

# **TRABAJO Y EDUCACION EN LAS CARCELES COLOMBIANAS**

**ANA MARIA GOMEZ G.**  
*Terapeuta ocupacional.  
Lic. Pedagogía y Admón. Educativa  
Mag. Educación  
Profesora Asistente  
Universidad Nacional de Colombia*

**DORA INES MUNEVAR M.**  
*Terapeuta de Lenguaje, Abogada  
Mag. Sociología de la Educación  
Profesora Asociada  
Universidad Nacional de Colombia*

## **INTRODUCCION**

La vida en las cárceles es la muestra de las políticas punitivas y de control asumidos por el Estado, medidas establecidas y organizadas por la sociedad; aspectos determinantes en los procesos de resocialización.

Acercarse a la práctica estatal a partir del contexto carcelario, es esencial si se quiere comprender la realidad del mencionado proceso. Los datos suministrados por un grupo de personas evidenciaron la forma de materializar la función punitiva del Estado Social de Derecho, además que muestran la realidad social y la realidad de la vida cotidiana de los internos.

En este artículo se discute la importancia de la influencia del trabajo, el estudio, la enseñanza y las actividades artísticas, deportivas, literarias, así como la participación de internos en comités, como factores relevantes dentro del proceso de resocialización, comprendida esta como la reincorporación social de las personas que han sido marginadas de la sociedad por razones históricas, sociales e individuales.

## LA OCUPACION Y EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Una forma de estudiar las condiciones socio-ocupacionales se hace de partir del concepto de desempeño ocupacional, entendido como un evento social producido en unas condiciones ambientales determinadas. Esto quiere decir, que el desempeño ocupacional potencia el desarrollo humano y tiene como finalidad la realización del individuo como miembro de un grupo social, cuya transformación se refleja en las acciones y situaciones ocupacionales.

En la medida en que se relacionan las exigencias originadas por las demandas ocupacionales y las condiciones cognitivas, sensoriales, neurológicas, sociales y afectivas que manifiesta la persona, la ocupación adopta una forma de autocuidado, juego o trabajo. Este planteamiento es un criterio válido en la medida en que tales condiciones son la base de la explicación de las situaciones socio-laborales y del desempeño ocupacional. Este «involucra el actuar de hombres y mujeres motivados por sus propias necesidades. Tales necesidades tienden a ser satisfechas a través de ejecuciones ocupacionales que se hallen de acuerdo con su nivel de desarrollo y en estrecha relación con las posibilidades del medio ambiente.»<sup>1</sup>.

Un enfoque de dichas características resalta los beneficios de la ocupación en pro de la realización humana y el bienestar del individuo, cuya participación en comunidad se ha visto alterada debido a una responsabilidad penal ante la sociedad.

## LA FUNCION DE LA PENA

La pena como forma de control social es uno de los elementos con los que cuenta el Estado para imponer sus normas jurídicas, a quienes atentan contra la sociedad por medio de actos delictivos. Su fin es “proteger a la sociedad y a los individuos de futuras conductas delictivas, restablecer el orden interno de la sociedad y resocializar al delincuente”. Es decir, busca combatir las causas individuales y sociales de la criminalidad con el fin de que la persona se readapte a la vida social y comunitaria. Esto es, busca situar a la persona en condiciones de vivir nuevamente en comunidad, una vez que

1. Universidad Nacional, Depto de Terapias, 1992. Documento de trabajo.

los mecanismos culturales y de adaptación material hayan obrado sobre él en los lugares donde se cumple la condena.

El art. 10 de la ley 65 de 1993 del Régimen Penitenciario Nacional, establece que se debe alcanzar "la resocialización del infractor de la ley penal, mediante el examen de su personalidad y a través de la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación, bajo un espíritu humano y solidario". Principios que ayudan a promover nuevas formas de vivir del sujeto, con el fin de que regrese y se enfrente a las condiciones que favorecieron su delito, y las circunstancias especiales que lo hicieron posible sin que reaccione de forma delictiva. Sin embargo, el Estado tiene el deber, al privar a las personas de la libertad, de otorgarles ciertas condiciones mínimas de dignidad sin necesidad de realizar un tratamiento penitenciario especial para cada una.

## **EL TRABAJO COMO MEDIO PARA LA REALIZACION HUMANA**

En primer lugar, el trabajo es un proceso por medio del cual las personas se relacionan dentro de un contexto socio-político con un ambiente específico estableciendo vínculos para beneficio individual y colectivo.

El trabajo es la ocupación fundamental para el logro de la productividad por ser un medio a través del cual el ser humano proyecta sus aspiraciones y ejerce sus potenciales hacia propósitos de aporte social y reconocimiento personal. En este proceso, la persona se transforma a sí misma y (a) la realidad. Así pues, el trabajo responde a una finalidad social y es esencial para adquirir crecientes niveles de productividad. (Documento de Trabajo curricular 1992)

Con base en lo mencionado se deduce que el riesgo o la disfunción física, emocional, social o ambiental repercuten tanto sobre la capacidad del ser humano para movilizar sus recursos en la transformación del medio ambiente y la ocupación, como en la propia transformación y evolución hacia niveles de creciente complejidad, autonomía y reconocimiento. La soluciones a estas situaciones ha sido motivo prioritario de las acciones profesionales de la Terapia Ocupacional desde el siglo XIX.

