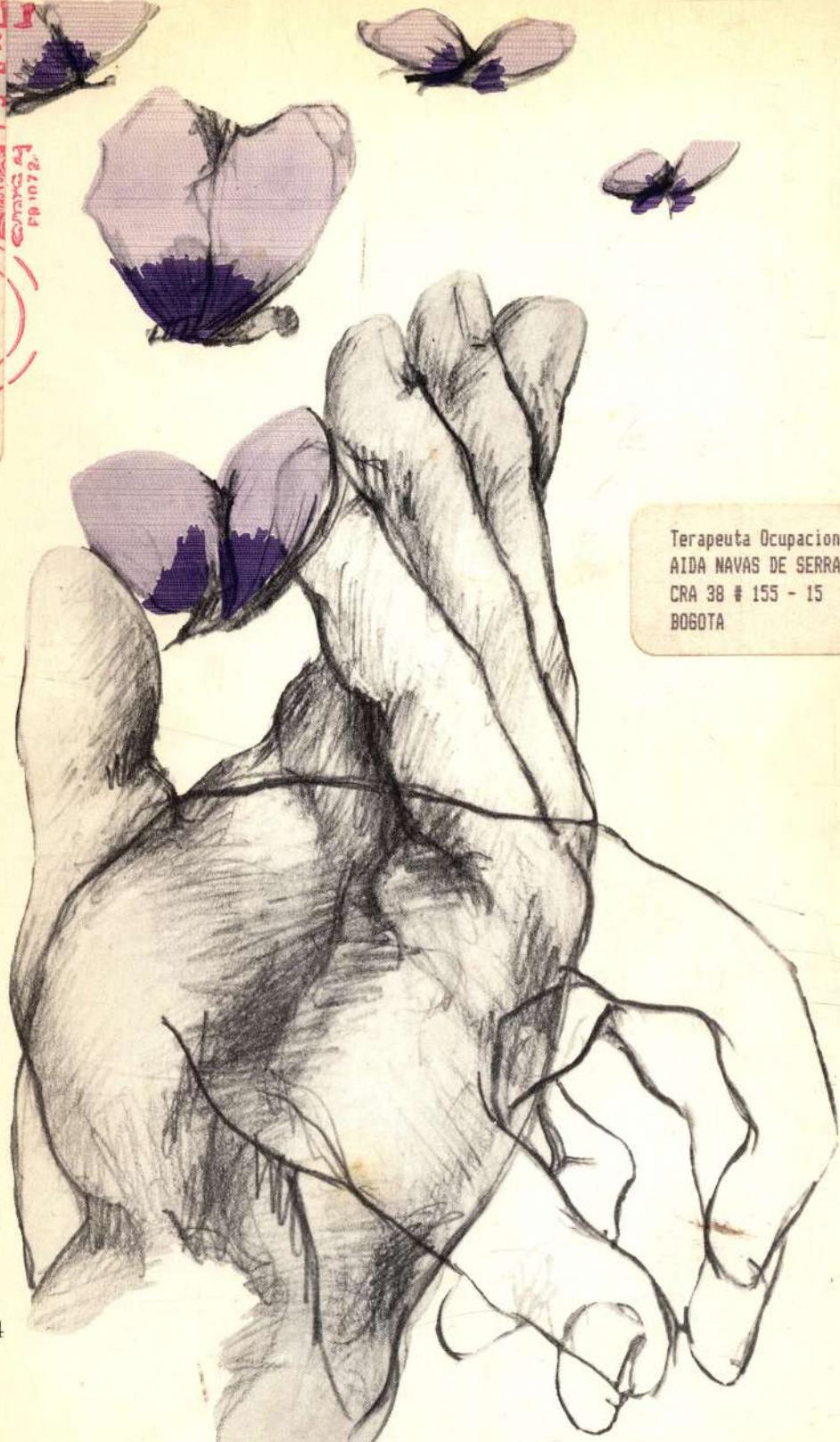


# Ocupación Humana

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

VOL. 4 N° 4  
1992



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



# **REVISTA**

# **Ocupación Humana**

**VOL. 4 No. 4**  
Septiembre 1992

**ASOCIACION COLOMBIANA DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**Transversal 5a. N°. 49-00 Entrepiso 1. Hospital Militar Central  
Apartado Aéreo 51906, Santafé de Bogotá, D. C., Colombia  
PERMISO DE ADPOSTAL N° 788**



## ASOCIACION COLOMBIANA DE TERAPIA OCUPACIONAL

### COMPOSICION JUNTA DIRECTIVA

#### **Presidenta**

MARIA ANTONIETA ORTEGA, T.O.

#### **Vicepresidente**

JOSE DEL CARMEN VARGAS, T.O.

#### **Secretaria**

MARITZA FERRO ROZO, T.O.

#### **Suplente Secretaria**

CLAUDIA AGUIRRE, T.O.

#### **Tesorera**

MARIA CRISTINA TAFURT, T.O.

#### **Suplente Tesorera**

MARTHA OLANO DE SANTOS, T.O.

#### **Primera Vocal**

MARIA FERNANDA RINCON, T.O.

#### **Suplente Primera Vocal**

CONSTANZA LOPEZ MAZUERA, T.O.

#### **Segunda Vocal**

MARIA CRISTINA ACEVEDO, T.O.

#### **Suplente Segunda Vocal**

SILVIA CRISTINA DUARTE, T.O.

#### **Tercera Vocal**

BEATRIZ ELENA LOPEZ, T.O.

#### **Suplente Tercera Vocal**

JEANNETTE MENDEZ, T.O.

# Ocupación Humana

VOL. 4 No. 4

Septiembre 1992

## CONSEJO EDITORIAL

Director:	MARGARITA GONZALEZ DE URIBE, T.O.
Consejeros:	CLAUDIA PAYAN, T.O. ELVIA CUARTAS DE PEREZ, T.O. MARIA DEL ROSARIO LASERNA, T.O. MARTHA TORRES DE TOVAR, T.O.
Representante Junta Directiva:	MARTHA OLANO, T.O.



a. c. t. o.

Asociación  
Colombiana  
de Terapia  
Ocupacional

## SUMARIO

- NOTA EDITORIAL ..... 7
- INFORME ASAMBLEA GENERAL  
DE A.C.T.O.  
*Maria Antonieta Ortega, T.O.* ..... 9
- TERAPIA OCUPACIONAL  
Y EL INFANTE PREMATURO  
*Maritza Ferro, T.O.* ..... 19
- POSICION OFICIAL DE LA A.C.T.O.  
EN DISFUNCION FISICA  
Asociación Colombiana de  
Terapia Ocupacional ..... 27
- FACTORES OCUPACIONALES EN  
LOS SINDROMES DE SOBREUSO  
*Maria Cristina Tafurt Rojas. T.O.* ..... 37
- ENFOQUE DE TERAPIA OCUPACIONAL  
EN LA EDUCACION ACTUAL  
*Elvia Cuartas Nieto. T.O.*  
*Liliana Aguado Osorno. T.O.* ..... 47

DIAGRAMACION CARATULA  
ALVARO SUAREZ ZUÑIGA

PROPIEDAD INTELECTUAL  
Nº 002651 DE JULIO DE 1987

DERECHOS RESERVADOS

LA RESPONSABILIDAD POR LOS ARTICULOS ES DE SUS AUTORES Y  
NO COMPROMETE A LA ASOCIACION NI A LAS ENTIDADES CON  
LAS CUALES ESTAN VINCULADOS.

EDICION Y DIAGRAMACION:  
ASCOPAR, TEL 248 6458 249 5197 FAX: 310 5993 APARTADO AEREO 89040  
SANTAFE DE BOGOTA, D. C. COLOMBIA.

REVISTA DE LA ASOCIACION COLOMBIANA  
DE TERAPIA OCUPACIONAL

TARIFA DE ANUNCIOS PARA EL AÑO 1.992

HOJA COMPLETA	\$33.000,00
MEDIA HOJA	\$20.000,00
CUARTO DE HOJA	\$10.000,00
CONTRAPORTADA INTERNA	\$52.000,00 (DOS TINTAS).

**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 publicarán 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", Apartado Aéreo 51906, Bogotá, D.C., Colombia.

*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 en 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 haberlo presentado en un congreso, debe llevar el nombre de la Organización, lugar y fecha en donde se realizó.
5. La síntesis en Español e Inglés debe hacer énfasis en: objetivo del trabajo, método, resultados y conclusiones.
6. Las referencias bibliográficas deben ser indicadas por numerales dentro del texto y ser citado al final del artículo según el orden de aparición. En las mismas se 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 publicación.
  - 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 y si es fotografía debe incluir el negativo. Toda ilustración debe tener una leyenda descriptiva y numerada; este número debe citarse en el texto del artículo. Las fotografías referidas a pacientes no deben permitir su identificación o reconocimiento a menos que se autorice por escrito. El Consejo se reserva el derecho a limitar el número de ilustraciones por escrito.

## **EDITORIAL**

**C**on la presente edición de la revista Ocupación Humana, el Comité Editorial quiere hacer referencia a la importancia que reviste para nuestro desarrollo como comunidad científica el dar a conocer, a través de las publicaciones, las teorías y consecuentemente las síntesis logradas a partir de la práctica diaria en el área de salud, de educación o de industria en las cuales tiene ingerencia el estudio de la ocupación humana.

**D**e hecho, los resultados de todo escrito o investigación paulatinamente van modificando, estructurando y organizando el modo de ser, los valores y, como resultado, la identidad profesional de un grupo determinado. En este caso, de una comunidad científica de Terapautas Ocupacionales.

**L**a cohesión generada a partir de los elementos anteriores es la que facilita a toda comunidad científica su participación, competencia, efectividad y eficacia frente a una comunidad que requiere y exige cada vez más claridad respecto a los delineamientos y eventos que se le ofrecen.

**L**a necesidad de todo gremio de publicar los aportes de diverso orden surgidos de una práctica ética y responsable, lleva consigo evidentemente otro hecho cual es que se reconozca su participación, su pertenencia, su espacio en el mundo, y obviamente la propiedad intelectual de dichos escritos.

*Correos  
de Colombia*



*Adpostal*

*Estos son nuestros servicios ¡Útilícelos!*

- SERVICIO DE CORREO ORDINARIO
- SERVICIO DE CORREO CERTIFICADO
- SERVICIO DE CERTIFICADO ESPECIAL
- SERVICIO ENCOMIENDAS ASEGURADAS
- ENCOMIENDAS CONTRA REEMBOLSO
- SERVICIO CARTAS ASEGURADAS
- SERVICIO DE FILATELIA
- SERVICIO DE GIROS
- SERVICIO ELECTRONICO BUROFAX
- SERVICIO INTERNACIONAL APR/SAL
- SERVICIO "CORRA"
- SERVICIO RESPUESTA COMERCIAL
- SERVICIO TARIFA POSTAL REDUCIDA
- SERVICIOS ESPECIALES

Teléfonos para quejas

y reclamos:

3340304

3415536

Santafé de Bogotá

*Cuenta con nosotros  
Hay que creer en los  
Correos de Colombia*

## **INFORME DE LA PRESIDENTE ASAMBLEA GENERAL DE LA A.C.T.O. 1992**

*María Antonieta Ortega Santamaría, T.O.*

*El presente informe fue leído en la realización de la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, realizada el 28 de agosto de 1992, en el Auditorio del Hotel Lanceros, Colsubsidio - Paipa.*

Distinguidas colegas, Miembros de la Asamblea General de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional.

Con el presente informe se pone a consideración de la Honorable Asamblea las labores realizadas en el transcurso de estos dos años, en los cuales la Asociación continúa su crecimiento y desarrollo en representación de los intereses de T.O. en Colombia.

Al dar una mirada retrospectiva a estos dos años de labores y mirar hacia el futuro, muchas cosas quedan en este momento que se pudieron hacer, otras que simplemente quedaron planteadas y sus ideas se esfumaron como se diluyen en el aire nuestros sueños, muchas críticas sobre fallas de orden diverso podrán hacerse y de hecho se han realizado, pero a pesar de todo esto lo cierto es que en el transcurso de este período, cada uno de los miembros de la Junta Directiva tomó la responsabilidad de enfrentarse al reto de seguir construyendo una Asociación cada día más fuerte, que identifique la comunidad de T.O., que pueda, hacia un futuro, realizar una mayor proyección de la profesión en la comunidad y, consecuentemente, tener una mayor participación en decisiones de orden político que atañen a los usuarios con los cuales trabajamos y aplicamos nuestros conocimientos de orden científico.

Esto último, de hecho, determina el enfrentamiento y abordaje de una disciplina que ofrezca al país soluciones en cuanto a una demanda cada vez más creciente de nuestros servicios, lo cual lleva inherente dos aspectos inmersos en el mundo competitivo actual. El primero, referente a saber

ofrecer los servicios de Terapia Ocupacional, el segundo, concierne a la necesidad cada vez más creciente en toda profesión de manejar elementos de venta de servicios, de administración y de mercadeo, entre otros.

Las acciones estuvieron centralizadas según el cronograma y la ejecución presupuestal presentada en la Asamblea anual del mes de Diciembre, en aspectos de descentralización de la Asociación con miras a la conformación de capítulos, al fortalecimiento de la Asociación, a la organización de eventos de educación continuada acorde a las necesidades de los asociados, al fortalecimiento de las regiones, al análisis del ejercicio de la profesión, al aspecto legal de ésta, a la respresentación interinstitucional, a la cooperación e integración a nivel de Latinoamérica.