En segundo lugar, la Constitución Nacional considera el trabajo como un

derecho fundamental y libertad de este como una expresión voluntaria de la personalidad no sometida a dominio o imposición ni del Estado ni de los particulares.<sup>2</sup> Por otro lado, en los derechos humanos,<sup>3</sup> se establece que el trabajo, además de ser un derecho fundamental o primario, es un derecho asistencial, o de segunda generación, es un medio por el que se imponen cargas al Estado... es además un derecho de tercera generación, o aquel en que implica que su ejecución requiere condiciones dignas y justas que favorezcan el bienestar y la seguridad de los hombres y las mujeres que trabajan.

En el campo penitenciario la actividad laboral tenía inicialmente un carácter meramente aflictivo, hoy en día tiende a convertirse en el principal medio resocializador. El trabajo de las personas condenadas es la máxima contribución a la consecución de la libertad si se aborda bajo la mirada de un Estado Social de Derecho comprometido con los derechos fundamentales del ser humano. Si cada cual tiene la opción de escoger o manifestar sus intereses, las actividades forzadas sólo son una muestra de la irracionalización del trabajo, posición que lo ubica como una de las actividades humanas más destructoras, incluso aun más que la misma ociosidad.

El estado ha cambiado la política criminal teniendo en cuenta la aptitud y las capacidades individuales para el trabajo. Este llegó a ser la oportunidad para los internos poder asumir nuevos roles. El trabajo de los condenados<sup>4</sup> o trabajo carcelario, busca no solo la resocialización del individuo sino también reparar o indemnizar los perjuicios ocasionados por la infracción.

El Código Penitenciario (1993) afirma que el trabajo en los establecimientos de reclusión es obligatorio para los condenados **como medio terapéutico** adecuado a los fines de la resocialización. Estos fines han de conducir a la construcción de la libertad de las acciones de las personas, de tal manera que el trabajo no solo sea el presupuesto necesario de la vida humana -en cuanto intercambio entre el hombre y la naturaleza- sino, también, una libre autoactuación que lo lleve a desarrollar y apropiarse de sus propias capacidades o potencialidades.<sup>5</sup> Es por ello que "no tendrá carácter aflictivo ni podrá ser aplicado como sanción disciplinaria".

2. Sentencia T-08 de Mayo 18 de 1992, Corte Constitucional

3. Son enunciados básicos de recientes pronunciantes de la corte constitucional colombiana al decidir acciones de tutela frente al trabajo como derecho.

4. Planteado inicialmente por los clásicos del derecho penal, encontró en el positivismo la exigencia de aplicarlo a labores socialmente útiles con el fin de procurar la subsistencia de la persona condenada y su familia.

5. L. Samiento, 1985. «El concepto de necesidades como fundamento en el trabajo de valores de Agnes Heller». Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Carrera de Filosofía. Tesis sin publicar.

De ahí surge la posición defendida en las Cortes: "las garantías laborales consagradas en la Constitución protegen también a las personas privadas de la libertad, quienes no pierden sus carácter de sujetos activos de derechos y deberes por este hecho". Con esto se quiere decir que en materia de trabajo no basta con permitir el desempeño de una actividad determinada, si es realizada en condiciones de injusticia o que afecten la dignidad humana.

El descanso necesario es uno de los principios fundamentales del trabajo y, por ende, hace parte de la protección laboral y social establecida por el Código Penitenciario. Sin el descanso remunerado el trabajador no podría recuperar las condiciones físicas y mentales indispensables para trabajar. Quienes laboran la jornada máxima semanal también tienen derecho a la remuneración y demás prestaciones consagradas en las normas sustantivas del trabajo, esto es, al pago equitativo y a trabajar en ambientes adecuados observando las normas de seguridad laboral, tal como dice el art. 86 del Código Penitenciario.

Es conveniente reiterar que la actividad laboral emprendida por los internos no solamente debe conducirlo a la redención de la pena, **sino, sobre todo, a la posibilidad real de cambiar su rol social como ciudadano productivo y de desempeñarse ocupacionalmente en actividades socialmente valoradas y dignificantes.**

## LA EDUCACION COMO MEDIO PARA LA REALIZACION HUMANA

El Estado sostiene que la educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social fundamentada en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, sus derechos y sus deberes. De esta manera, la educación cumple una función acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad (art. 1o. Ley 115 de 1994). La misma norma establece la educación para la rehabilitación social, contempla los programas educativos que se ofrecen a personas adultas cuyo comportamiento individual y social exige procesos educativos integrales que les permitan su reincorporación a la sociedad (art. 68 ídem).

Las actividades literarias, deportivas, artísticas y las realizadas en comités de internos programadas por la dirección de los establecimientos, se asimilan al

estudio para efectos de redención de la pena (art. 99 /ley 65/93 ídem), por tanto, su promoción y su ejercicio aparecen como esenciales no solo para la vida de las personas sino también para la institución fortaleciendo la comunicación entre el mundo carcelario y la sociedad. (Ley 65 de 1993 C.P.P)

Dadas tales características, en la resocialización del interno se busca abrir y consolidar espacios educativos con base en:

1) Las necesidades e intereses para el acceso de las personas a procesos educativos de aprendizaje o enseñanza de acuerdo con los saberes académicos y empíricos. Las instituciones de educación superior, a través de los Centros Regionales de Educación Abierta y a Distancia (Cread), son parte de la infraestructura propicia para el desarrollo y la evaluación de programas educativos.

2) Las ocupaciones u oficios reportados como experiencia laboral con el fin de promover el perfeccionamiento de sus propias ocupaciones o profesiones, y la capacitación en otras áreas que se puedan convertir en fuentes de trabajo post-reclusión.