### Descentralización:

Esta, se constituyó en uno de los aspectos más importantes en el presente período. Creo que las gestiones al respecto fueron satisfactorias, lo cual se evidencia en la solicitud de las regiones de una mayor representación y de una mayor presencia de la A.C.T.O., pero también se manifiesta en las acciones particulares de los Terapeutas Ocupacionales de la región. La responsabilidad asumida en el editorial del boletín. Aunque fue el inicio, marcó un hito para una participación más efectiva en el futuro de las publicaciones de la Asociación.

Respecto a esta acción, durante este período se realizaron visitas a las ciudades de Barranquilla, Medellín, Bucaramanga, Manizales, Ibagué y Neiva. En cada una de ellas se manejaron aspectos concernientes al ejercicio de la misma y en general, se determinaron necesidades de promoción, divulgación, organización de la comunidad de Terapeutas Ocupacionales. Lo cual en un futuro próximo se debe sintetizar en la conformación de capítulos regionales.

Como producto de estas visitas se determinó una relación y coordinación para eventos en un futuro, al igual que una mayor integración con Asociaciones de Terapia Ocupacional y de Lenguaje tanto de Santander como del Huila. Es importante resaltar el hecho de que la visita de la Asociación en algunas ciudades fue el inicio de reuniones del grupo de Terapeutas de la zona y más que eso, demarcó la importancia de la unificación como elemento primordial y necesario para aunar esfuerzos ante dificultades que se generen en el aspecto científico y laboral.

Las comunidades que al momento de este informe presentan una mayor organización y que además efectúan reuniones periódicas son las de Manizales y Medellín. Este hecho determinó la factibilidad de los eventos que se realizaron en estas ciudades; y es preponderante señalar el proceso de la zona Atlántica, la cual está haciendo un censo de recursos tomando para el mismo todos los departamentos de la región.

Es importante hacer referencia a los artículos que sobre diversos tópicos se han publicado a nivel de diarios como La Patria, El Espectador, La República, y es necesario resaltar la responsabilidad asumida por las distintas regionales para seguir esta labor en cada una de sus ciudades.

### Publicaciones:

En lo concerniente a publicaciones, la Junta Directiva de la A.C.T.O. marca un inicio en el proceso de crecimiento de la Asociación a través de la publicación de la Posición Oficial a nivel de Difusión Física, para lo cual dos Terapeutas Ocupacionales de reconocida trayectoria, María del Carmen Vallejo y Nohora Díaz, fueron contratadas y realizaron este documento. Este es el principio de otras publicaciones que planteen la posición de la A.C.T.O. ante diversos tópicos de interés para nuestra comunidad y para otros profesionales. Muchos se preguntarán por qué se inició con ésta, la respuesta está dada a partir del olvido paulatino de esta área en T.O., lo cual está generando una crisis profesional en los Terapeutas Ocupacionales que laboran en este campo y además está facilitando que nuestras acciones sean asumidas por otros profesionales. Esta dificultad, llevó a que se plantease la posibilidad de iniciar este tipo de documentos oficiales con la Posición de la A.C.T.O. en Disfunción Física.

En cuanto a la revista, aunque ésta se sigue editando semestralmente, es evidente la preocupación del Comité Editorial por la escasa remisión de artículos, ensayos e investigaciones, hecho que se ha plasmado aun más en el transcurso del Congreso, con la ausencia por parte de los profesionales de investigaciones de Terapia Ocupacional a nivel de nuestro país.

Es importante cuestionarnos ¿qué pasa en este campo?, ¿realmente estamos pretendiendo salir de un estado de pasividad y entrar en el ámbito de una disciplina científica? o ¿seguimos con los temores ya arcaicos de estar supeditados a otros profesionales? o ¿nuestros miedos se refieren al temor a ser criticados y no valorar nuestro trabajo? Sea cual sea la causa, lo único evidente es la ausencia investigativa y el hecho de que debemos despojarnos de toda aprensión para crecer. Muchos dirán que realizan investigaciones, pero ¿dónde están? Solo en la medida en que éstas sean publicadas y conocidas por la comunidad en general es que se da un crecimiento. No se genera éste cuando solo son acreditadas para un grupo exclusivo de compañeros de trabajo.

Debemos compartir con otros profesionales. En este sentido, creo y tengo la certeza de que nuestro país cuenta con un potencial humano, en Terapia Ocupacional, capaz de generar recursos y de enfrentarse a los retos que el futuro nos depara, ésta es una inquietud y una preocupación ya que mirar los desarrollos de otros países es fácil, pero mirar los vacíos del nuestro es difícil, estamos acostumbrados a imitar y no a asumir y esto último, es lo que debemos hacer si queremos que Terapia Ocupacional siga

adelante.

### Educación:

Con el fin de que en un futuro la A.C.T.O. se constituya en un ente asesor de los planes y programas de estudio que se creen en el país, la Junta Directiva hizo contacto con entidades que tienen planeada la iniciación de estudios de Terapia Ocupacional a nivel profesional. Se realizó una reunión con la Universidad Metropolitana de Barranquilla, a la cual se le ofreció asesoría para la implementación del programa. Con la María Cano de Medellín se programó una visita, pero ésta en el último momento fue cancelada por la Institución. Igualmente, se realizaron contactos con la Fundación Educativa de Estudios Superiores.

En el aspecto educativo, la A.C.T.O. estableció comunicación con el ICFES en lo referente al proceso de modificación de la Educación Superior en Colombia, así como conocer las entidades que tienen proyectado establecer programas de nivel Profesional en Terapia Ocupacional.

En cuanto a educación continuada, la Asociación ha realizado grandes esfuerzos. Producto de esto, fueron, en el primer año, los eventos con Docentes Formadores de Recurso Humano en T.O., el Encuentro de Estudiantes de Terapia Ocupacional, el Curso de Perspectivas del Aprendizaje, el Taller sobre Salud Ocupacional.

Durante este segundo año, la realización del curso de Integración Sensorial dictado en el mes de enero de 1992 con una intensidad de 160 horas y apoyado por la Universidad de Illinois en Chicago. Su importancia radicó, en primera instancia, en ser el primer curso con este nivel de intensidad y de metodología que se dictaba para Latinoamérica y en Colombia. En segundo lugar, en los grandes esfuerzos que realizó la Junta Directiva para que se llevase a cabo el curso con dichas características. Debido a la importancia del mismo, los países de América Latina fueron invitados a participar, pero desafortunadamente problemas de correo y de costos impidieron la asistencia de otros países. El éxito del mismo está dado en el número de T.O. que participaron, a pesar de que se presentaron dificultades para el tercer nivel por necesidades en el cambio de la metodología de selección para el último módulo. Sin embargo, lo anterior determinó que la Junta organizara nuevamente este nivel con docentes seleccionados por los ponentes centrales del evento, nivel que se dictó nuevamente en el mes de abril.

En esta línea de cooperación entre universidades y la A.C.T.O., está el curso que sobre Salud Ocupacional y Rehabilitación se dictó en Medellín entre los meses de Abril y Mayo de 1992, la colaboración para éste fue dada por EAFIT. De hecho, para cursos posteriores quedan las puertas abiertas no solo por la integración que se realizó entre las dos organizaciones, sino

por el hecho de la interdisciplinariedad del evento efectuado.

La otra actividad de educación, fue la realizada en Manizales sobre Aprendizaje, en el cual se trataba de promocionar la profesión a través de un curso que reuniera diversas profesiones del área; según los resultados obtenidos se dio la posibilidad de planear en el futuro eventos en las diversas regiones.

Dos eventos programados no se realizaron y fueron los de Administración, programado para Cali, y el de Aprendizaje, para Bucaramanga.

Las acciones educativas realizadas fuera de sede muestran la posibilidad y la necesidad de irnos organizando y estructurando más en la conformación de capítulos, pero evidencia además otro aspecto importante y necesario para el crecimiento de una profesión y es la conformación de líderes que organicen, promuevan y estimulen la estructuración de comunidades de Terapia Ocupacional, estas acciones demuestran otra cosa importante y es la unión entre los colegas en el trabajo por un bien común e independiente del nivel de formación, aspecto que se considera un punto adelante en el proceso de integración de la profesión.

### Congreso:

Con ocasión de los 500 años del descubrimiento de América y los 20 años de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, la Junta Directiva se propuso realizar el Octavo Congreso a nivel Latinoamericano, a fin de unir e intercambiar ideas y vivencias con otros colegas de nuestra comunidad. Creo que todos esos esfuerzos y ansiedades se han visto bien compensados con los resultados del evento en el cual todos nosotros hemos estado asistiendo en los días previos a esta asamblea. Con el fin de fortalecer el aspecto científico del evento, se invitó a la T.O. Beatriz Abreu de la Universidad del Sur de California y experta en Rehabilitación Cognoscitiva y el T.O. Craig Velozo de la Universidad de Chicago, Illinois, experto en Rehabilitación en el Trabajo. Paralelo a esto, se programó la realización de los premios de investigación en tres categorías. Premio Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional, categoría Profesionales Colombianos y categoría Profesionales Latinoamericanos y el Premio Gloria Serrato de Díaz, categoría Estudiantes.

Respecto a esto, es importante resaltar la participación activa de los estudiantes y de los profesionales latinoamericanos, pero como ya mencioné anteriormente, por parte de los miembros de la A.C.T.O. no hubo trabajos de investigación; solo hubo un trabajo presentado y enviado de Ibagué, el cual hace referencia a un estudio sobre desarrollo infantil posterior a la tragedia de Armero.

### Práctica Profesional:

Consecuente con su política de atención prioritaria a las necesidades del asociado y de los Terapeutas en general, la A.C.T.O. realizó visitas y comunicaciones personales con los diferentes miembros, la acogida lograda es un punto a favor hacia la consecución de una mayor integración y organización de nuestra comunidad.

Con el fin de mantener una comunicación con los Terapeutas Ocupacionales en relación a la defensa de sus derechos otorgados por la Ley 31 de 1982, la Asociación se ha dirigido en diferentes oportunidades a estamentos gubernamentales y privados que tienen ingerencia directa respecto a una práctica profesional acorde a la delineada en el decreto 1884 de 1988.

De manera paulatina los Terapeutas Ocupacionales se ven enfrentados a que sus niveles de ingresos no alcanzan para tener una calidad de vida en nuestros país. Esto, unido a las limitadas oportunidades de una oferta remunerada y consecuentemente a la falta de expectativas ha incidido en la búsqueda de los profesionales de fuentes de trabajo en el extranjero, si bien es cierto que esto está mostrando la calidad de los egresados también plantea una seria dificultad y es la escasa competencia y el limitado reconocimiento de la profesión a nivel del sector salud, educación e industria.

### Finanzas:

Buscando cada día una mayor y más sólida base patrimonial, la Asociación ha ido capitalizando los superavit que muestran los ejercicios en los últimos años. Es así como en el balance del mes de Junio, que se presenta a su consideración, dicho renglón asciende a la suma de \$ 7'620.733,52. En el mes de Julio, la Junta Directiva decidió capitalizar también los superavit de 1990 y 1991 que ascienden a \$ 7'007.916,02, con lo cual la base patrimonial de la A.C.T.O. se eleva a la suma de \$ 14'628.649,54. Cifra esta que comparada con los \$ 3'386.910,87 que registraba el fondo patrimonial en 1988 acusa un sustantivo crecimiento en los últimos cuatro años.

La bondad de estas capitalizaciones es evidente, pues a la vez que asegura una apreciable rentabilidad, estabiliza la situación y por ende el permanente progreso de la Asociación.

Los resultados de este balance, están dados al colocar los dineros de la Asociación en inversiones de mayor rentabilidad como es el caso de Unir y 2 CDT. Además vale la pena resaltar que los superavit del 90 y 91 están dados básicamente por la respuesta del gremio a las diferentes acciones de educación continuada que se programaron en el transcurso de estos dos años.

**Legislación:**

El incremento de responsabilidades de la Junta Directiva, acorde con el fortalecimiento de la Asociación, obliga a crear un nuevo estilo de trabajo y plantear modificaciones en los estatutos ya que se exige una gran agilidad y una calificada capacidad de los funcionarios.

De hecho, una reforma fue planteada, pero se establece la posibilidad de realizar dentro de ésta, modificaciones en referencia a los organismos que dirigen las acciones de la Asociación, me refiero a la posibilidad de que la Asamblea estudie y analice la efectividad o no de un cargo de Director Ejecutivo, lo cual generaría ventajas referentes, entre otras, al estudio y programación de un plan de desarrollo de la Asociación acorde a las necesidades de Terapia Ocupacional y referente a la situación social y política del país. Además, es importante llegar a considerar, a fin de que las acciones de la Junta sean más eficientes y eficaces que a este cargo le sean asignados honorarios. El otro aspecto a tener en cuenta concierne a la conformación de capítulos, el cual requiere de delineamientos más precisos sobre los derechos y deberes de los mismos dentro de una Asociación.

**Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales:**

Para este período se deben resaltar dos aspectos. El primero concierne a la publicación en el boletín de la WFOT de artículos colombianos sobre psiquiatría de enlace y T.O. en aprendizaje. Es importante mencionar que Colombia ofreció su candidatura y por lo tanto está dentro de las opcionadas para la realización del Congreso Mundial de Terapistas Ocupacionales a realizarse en 1998. La nominación o no de nuestro país se efectuará en el Consejo de Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales a realizarse en Hong Kong la próxima semana; desafortunadamente nuestro país no estará representado, hecho que limita una mayor participación y consecuentemente puede ser un factor adverso para no ser elegida como país sede del Congreso en mención.