Para ampliar éstas estrategias, es pertinente establecer **programas de educación para el trabajo** auspiciados por entidades estatales de formación técnica y tecnológica, junto a la organización de **programas de educación en el trabajo** de tal manera que **las personas no solo se dediquen a laborar para reducir pena, sino que se preparen en forma calificada para su ejercicio dentro y fuera de la penitenciaria, y se logre su realización como personas**. Algunas empresas, conscientes de esta problemática juegan un destacado papel en este proceso debido al efecto positivo que esto ha traído. Por ello es conveniente fortalecer éstos vínculos.

## LAS PERSONAS QUE VIVEN LOS EFECTOS DE LA PENA

Según Reyes Echandía, conocido tratadista nacional por sus múltiples obras en el campo penal, el mayor índice de criminalidad en Colombia se ubica entre los 21 y 30 años. Este aspecto concuerda con los datos encontrados nuestra investigación socio-laboral realizada recientemente (1994) en la Colonia

Penal de Oriente, Acacias (Meta). Se encuestó al 58% de las personas privadas de la libertad, condenadas a diferentes penas por haber incurrido en delitos contra la vida, la integridad personal y el patrimonio económico. La reincidencia es reportada por el 48% de los casos. El 36% de los internos entrevistados se halla entre 24 y 29 años y el 26% entre 30 y 35 años. La mayoría expone que su estado civil es soltero (59%); sin embargo la unión libre participa con el 31%. La escolaridad predominante llega al bachillerato incompleto con un 37%. El 13% de los internos estaba desempleado en el momento de ingresar a la cárcel. Llama la atención la diversidad de trabajos u ocupaciones reportada por los encuestados, los cuales les permitía tener ingresos oscilantes entre uno y tres salarios mínimos a comienzos de los años 90. La totalidad de quienes fueron entrevistados ha estado recluida en otros centros penitenciarios del país; p.e., han estado en la Cárcel Modelo de Bogotá (54%) o la Cárcel Bellavista de Medellín (19%). Un 72% comenzaron a purgar las penas impuestas por el Estado al haber incurrido en delitos contra el patrimonio económico. El 43% menciona que tiene que permanecer en la Penitenciaría, por lo menos, doce meses más puesto que es el término de condena que falta por cumplir; a otro 28% le falta hasta dos años.

Entre los antecedentes se encuentra que el consumo de drogas es reportado por el 71% en tanto que se reseñó el consumo de alcohol en un 48%. Este grupo de personas prefería ocupar su tiempo libre en actividades deportivas (49%) y actividades recreativas (23%). Sin embargo, el 21% señala no haber realizado algún tipo de actividad en sus ratos de ocio. En el tiempo libre dejado por su trabajo carcelario los internos permanecen en inactividad (41%). El 35% se dedica a actividades deportivas centradas en el fútbol ya sea en su calidad de espectadores o de jugadores. Se encuentra que el 70% de los internos entrevistados no está interesado en realizar el tipo de trabajo que está desarrollando actualmente. Dicha situación ha generado inquietudes entre ellos relacionadas con la necesidad de reubicarse socialmente a partir de sus antiguas experiencias de trabajo, esto se refleja en el hecho que el 72% aspira y prefiere reanudar las actividades u ocupaciones anteriores.

El 63% afirma hallarse a gusto en las condiciones en que vive dentro de la penitenciaría porque le permite rebajar pena y disfrutar de un ambiente de mayor tranquilidad y libre de presiones y de drogas. En tanto que el 29%

manifiesta su inconformidad y aburrimiento causados por estar alejados de la familia, estar dedicados a actividades disímiles a las practicadas fuera del centro y por los tratos recibidos, los cuales son calificados como desfavorables para una vida saludable, digna y justa.

Por estas razones se explicaría que el 41% reporte que allí no se les brinda posibilidades de resocialización, ellos "no esperan nada". El 17% desea su ubicación laboral. El 14% aspira a obtener capacitación. El 3% exige mejor trato por parte de la guardia. El 22% se inclina por apoyo económico, trabajo y recomendaciones para obtener empleo post-reclusión, educación para la libertad o pasaje para retornar a su lugar de residencia. El 3% restante permanece en la indiferencia o no sabe qué hacer el futuro mediato.

## LAS PERSPECTIVAS

Al detenerse en algunos aspectos de la situación penitenciaria se encontró que el Estado se inclina por mantener, principalmente:

- 1) las funciones retributivas de la pena, llevan a que «el mal causado por el delito se debe condenar»,
- 2) las funciones de prevención especial de la pena que buscan «generar temor en la persona para obligarla a no delinquir de nuevo», y
- 3) la funciones de protección a la sociedad «segregando de la vida social a quien incurre en conductas delictivas».

Estos marcos funcionales permiten los efectos del castigo y explicar las razones por las cuales la gente «trabaja», «realiza labores» o «cumple tareas», dichas acciones aparecen simplemente como formas de redención de la pena, sin que su naturaleza, reconocimiento social, perspectiva de empleo, de ejercicio post-reclusión, la capacitación para su desempeño o la calificación del oficio, sean ejes de proyectos resocializadores. Escudriñando en las palabras de los internos, vemos como su discurso se relaciona con el descuento de pena y no con un deseo de resocializarse acorde a los derechos y obligaciones sociales.

Las creencias de los internos y las acciones penitenciarias limitan la motiva-

ción como eje rector de las acciones de cada individuo lo lleva a actuar de determinada manera y le permite obtener ciertos niveles de satisfacción que son relativos a las circunstancias en que se encuentre. Incluye los sentimientos o planes de vida de cada persona, proyectados hacia el futuro, ligados a sus intereses y capacidades, así como a sus necesidades no satisfechas. Al indagar sobre lo que harían los internos encuestados a su regreso a la vida en libertad, el 70% fue enfático en manifestar la «no realización de las actividades ejecutadas allí». Por ello cabe reiterar que: cuando la participación de los beneficios que el Estado puede brindarle al individuo en su desarrollo es poca o nula, resulta una situación frustrante donde la persona se margina de sus semejantes y adopta conductas desviadas, es decir, actitudes que van en contra de las leyes y normas establecidas por la sociedad.