En el transcurso de este año, se monitorearon por parte de WFOT los planes y programas de estudio de Terapia Ocupacional a nivel profesional.

**Proyecciones:**

En el presente período la Junta Directiva realizó comunicaciones con entidades oficiales y privadas como la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Colciencias, Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia, Ministerio de Salud, Grupo Latinoamericano de Rehabilitación, Seguros Sociales, Universidad Metropolitana, EAFIT, Universidad de Illinois, entre otras, sin embargo se debe hacer énfasis en que la representación a nivel oficial es necesaria, debemos tener una mayor participación en organizaciones que tengan dirección sobre asuntos que conciernen a Terapia Ocupacional, en lo referente al sector salud, educativo e industrial. Es una responsabilidad que debemos asumir el que cada día se puedan

ofrecer en estos sectores nuestros servicios, por lo tanto debemos involucrarnos en estamentos administrativos y que sean decisarios a nivel político.

Mientras más se piensa en la realidad del país, más se adquiere la convicción de que conceptos desligados de nuestras propias condiciones o ideas, adoptadas de manera rápida, son la única causa de malestares que se habrían podido prevenir y evitar.

Debemos entonces mirar que tanto la condición interna de nuestro país, como la crisis de valores, están generando cambios al interior de nuestra profesión y pensar si estos se relacionan con esta realidad o si simplemente seguimos sin asumir ésta, sin sentirnos partícipes de ella. Debemos ser actuantes de esos cambios, pero para hacerlo se requiere una apropiación con un criterio objetivo de las dificultades que vivimos. Eso entonces referido a Terapia Ocupacional lleva a la conformación de una comunidad con un sentido de activismo, de valores y sobre todo, un sentido de coalición. Esto es importante ya que la tendencia creciente a las especializaciones puede generar el perder valores y muchos de los sentidos por los cuales se está luchando.

Solo en la medida en que se pueda dar respuesta a lo anterior, respecto a nuestra profesión, Colombia podrá seguir avanzando y mantenerse a la vanguardia de países similares, sirviendo de paradigma de un desenvolvimiento si no acelerado, por lo menos firme. Por lo tanto, tengo una firme convicción en nuestra comunidad y si presento observaciones críticas sobre algunos pasos que en el pasado se han dado, o sobre el retardo en adoptar decisiones, es porque considero que de ser oídas contribuirán a que ese optimismo en el cual frecuentemente nos escudamos, se convierta en una realidad creadora de bienestar para toda la comunidad de Terapeutas Ocupacionales.

Al hacer entrega a ustedes de la Presidencia de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional quiero agradecer a cada uno de ustedes su colaboración y apoyo, lo cual posibilitó las acciones que la Asociación programó.

*Gracias.*

<b>ASOCIACION COLOMBIANA DE TERAPIA OCUPACIONAL BALANCE GENERAL = DE PRUEBA = AL 30 DE JUNIO DE 1.992</b>		
<b>CUENTAS</b>	<b>ACTIVO</b>	<b>PASIVO</b>
<b>A C T I V O</b>		
CAJA	359.100,00	
BANCOS		
Cuentas Corrientes	3'037.141,73	
Otros Depósitos = UNIR =	12'246.722,34	
CORPORACIONES DE AHORRO		
Y VIVIENDA		
Conavi, cuenta de ahorros	4'244.423,89	
DEUDORES VARIOS		
Caja menor	45.100,00	
Cajera	56.000,00	
Cuotas de sostenimiento por cobrar = Vigencia en curso	390.100,00	
Cuotas de sostenimiento por cobrar = Vigencias anteriores	762.080,00	
Cheques devueltos	37.450,00	
Anticipos, pasajes aéreos CONGRESO 90		
Deudas de difícil recaudo	72.550,00	
TITULOS VALORES		
C.D.T. =FES= Fundac.p/la EDUC.Superior	1'527.100,37	
C.D.T. Corpavi	1'000.000,00	
OTROS ACTIVOS		
Muebles y enseres	44.800,00	
<b>P A S I V O</b>		
ACREEDORES VARIOS		
Impuestos Nacionales, Retefuente		24.668,40
Otros Acreedores		
107.450,00		
RESERVAS		
Para cuota Asociación Mundial		700.000,00
Para cuotas de sostenimiento atrasadas		800.000,00
Para deudas de difícil recaudo		72.550,00
PATRIMONIO		
Fondo Patrimonial		7'620.733,52
Superavit 1.990		2'814.683,26
Superavit 1.991		4'193.232,76
SUPERAVIT 1.992, hasta la fecha		7'489.250,00
SUMAS IGUALES	23'822.568,33	23.822.568,33
LA PRESIDENTA		LA TESORERA



## TERAPIA OCUPACIONAL Y EL INFANTE PREMATURO

T.O. Maritza Ferro \*

**Palabras claves:** Prematuro  
Evaluación  
Ambiente

### Resumen:

El fin de este artículo es presentar a los lectores la importancia de la acción-intervención de Terapia Ocupacional en el cuidado de infantes de alto riesgo. Para el logro de esto, se parte de una revisión teórica que señala, respecto al bebé, alteraciones a nivel del tono, del estado de alerta, de la alimentación entre otras; y respecto al ambiente, alteraciones referidas a los estímulos, a la relación con los padres etc. y donde tanto las unas como las otras limitan la ejecución de un rol ocupacional del bebé. Tomando como base lo anterior, se enfatiza la forma de acción de Terapia Ocupacional en lo concerniente al bebé como tal y como participante en el mundo que lo rodea y con el cual establece relaciones que le posibilitan adaptación y competencia, teniendo en cuenta finalmente que a lo largo de este proceso se debe dar una relación dinámica entre el bebé, el grupo de profesionales que intervienen con él y sus padres.

### Introducción:

Al abordar al ser humano como un sistema abierto, entendido éste como una estructura con un movimiento constante en términos de ser social, biológico y cultural, que le permite la ubicación del proceso ocupacional, en la medida que la serie de estructuras del sistema se encuentran interrelacionadas y con funciones organizadas de manera coherente, para interactuar con un ambiente que es capaz de mantenerse y de transformarse a sí mismo (10), se comprende la importancia del ejercicio del pensamiento y la organización de destrezas como elementos prioritarios de y para la interrelación y la adaptación. De ahí, la importancia de la

\* Práctica Privada - Santaafé de Bogotá.

habilidad temprana de competencia del infante para procesar y organizar la información sensorial, sentirse regulado y calmado como base para sentirse capaz y luego llegar a otros y establecer lazos significativos, que le posibilitan la formación de estructuras comportamentales básicas sobre las cuales basará los comportamientos futuros (10).

Los procesos de desarrollo que en un recién nacido hacen parte de un continuo dinámico, se ven alterados e interferidos en los niños prematuros y de alto riesgo. En este sentido, se encuentra que en los últimos 25 años se ha visto un marcado crecimiento de los estudios e investigaciones sobre el desarrollo de los cuidados para el prematuro y el recién nacido (3,4). Tanto la literatura científica como los medios de comunicación reportan avances tecnológicos que dan como resultado la supervivencia de infantes más pequeños y más críticamente enfermos (2,3,4). En los últimos años se ha visto también un notable incremento en dificultades de desarrollo y de problemas al nacer, no solo en los bebés prematuros y de alto riesgo, sino en bebés que nacen a término pero que han sido expuestos a circunstancias que pueden comprometer su desarrollo, como es el caso de las drogas (Hyde and Trautman 89) (6).

### **Revisión Teórica:**

Los niños que tienen una historia prenatal o perinatal deficitaria o un ambiente social que pueda dar origen al desarrollo de problemas de orden de aprendizaje, de desarrollo o emocional, son considerados potencialmente bebés de alto riesgo (Hanson 84, Sehnall 89) (6), pero a los factores anteriores hay que añadir condiciones generadas por un parto prematuro o un parto a término que cursa con grandes dificultades para el bebé. A pesar de que cada día estos niños se enfrentan a técnicas más eficientes para su supervivencia, es evidente que hay un número de secuelas de condiciones asociadas con este tipo de niños que frecuentemente se describen en la literatura experimental (6).

Ahora bien, si se mira que la capacidad de actuar en el ambiente y de ejercer un control sobre él realizando readaptaciones a partir de experiencias y de las potencialidades es lo que marca la efectividad de una respuesta adaptativa (definida ésta como la respuesta a partir de la cual el individuo responde con éxito a algunas de las demandas ambientales con una acción apropiada a la edad), nos encontramos ante la evidencia de que el bebé de alto riesgo por déficits diversos se ve enfrentado a una situación que le limita la competencia y el abordaje del ambiente. Esto da como resultado que la conducta ocupacional, entendida ésta como el estudio y análisis de los roles ocupacionales en términos de motivación, valor, intereses, organización de la ocupación dentro de una dimensión temporal, aspectos que llevan a una interacción con el ambiente, se limite a su vez (7,10).

En este delineamiento y siguiendo el tema que nos ocupa, lo anterior se refiere entonces a problemas en la ingestión y digestión de sustancias nutritivas, de eliminación de productos de desecho metabólico, al llorar, al dormir, al estado de alerta, y paralelamente al medio ambiente y a las interacciones (7), elementos que determinan, en mayor o menor grado, que el bebé pueda llevar a cabo sus roles ocupacionales de manera competitiva y consecuentemente adaptada.

Teniendo en cuenta lo anterior, se deben considerar, en el neonato, los siguientes aspectos:

- 1- El ambiente, ya que, en primera instancia, debe enfrentar paralelamente la separación de la madre y un medio ambiente artificial, eventualmente agresivo, en la medida que requiere procedimientos clínicos específicos para mantenerlo con vida (4). En el ambiente animado, como primer punto a tener en cuenta, está la interacción entre el niño y la persona que lo cuida, David y Apell (7) muestran que las interacciones entre la madre y el bebé se conforman como modelos coherentes y constantes en los primeros años de vida y que éstas son a su vez medios de regulación y formadores de la personalidad. Bowly enfatiza (7) que los mejores índices de buena adaptación entre madre e hijo los ofrece el grado de sensibilidad de la madre a las señales del bebé, la frecuencia de los contactos físicos en los primeros meses, una buena regulación de las rutinas y de las intervenciones que permiten al niño orientarse pronto por señales estables, el estímulo a iniciativas y la relación que se establece durante los intercambios.
- 2- El nivel de alerta en el cual se encuentra el bebé de alto riesgo, ya que el proceso se demora o se interrumpe, encontrándose bebés con períodos infrecuentes de alerta o que carecen de ella, o bebés hiperexitables o hiperirritables; lo cierto es que en ambos casos se generan dificultades en la interacción, problemas en la alimentación y deficiencias sensoriomotoras.
- 3- El tono muscular que se caracteriza por hipotonía, lo que puede conducir a un predominio del tono extensor. Esto, puede deberse a una inmovilidad prolongada como resultado de complicaciones médicas o desórdenes específicos neuromusculares (4,6). De igual forma, otras causas pueden interferir en el desarrollo del control cefálico, de las habilidades oculomotoras, de la coordinación ojo-mano, de la movilidad y de la adquisición de patrones motores y de interacción interpersonal.

- 4- La alimentación, en cuyo proceso algunas complicaciones médicas y procedimientos de desarrollo pueden interferir. Muchos bebés de alto riesgo se alimentan por sonda (3,4) u otros procedimientos que pueden desarrollar hipersensibilidad oral, generando posteriormente problemas de alimentación (4,9). Además, el tubo endatraqueal puede interrumpir procedimientos normales de succión, ocasionando la desaparición de este reflejo por falta de uso o ausencias de satisfacción al usarlo. También puede influir el hipotonía muscular ocasionando fatiga, o se encuentran bebés que pueden carecer de la coordinación muscular para la succión por causa, entre otros, de impedimentos neurológicos (3,4).
- 5- El Aspecto Sensorial. Se encuentra que el bebé de alto riesgo puede tener una hiper o hiposensibilidad a estímulos sensoriales tales como el sonido, el movimiento, el ser tocado. La reacción ante los estímulos está determinando en mayor o menor grado una dificultad para el desarrollo y procesamiento de los estímulos. Además, no se debe olvidar que para el bebé clínicamente enfermo o muy inmaduro, la información sensorial que recibe puede no ser la que más se ajuste a sus habilidades adaptativas actuales (7). El infante pretérmino puede encerrarse en estados somnolientos que no son apropiados para la interacción, o puede ser que la información ambiental no sea lo suficientemente novedosa para que esté alerta, o puede ofrecerle sobre estimulación (en las salas de cuidado de neonatos) en el área visual, auditiva y en otras tener privación de estímulos, haciendo que los impulsos sensoriales que recibe no sean contingentes (1,4,9).
- 6- Roles y hábitos. En este aspecto se presentan problemas relacionados con su desarrollo, ya que si el niño está enfermo al nacer, casi siempre los padres sufren un proceso penoso y profundo, lo que da como resultado que perciban al niño como un inválido. Esto con frecuencia es adoptado por el niño, el cual aprende a pensar que es enfermo, además se afecta el establecimiento de rutinas y de hábitos necesarios para el desarrollo de mecanismos interactivos (2,7,10).