La posición que se plantea para trascender estas limitaciones, considera que todas estas actividades y tareas sociales, si se presentan en forma equilibrada de acuerdo con las necesidades, las experiencias y los deseos de las personas, constituyen la realidad de los procesos resocializadores que buscan la realización humana y, como corolario social, el cambio en la forma de vivir de los sujetos que han sido condenadas por acciones delictivas, pero que aspiran a regresar a la vida colectiva.

Con fundamento en tal situación se hace indispensable resaltar algunos aspectos importantes para el ejercicio de los derechos y los deberes propios de la relación jurídica Estado-Internos, se trate de hombres o mujeres. Son aspectos que llevan a detenerse en los puestos de trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones entre las personas y el medio ambiente y las relaciones entre trabajo carcelario y trabajo post-reclusión.

Para ello se requieren estudios preliminares de puestos de trabajo de acuerdo con las características personales de los internos y las demandas ocupacionales de oficios, labores y tareas concretas. Con ello se busca promover e incentivar el rendimiento laboral individual y colectivo, y motivar la acción personal.

La identificación de amenazas provenientes del ambiente de trabajo en cada una de las actividades, labores, tareas, oficios y ocupaciones son determinantes para saber en qué condiciones trabajan los internos. Junto a

ella cobran importancia los análisis de las vulnerabilidades individuales y colectivas de quienes trabajan. De esta manera, se podrían establecer, entre otros, los riesgos de enfermedad y de accidentalidad en cumplimiento del trabajo. Es importante promover la participación de los internos en estos procesos. Todo ello redundará en la productividad y en el rendimiento bajo condiciones favorables que motiven a los internos a ejercer su derecho al trabajo. En cuanto a las relaciones individuos-medio ambiente, surge la inmediata necesidad de establecer planes de contingencia, mapas de riesgos y acciones preventivas.

Las relaciones trabajo carcelario y trabajo post-reclusión ameritan estudios detenidos con base en la historia ocupacional y laboral de las personas, los proyectos productivos y los programas institucionales, la adaptación y capacitación en el trabajo, la educación formal y la política de empleo del gobierno nacional.

Por otro lado, las condiciones socio-ocupacionales de los internos en términos de situaciones reales antes de su ingreso, y las situaciones experimentadas durante su permanencia en la penitenciaría indican la necesidad estatal de asumir nuevos proyectos que vinculen labores industriales y semi-industriales, diversificación y organización de actividades acordes con la modernización social y cambios en la vida productiva.

No cabe duda que si se desea promover la realización de los hombres y las mujeres en las cárceles y penitenciarías del país, se requiere la presencia y el compromiso social de especialistas que: 1) Estudien la ocupación humana, analicen y midan la reincorporación de los individuos a la vida social, familiar y económica con fines útiles y de servicio con base en el desempeño ocupacional actual. 2) Promuevan el trabajo y la educación como mediadores entre la realización humana y la resocialización. 3) Propicien la articulación entre el trabajo carcelario y trabajo post-reclusión con el fin de asegurar la reinserción social y la satisfacción individual y colectiva.

## BIBLIOGRAFIA

1. Código Penitenciario - Nuevo Estatuto - Ley 65 de 1993

2. Corte Constitucional Colombiana, Pronunciamientos, al decidir acciones de tutela frente al trabajo como derecho 1992/93; T08 Mayo 18 de 1992; T466 Julio 1992; T09 Enero 18 de 1993 y otros.
3. Gómez G. Ana María, Munevar M. Dora Inés 1994 Estudio Sociolaboral de las personas internas en la Colonia Penal de Oriente - Acacías-Meta. Universidad Nacional Penitenciario (INPEC)
4. Ley General de Educación. Ley 115-1994.
5. S. Mir Puig - 1978 «Función de la pena y teoría del delito - En el ESTADO SOCIAL DEMOCRATICO DEL DERECHO. De. Bosh. Barcelona.
6. Universidad Nacional - FAC de Medicina. Dpto de Terapias- Documento de trabajo curricular 1992.

Universidad Nacional, Dpto. de terapias., 1992. Documento de trabajo.

Sentencia T-08 de mayo 18 de 1992, Corte Constitucional

Son enunciados básicos de recientes pronunciamientos de la Corte Constitucional Colombiana al decidir acciones de tutela frente al trabajo como derecho.

Planteado inicialmente por los clásicos del Derecho Penal, encontró en el positivismo la exigencia de aplicarlo a labores socialmente útiles con el fin de procurar la subsistencia de la persona condenada y su familia.

L. Sarmiento, 1985. "El concepto de necesidad como fundamento en el trabajo de valores de Agnes Heller". Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Carrera de Filosofía. Tesis sin publicar.

# **DIAGNOSTICO Y ENFOQUE OCUPACIONAL DE LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE**

*Juliana Gutiérrez F. OTR  
Especialización en Docencia Universitaria  
Universidad del Rosario  
Especialización en Integración Sensorial  
Universidad del Sur de California  
Docente  
Escuela Colombiana de Rehabilitación*

**Nota:** El contenido de este artículo está basado en la conferencia del mismo nombre realizada en el "primer curso de rehabilitación pediátrica", realizado por la Escuela Colombiana de Rehabilitación y el Instituto Colombiano de Ortopedia y Rehabilitación Franklin Delano Roosevelt, en el Centro Cultural Santa Teresita de Santa Fe de Bogotá, Abril de 1996.

## **Abstract**

There has been an increase in the detection of possible learning disorders in our Educational and Social context, that lead us to question the real causes and implications this increase has in our professional actions. From this point of view, we must maintain a reflexive attitude about aspects such as the environmental social demands, the educational demands and the sensorimotor, cognitive and emotional processes of maturation, to clarify the guidelines of our actions through the analysis of the interaction of those elements, without moving away from the real context in which we leave and in which the child moves. It is stressed the need for an active participation in the educational process not as simple observers or external agents of that process.

## **Síntesis**

Se ha visto un aumento en la detección de posibles problemas de aprendizaje

en nuestro contexto Educativo Social, que nos lleva a cuestionarnos sobre las reales causas e implicaciones que este aumento tiene en nuestro quehacer profesional. Desde este punto de vista, es importante mantener una reflexión permanente respecto a aspectos tales como las exigencias y condiciones del medio social, exigencias del medio escolar y los procesos de maduración y sensoriomotora, cognitivas y emocionales del niño, para que a través del análisis de la interacción de estos elementos podamos esclarecer nuestras líneas de acción, sin apartarnos de la realidad del contexto en el que vivimos y en el cual se desempeña el niño. Se destaca la necesidad de participar activamente en el proceso educativo dejando a un lado nuestra labor de simples observadores y actuantes externos a este proceso.

## Introducción

El propósito de esta charla, más que dar fórmulas mágicas, porque el aprendizaje no es nada mágico, o delineamientos específicos de acción, pretende dejar inquietudes y elementos de discusión y reflexión de nuestro quehacer profesional, respecto a consideraciones actuales relacionadas con el manejo ocupacional de niños con dificultades para responder a las exigencias escolares.

Realmente prefiero hablar de niños con dificultades en el proceso de aprendizaje, es decir, con dificultades en el proceso de adquisición de habilidades necesarias para el aprendizaje, a usar el rótulo trastorno o problema de aprendizaje, como lo aconseja Ames (Nuse Clark, 1985), por varios motivos. Uno de ellos, porque se están visualizando problemas en muchos niños cuando realmente no los hay. Y otro, porque los niños más que nadie conocen sus dificultades, y si además se les "marca" con rótulo, su autoestima va a sufrir considerablemente, siendo esto de poca ayuda si se desea sacarlos adelante. Así mismo, el terapeuta no requiere de que se le dé un diagnóstico como tal para poder actuar, este rótulo no dice nada respecto a lo que realmente está pasando.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que el aprendizaje es un PROCESO, continuo en una determinada secuencia y organización de habilidades para

permitir el aprendizaje, y en el cual se requiere de la participación de muchos factores dentro de los cuales podemos considerar los de tipo neurológico, ambiental, sensorial y emocional, en los que si alguno de ellos falla de forma importante, se pueden encontrar problemas con manifestaciones diversas en el aprendizaje de los niños.

A continuación haré una revisión rápida de los motivos de remisión, aspectos a tener en cuenta en la identificación de las dificultades escolares para establecer procesos de evaluación y por último una aproximación al manejo del niño.

### **Motivos de Remisión**

Muchos de nosotros nos hemos preguntado con frecuencia, por qué ahora se encuentran más niños con "problemas de aprendizaje" en el colegio? o por qué más niños requieren hoy de terapias, si antes nadie las tenía y les iba bien? Para responder a estas preguntas, es necesario analizar tan sólo algunos de los factores influyentes. Encontramos que los colegios han incrementado las exigencias académicas en su afán de alcanzar la "excelencia", y lo peor de esto, es que los mismos terapistas estamos participando en este juego con las llamadas "evaluaciones de ingreso" de los niños, cuyos resultados sirven de referencia para que las instituciones decidan el ingreso del niño a dicha institución (UNICEF, 1980). Si el niño, por alguna razón no cumple satisfactoriamente los criterios de dicha evaluación, su ingreso al colegio se ve amenazada. Nos olvidamos de los diferentes ritmos de maduración, de los diferentes estilos de aprendizaje y de la igualdad de oportunidades de la que nos habla la constitución.

Por otro lado, los apartamentos en los que viven nuestros niños colombianos son cada vez más pequeños y los espacios son reducidos, lo que obliga a los niños a buscar zonas fuera de su casa para su juego y desarrollo en general. Pero con la inseguridad y violencia que nos caracteriza en estos tiempos, el niño no puede salir solo sino que depende del tiempo disponible por el adulto, tiempo que si lo hay, es considerablemente inferior a lo requerido por un niño en desarrollo.

Otro factor importante que hay que tener en cuenta es el incremento que se ha venido observando en los conflictos familiares como lo son las separaciones de los padres del niño en edad escolar, lo cual tiene un impacto importante en el estado emocional del niño, su motivación y capacidad para responder a las exigencias académicas.

A partir del análisis de tan solo tres elementos (exigencia en los colegios, disponibilidad de espacio, conflictos emocionales), ya podemos evidenciar cómo se está creando una situación de imbalance en el niño: por un lado, estamos creando un incremento en la tensión emocional, y por otro lado, estamos disminuyendo las oportunidades que tiene para desarrollar las habilidades que son críticas para asumir el proceso de aprendizaje. Un niño bajo estas condiciones, cómo no está en riesgo de presentar dificultades para enfrentar las exigencias escolares? Este análisis también destaca la importancia que tienen nuestras acciones a nivel del manejo de estos factores, los cuales son primordialmente factores de tipo ambiental y emocional, a un nivel no sólo asistencial sino también preventivo.