### Evaluación:

Teniendo en cuenta los aspectos anteriores, la evaluación del bebé prematuro cubre aspectos diversos entre los cuales se analiza el estado del bebé durante el examen, condiciones físicas (4), respuestas al ambiente, la organización de la información sensorial, la habilidad del niño de organizar las respuestas provenientes del ambiente (8,9), la integración neuromotora, la estabilidad psicológica, la regulación de sus estados de conciencia, sueño

y excitación (3,4), para analizar lo anterior se utilizan diversas escalas, dependiendo de la clínica. En este sentido se encuentran la escala de comportamiento neonatal de Brazelton, la cual comprende items motores y de comportamiento. Es usada para valorar niños entre 37 y 44 semanas de gestación, de forma adicional, esta escala se complementa con la de "Kansas Suplementary", la cual capta las características de niños prematuros de alto riesgo (4,5,8); la escala "Neonatal Behavior Examination", la cual provee un instrumento que facilita un conciso sistema numérico y necesario de cuantificación, análisis y estandarización; incluye 27 items organizados en tres secciones que representan aspectos diversos de la conducta neuromotora, especialmente en lo que se refiere al tono, al patrón motor, a los reflejos primitivos, a las respuestas motoras, temperamento y equilibrio, esta escala es usada para niños entre las 32 y las 42 semanas de gestación (5). Se utiliza también el cuestionario de expectativas de la madre sobre el desarrollo sensorial ideado por Parush y el cual señala el conocimiento que la madre tiene de la capacidad sensorial del recién nacido y la percepción que ella tiene de su influencia en el desarrollo del niño (7).

La unidad de cuidado de bebés es un lugar ocupado y con frecuencia lleno de estímulos, donde hay que tener la máxima precaución para proteger a los bebés vulnerables. Esto se hace más evidente si se tiene en cuenta que las condiciones ambientales durante el período prenatal y perinatal tienen un impacto determinante en el desarrollo intelectual afectivo y sensoriomotor (1,3,7).

Aunque en la unidad se debe dar prioridad al estado médico y a su sobrevivencia, no deben ser excluidas otras necesidades que se relacionan con la calidad de vida (7,11).

Las tareas primarias adaptativas del recién nacido, se encuentran descritas como etapas en la organización del comportamiento y son: -Fisiológica dirigida a la estabilización e integración de las funciones fisiológicas, -Motor, área que es el inicio de respuestas de comportamiento organizadas a los impulsos sensoriales. -Estado, que hace referencia a la diferenciación y control modular del estado de atención. -Interacción, que hace referencia a la diferenciación y control modular de la interacción social (7).

### Intervención:

La intervención, intenta golpear la motivación interna del niño hacia el crecimiento y desarrollo, equilibrando el impulso ambiental con el proceso sensorial y las habilidades organizativas. Estos desafíos son guiados por el Terapeuta Ocupacional en términos de tiempo, complejidad, variedad y lo específico de la demanda. El niño examina primero las experiencias del mundo y copia las habilidades en vez de mirar exclusivamente a logros de

destrezas de desarrollo (8,9,10).

El Terapeuta Ocupacional puede hacer que el cuidado del niño sea más contingente, observando estrechamente sus conductas y sus respuestas, junto con el conocimiento del problema y la conducta gestatoria apropiada para la edad, trabajar con el equipo de la unidad de cuidado de bebés de alto riesgo para modificar el ambiente y ayudar al niño a controlar su propio comportamiento. El Terapeuta Ocupacional debe instruir al personal de la unidad para reconocer y utilizar las señales del niño en el cuidado diario y así poder ayudarlo a desarrollar y utilizar los precursores de los intereses para motivar el comportamiento de la exploración y la creencia de los niños en su propia eficacia (1,2,3,7,11)

En la intervención entonces no se debe olvidar que el bebé de alto riesgo tiene oportunidad de vivir una vida productiva significativa en la medida que el medio ambiente fomente el desarrollo y aprendizaje de habilidades, la formación efectiva de hábitos y las uniones satisfactorias (7). El logro de esto depende de la forma como se efectúe la intervención, tanto con la familia como con el bebé y en relación a esto último, adecuando mecanismos de interacción y autorregulación, presentando niños desarrollados física, emocional, sensoriomotor, mental, social y sobre todo, competentes y adaptados (7,9,11).

Partiendo de lo anterior, el desarrollo debe dirigirse, en cuanto al bebé, a remediar los déficits reforzando sus fuerzas y creando un medio ambiente que posibilite la curiosidad, la exploración y el desarrollo de una conducta ocupacional satisfactoria (7), y en cuanto a los padres, se les da asesoría en aspectos de mejoramiento de la interacción padres-hijo, facilitación de los ajustes del bebé a su ambiente, de las destrezas, de los movimientos que generen en el bebé un incremento de sus respuestas sensoriomotoras (1,2,3).

En lo referente al ambiente animado, se sugieren cambios, por ejemplo: la colocación intravenosa (un procedimiento frecuente) donde el niño puede ser tensionado por las demandas de la tarea, él puede ser sujetado al lugar donde va la intravenosa y el resto del cuerpo no tiene forma de encontrar la estabilidad postural en la superficie plana, el resultado es el niño pataleando, alarmado y mostrando inestabilidad psicológica, se debe envolver al niño y contener las extremidades ya que esto ayudará a soportar éste y otros procedimientos (3).

En cuanto al ambiente inanimado, cambios temporales pueden incluir cubrir al niño de luces brillantes constantes colgando mantas sobre la cuna, determinar el horario de bajar las luces del cuarto, usar móviles y

juguetes de forma sensata y basados en el nivel del infante, sensibilizar al personal sobre el efecto de cerrar la incubadora con fuerza o dejar caer cosas sobre la incubadora, cambiar la cama de un niño especialmente sensible a un lugar de menos luz directa y menor actividad a su alrededor.

En cuanto a la alimentación, se tiene que técnicas simples de facilitación pueden incorporarse en la rutina del niño para facilitar el desarrollo normal de succionar y mejorar al mismo tiempo el proceso digestivo general (3,4).

Es esencial interrumpir posturas anormales por posición para facilitar el desarrollo de factores que puedan posiblemente resultar de la falta de balance del tono flexor y extensor (1,6), se debe anotar además que muchas de estas técnicas de posición tienen un efecto organizador en el comportamiento del niño y permiten mejor potencial para desarrollar conciencia de su cuerpo y desarrollo de un movimiento, igualmente las restricciones impuestas por procedimientos médicos necesarios y los equipos no permiten libertad de movimiento para sentir y explorar adecuadamente (3). Se necesita planear cuidadosamente una intervención terapéutica para romper estos ciclos de roles desviados y adquiridos.

En lo referente al aspecto sensorial, la teoría de integración sensorial puede usarse como guía para la elección de actividades para la intervención a fin de disminuir, en algunos bebés, sus respuestas deficitarias, se pueden dar estímulos propioceptivos, visuales, tátiles. Para este nivel, es importante tener en cuenta que se debe dar una presentación cuidadosa de los estímulos y si estos se dan junto con adaptaciones ambientales, es posible lograr respuestas sensoriales más apropiadas (1,6).