Pero hasta el momento este análisis no ha tenido en cuenta las repercusiones que tienen los avances tecnológicos en la sobrevivencia del neonato de alto riesgo. Con relación a este tema encontramos en la literatura (Reed, 1991; UNICEF, 1980; Buchner, 1985) que la mayoría de los niños con complicaciones perinatales presentan problemas en diferentes áreas en edades posteriores como lo son los problemas aprendizaje, aunque no directamente atribuibles a dicho evento.

Por lo general estos niños, bajo la influencia de los factores analizados anteriormente, son remitidos a terapia ocupacional por presentar un serie de problemas de diferentes tipos, los cuales podemos clasificar de la siguiente forma, nombrando algunos ejemplos.

	Causas de Remisión
Motricidad Fina	Dificultades en escritura, no respetan límites cuando colorean, no sabe recortar, toman mal el lápiz o escribe con mucha fuerza, no respeta renglón.
Motricidad Gruesa	Son torpes, su coordinación es mala, se mueven constantemente, no se quedan sentados, control postural deficiente, dificultades en equilibrio.
Atención	Se distraen con facilidad, hay que repetirles las órdenes, se fatiga rápidamente.
Comportamiento	Son desorganizados, hacen las cosas cuando quieren, no terminan las actividades, son lentos, inician varias actividades a la vez, son agresivos o muy pasivos.
Juego	No son referidos específicamente por problemas para jugar, pero vemos que son niños que rompen con frecuencia los juguetes, no saben cómo usar nuevos elementos, sus juegos tienden a ser repetitivos y a jugar con lo mismo.
Comunicación	Parecen no entender lo que se les dice, presentan dificultad para traducir la información auditiva en movimiento, tienen dificultades en expresión, hay que repetir las órdenes.

A partir de los diferentes factores de remisión, se ve la gran variedad de manifestaciones de las diferentes dificultades escolares de un niño.

### **Identificación de las dificultades en el aprendizaje y Evaluación**

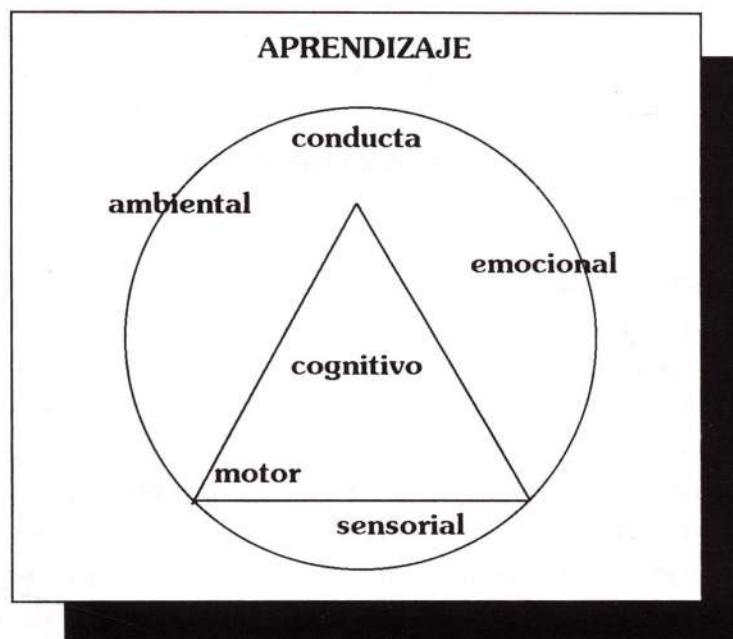
El proceso de desarrollo de habilidades para el aprendizaje inicia muy temprano en la vida y parte de la capacidad del individuo para registrar, organizar e integrar la información sensorial de manera significativa, esta

información sensorial proporciona la base, en unión con la maduración neurológica, para el desarrollo motor. A su vez, este desarrollo sensoriomotor de la base para el desarrollo de habilidades cognitivas. Pero el desarrollo de estos aspectos se mueve dentro de un ambiente y depende significativamente de la estabilidad emocional y experiencias del niño.

Es importante destacar que para que el proceso de aprendizaje en un niño se dé, se requiere de la interacción de varios elementos, como son el ambiente y los factores psicosociales, sensoriales, motores y cognitivos, cuya interacción se manifiesta a través de conductas observables (ver gráfica 1). Si existe alguna interferencia o alteración en esta interacción o en alguno de sus elementos, el proceso de aprendizaje sufre alteraciones que dificultan el aprendizaje en sí mismo. Dentro de estas interferencias podemos encontrar por ejemplo: espacios reducidos de movimiento para el niño, metodologías pedagógicas inapropiadas o que no responden a las necesidades y capacidades de los niños, déficits en el procesamiento de información sensorial como la vestibular que puede interferir con el desarrollo del control postural y el mantenimiento de posturas por tiempo prolongado afectando la calidad de ejecución y la atención, la inmadurez en el desarrollo de habilidades motoras, sentimientos de minusvalía, baja autoestima e inseguridad, distractibilidad o dificultades en organización y planeación. Si la interacción de los elementos es adecuada, organizada y hay integración en las experiencias a estos diferentes niveles, el niño será funcional y estará en capacidad para desempeñarse en el rol escolar con buen rendimiento.

Al producirse alteraciones en el aprendizaje, se debe iniciar un proceso de **identificación** de las variables que están interfiriendo en el proceso de adquisición de las habilidades necesarias para el aprendizaje o desempeño escolar. Identificación que debemos realizar en unión con pedagogos y padres, por ser ellos los que están directamente involucrados dentro del contexto en el que se mueve el niño y pasan el mayor tiempo con ellos.

Para la identificación, se debe partir de las conductas manifiestas (observadas)



**GRAFICO 1:** Esquema de los diferentes elementos que influyen en el aprendizaje

en el niño (Coster, 1995) y analizar la posible causa a nivel básico: sensorial, motor, cognitivo, o si está dado por influencia de alteraciones a nivel ambiental o emocional (UNICEF, 1980). Es importante cuestionarse por ejemplo, si el déficit en el control postural, se debe a alguna alteración motora, como inmadurez refleja? o por un inadecuado procesamiento de información sensorial de tipo vestibular, propioceptiva o ambas? o por razones de tipo ambiental o emocional, como la sobreprotección? o a una combinación de ellas? Si la distractibilidad del niño se debe a dificultades para procesar la información auditiva (entender lo que le dicen en la secuencia dada), o visual (comprensión del manejo espacial de la hoja)? o se da por aspectos de tipo comportamental? o por déficits en los dispositivos de atención? O si la agresividad tiene su origen en conductas aprendidas?, o por dificultad en el manejo de la frustración?, o por déficits en el procesamiento de información táctil cuando alguien lo toca inadvertidamente?

Es a partir de este razonamiento que seleccionamos y concretamos los instrumentos necesarios que nos permitan responder a dichas preguntas, a fin de determinar cuál es el problema básico que lleva a que el niño presente dichas dificultades y cómo éstas están limitando el desempeño funcional e independiente del rol escolar.

Por lo tanto, si determinamos que estos son los elementos que influyen en el aprendizaje (sensorial, motor, cognitivo, ambiental y emocional), estos mismos elementos son los que se deben tener en cuenta para evaluar al niño, sin olvidar la valiosa contribución en este proceso de los antecedentes y la historia clínica.

A continuación resaltaré la importancia de algunos aspectos que no se deben olvidar en la evaluación, sin nombrarlos exhaustivamente.

A nivel ambiental, considerar tanto el ambiente humano como el no humano (UNICEF, 1980; Garzón, 1996). Dentro del ambiente humano, la percepción del maestro acerca del desempeño del niño y de por qué cree que el niño presenta esos comportamientos o dificultades, considerar las disposiciones que usa el profesor que puedan estar influyendo en la autoestima del niño; la actitud de los padres determinando cuáles son sus necesidades y mayor preocupación, aspecto que sin duda debe convertirse en nuestro objetivo primario, y la percepción que tienen los padres respecto al problema del niño. Quiero destacar la importancia de las observaciones en el ámbito escolar (aula-recreo-juego), ya que con frecuencia subvaloramos el aporte que el "observar" tiene en nuestras evaluaciones; si nos permitimos quedarnos quietos por un momento y observamos al niño, él mismo se encargará de decírnos qué pasa con él, a través de sus conductas. Así mismo, el juego es igualmente subvalorado, se nos olvida que el juego es la conducta inicial del niño, que tiene características de organización para la conducta humana, que un niño que no juega no aprende y de la gran información que nos da a nivel sensorial, motriz y de habilidades sociales.

A nivel de ambiente no humano, considerar las metodologías pedagógicas del profesor, la filosofía de enseñanza de la institución educativa, y la distribución y ubicación del niño en el ambiente físico.

A nivel sensorial se recomienda conocer la Teoría de Integración Sensorial de Jean Ayres, si no se conoce sus implicaciones en el aprendizaje, dado que una buena población de niños con dificultades en el proceso de aprendizaje se debe a fallas a nivel de integración sensorial, difícilmente identificables si no hay el conocimiento de dicha teoría. La aplicación de las pruebas y el tratamiento específico de integración sensorial debe ser dado por un profesional especializado. Si las instituciones educativas no cuentan con un terapista ocupacional de planta que conozca estas implicaciones, se recomienda tener por lo menos un terapista extramural que asesore y capacite respecto a la influencia y manejo del procesamiento de información sensorial en los procedimientos educativos, a fin de incrementar las competencias ocupacionales de los niños.

A nivel emocional, se destaca la importancia que tiene el sentido de logro y competencia, y la autoestima en el proceso de aprendizaje, ya que ellos son el motor que impulsan las acciones del individuo (UNICEF, 1980). Considerar la capacidad del niño en el manejo de la frustración (tolerancia), su autoestima reflejada en la seguridad y confianza en la planeación y ejecución de actividades y en su capacidad adaptativa frente a otras personas.

Pero hasta el momento, tan solo hemos realizado una recolección de datos, obtenida mediante las entrevistas, la observación, los resultados de las pruebas y las observaciones clínicas. Toda esa información debe ser correlacionada, procesada y analizada para obtener EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL del niño o perfil del comportamiento ocupacional y de cómo está respondiendo a las exigencias del ambiente, con énfasis en las escolares. Pero qué debe ser reportado en un informe de Terapia Ocupacional? No son precisamente esa recolección de información, que algunas veces vemos en algunos reportes, sino la Interpretación de la información obtenida, del desempeño ocupacional del niño y su relación con su proceso de aprendizaje.

A partir de aquí se determina la conducta a seguir y las recomendaciones generales de manejo del niño.

### **Manejo Ocupacional**

Como se discutió anteriormente, el incremento en las exigencias a nivel escolar, el estrés que viven los niños de hoy y el nivel académico, han tenido

un efecto en el incremento de niños que presentan o están en posibilidad de presentar, dificultades en el proceso de aprendizaje, lo que ha hecho que las instituciones educativas, y específicamente el profesorado, requiera de ASISTENCIA para el manejo de estos niños, asistencia que es prestada por diferentes profesionales, dentro de ellos el Terapista Ocupacional.

Para prestar esta asistencia, terapia ocupacional cumple funciones complementarias mas no suplementarias (Garzón, 1996) de las actividades escolares, para lo cual es indispensable tener en cuenta los siguientes aspectos:

- \* Conocer el funcionamiento del sistema educativo, cuál es su filosofía y metodologías pedagógicas a fin de no ir en contravía con los procedimientos educativos que sigue el niño.
- \* Para que el apoyo terapéutico responda las necesidades reales del niño, debemos integrarnos con la institución, y participar en la planeación, desarrollo y adaptación de programas (Nuse Clark, 1985; Garzón, 1996) que faciliten la adecuación de las exigencias educativas a los niveles de desarrollo de los niños, correlacionando este desarrollo con los prerrequisitos de las actividades y desarrollando estrategias, de forma conjunta, para disminuir la incidencia de dificultades. Y no sólo concentrarnos en el uso del enfoque clínico (Garzón, 1996).
- \* Por nuestra formación teórico-práctica, podemos participar a nivel de programas curriculares, de actividades en el aula (buscando potencializar el aprendizaje mediante el desarrollo de habilidades prerrequisitos) y de remediación (como apoyo al niño con dificultad). Lo más importante aquí no es criticar los procedimientos pedagógicos, sino poder tomar medidas estratégicas **conjuntas** que ayuden a potencializar el aprendizaje en el niño.
- \* Realizar la capacitación y asesoramiento a nivel escolar, respecto a la detección y manejo del niño en el aula.
- \* Asesorar a la familia integrándola en el proceso, pues no olvidemos que muchos de los niños con dificultades escolares, presentan también

dificultades en casa (UNICEF, 1980; Chaskel, 1992; Case-Smith, 1995). Debemos dar indicaciones de manejo de las dificultades y de cómo el padre puede contribuir a potencializar el aprendizaje del niño haciendo uso de las actividades cotidianas.

De esta forma se trabaja a nivel preventivo (tipo de acción que debe primar hoy día), y no sólo asistencial, permitiendo evitar factores de riesgo a nivel de aprendizaje, una detección y atención oportuna sin necesidad de ausentar al niño del aula. Igualmente se prestará asesoría y capacitación necesaria a nivel escolar, mediante una participación más activa (Garzón, 1996).

- \* Y por último, he dejado la atención directa de tratamiento del niño, la cual ha sido hasta el momento la metodología primordial de atención de los niños con dificultades en el proceso de aprendizaje y de la cual todos tenemos mayor conocimiento, pero debemos trascender el manejo clínico, ya que muchas de nuestras acciones pueden darse dentro del contexto escolar en el cual se desenvuelve el niño y evitar el retiro del niño de sus actividades de aula al máximo (UNICEF, 1980; Nuse Clark, 1985; Coster, 1995). A partir de identificar los aspectos básicos que interfieren en el proceso de aprendizaje del niño se establece el plan correctivo.

En general, en nuestra aproximación ocupacional, debemos facilitar el proceso de adaptación del niño, generando habilidades sociales, motrices, de independencia y de logro, que permitan una mayor y efectiva ejecución en las actividades escolares y promuevan una integración con el medio. Debemos promover desarrollo y organización del comportamiento para generar competencia en el niño (Garzón, 1996).

Para terminar, quiero dejar dos puntos de reflexión. La primera, en la que considero que un niño que presenta dificultades para enfrentar las exigencias escolares, cualesquiera que éstas sean, deben ser el reto de "excelencia" de las instituciones educativas, más que elementos de segregación, pues su misión es precisamente promover aprendizaje. Y la segunda se refiere a las siguientes preguntas:

**Será conveniente seguir tendiendo por la rotulación de estos niños?**

**Cuántos de estos niños tienen realmente un problema?**

## BIBLIOGRAFIA

Buchner, H., "Premature Graduates of the NICU", Clinics in Perinatology, vol. 12, #2, Page 1213, june 1985.

Case-Smith, J., "The relationship among sensorimotor components, fine motor skills and functional performance in preschool children", AJOT, vol 49, #7, pages 645-652, july/august 1995.

Coster W., "Clinical interpretation of the relationship among sensorimotor components, fine motor skills and functional performance in preschool children", AJOT, vol. 49, #7, pages 653, 654, july/august 1995.

Chaskel, R. "Documento del sector educativo de la Facultad de Terapia Ocupacional de la Escuela Colombiana de Rehabilitación", 1996.

Nuse Clark, P., "Occupational Therapy for Children", Mosby, Toronto, 1985, páginas 364, 367.

Reed, K., "Quick Reference to Occupational Therapy", Aspen, Maryland, 1991, página 35.

UNICEF, "El niño con dificultades para aprender", Alfabeto, Galdoc y Pontificie Universidad de Santiago de Chile, 1980, páginas 14, 15, 16, 19, 20, 21, 32, 33.

Documentos de interés relacionados con el tema:

Ayres, J., "Sensory Integration and the child", Western Psychology Services, Los Angeles, 1979. Recomiendo para este tema los capítulos 1, 2 y 4.

Hanft, B. y Marsh, D., "Getting a grip on Handwriting", Video realizado por: The American Occupational Therapy Association, Inc., con una guía escrita de 25 páginas.

King, L. J., "When the Therapist Encounters Behavior Problems", Occupational Therapy Forum, pag. 3-5, april 19, 1991.

UNICEF, "El niño con dificultades para aprender", Alfabeto, Galdoc y Pontificie Universidad de Santiago de Chile, 1980.