En el manejo del bebé prematuro y de alto riesgo, es importante mantener una comunicación permanente con el equipo interdisciplinario al igual que con los padres, a fin de facilitar el ingreso de esto desde un comienzo en la estimulación apropiada a nivel de la prevención de posturas por tiempo prolongado, la posición adecuada para dormir y para que durante la alimentación se facilite el contacto visual bebé-mamá, para evitar la expresión de los sentimientos negativos de los padres a través de que reconozcan cómo se desarrollan las capacidades y potencialidades de interacción del bebé.

## ABSTRACT

The purpose of this article is to present to the readers the relevance of intervention-action of O.T. on the care of high risk infants. In order to reach this goal we initiate this with a theoretical framework, that emphasizes on the tone, level dysfunction, the awarness state and feeding habits of the

baby on one hand, and on the other, we consider the environment difficulties in terms of the class of the stimulus and the interaction pattern with the parents and other ones who have an impact on the performance of the baby's Occupational role.

With this point of view we emphasize in the way that O.T. can do an intervention with the baby as it is and as an active participant of the surrounding world in which he establishes relations that make it possible his adaptation and competence and finally taking into account that during this process it should take place a dynamic relationship between the baby and the professional staff that is working with him and his parents.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- *American Occupational Therapy Association.* (1986). Sensory Integration Information Packet Rockville, AOTA Inc.
- 2- *Burke.* (1987). Maternal Role Preparation a Programme Using Sensory Integration Infant Mother Attachment and Occupational Behavioral Perspectives. *O.T. in Health Care* 4, 9-21.
- 3- *Caryl Semmler.* (1989). A guide to Care and Management of very Low Birth Wight Infants. *Terapy skills builders.*
- 4- *Casaer P, Eggermant E.* (1985). Neonatal clinical neurological assessment: the at-risk infant, psychosocial medical aspects, Baltimore, Paul Brokers Publishing Co. Inc.
- 5- *Einarsson, Backes, Steward.* (1992). Infant Neuromotor Assessment a Review and Preview of Select Instrument. *Am J.O.T.* 46(3) 224-232.
- 6- *Fisher A, Murray E, Budy E.*(1991). Sensory integration: Theory and Practice, Philadelphia, F.A Davis Company.
- 7- *Grimaldo Emma.* (1988). Desarrollo del modelo de la Ocupación Humana en Niños de Alto Riesgo, *Ocupación Humana* 2(4) 30-34.
- 8- *Nuse P, Stevens.* (1985). *Occupational Therapy for Children*, Toronto, The C.V. Mosby Company.
- 9- *Nuse P.,(1989).* *Occupational Therapy for Children*, Toronto, The C.V. Mosby Company.
- 10- *Kielhofner G.* (1985). *A Model of Human Occupational Theory and Application*, Baltimore, Williams and Wilkins.
- 11- *Schaaf R, and Mulrooney.* (1989). O.T. in Early Intervention: A Family Centered Approach. *Am J.O.T.* 42 () 745-754.
- 12- *Torres Marta.* (1989). Un Análisis del Modelo de la Ocupación Humana a la luz de los Cinco Componentes de un Campo de Conocimiento, *Ocupación Humana* 3(2) 9-16.



**ASOCIACION COLOMBIANA  
DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**POSICION OFICIAL  
SOBRE EL ROL  
DE LA TERAPIA OCUPACIONAL  
EN LA DISFUNCION FISICA**

Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional  
Trans. 5 No.49-00 Hospital Militar Central entrepiso 1  
Tels: 2454481 - 2883985  
Santafé de Bogotá

**Agosto de 1992**



## EL PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN DISFUNCIONES FISICAS

### INTRODUCCION:

Desde los orígenes de la Terapia Ocupacional en los años 20, a nivel mundial y luego a nivel nacional, el área denominada Incapacidades Físicas ha sido particularmente importante. Esto se ha evidenciado en los programas de formación ofrecidos por las universidades mas no de igual manera en el ejercicio de la profesión en el campo de la salud.

La práctica profesional en esta área se inició en Colombia con el tratamiento a personas adultas con Disfunciones Físicas ocasionadas por Traumas Raquímedulares, Accidentes Cerebro Vasculares, Artritis Reumatoidea y Enfermedades Degenerativas o Crónicas, en quienes existían limitadas posibilidades de recuperación y requerían de programas extensos de rehabilitación. Los programas de atención se orientaron por los avances en el conocimiento obtenidos tras casi 50 años de trabajo en los Estados Unidos. Predominó la relación terapéutica con la utilización de actividades artesanales como una forma de motivación y de ocupación del tiempo, orientada hacia la adquisición o desarrollo de habilidades manuales.

Posteriormente y con los alcances de los tratamientos ofrecidos por los Terapeutas Ocupacionales se hizo necesario ahondar en las potencialidades de las actividades y sus proyecciones a la ocupación habitual de los pacientes; esto se acompañó de una mayor sustentación teórica y profundidad en el análisis y aplicación de diversas actividades y ocupaciones a través de la comprensión de los componentes sensitivo-motores, cognitivos, perceptuales y ambientales requeridos para un desempeño futuro independiente y productivo.

En la actualidad se continúa el desarrollo conceptual de esta área, conservando y adecuando, por una parte, las bases y lineamientos mencionados anteriormente, y por la otra, rescatando el valor de la ocupación en el estado de salud planteado desde los orígenes de la Terapia Ocupacional y a relación de ésta con la calidad de vida de las personas.

Con respecto a los cambios en la práctica profesional, se identifican diferentes momentos caracterizados, como ya se mencionó, en los inicios por la intervención del Terapeuta Ocupacional como un miembro más del equipo de rehabilitación, cuya acción estaba sujeta a las metas trazadas para el período de hospitalización; la creación de otros frentes de trabajo, donde se obtenía una mayor valoración de la profesión, y las crisis internas generadas por las limitaciones para el ejercicio profesional autónomo. Los

cambios en la formación y la práctica de cada profesional condujeron a un descuido de las instituciones de salud. Hoy en día la Terapia Ocupacional en esta área está tomando nuevamente fuerza pero ya no con las debilidades de épocas anteriores, sino con una mayor apropiación y desarrollo de su campo de conocimiento y de su propia identidad en el ejercicio profesional.

## MARCO GENERAL

Los Terapeutas Ocupacionales en Disfunciones Físicas ofrecen programas de atención a las personas en estados de salud o enfermedad, desde el nacimiento hasta la muerte, a lo largo del ciclo vital. Esto nos lleva a replantear la limitada denominación de Incapacidades Físicas donde lo relevante era el estado de incapacidad.

A partir del diagnóstico ocupacional, los discapacitados físicos presentan una amplia gama de disfunciones, resultantes de alteraciones en los sistemas musculoesqueléticos, osteoarticulares, nerviosos y cardiovasculares, ocasionados por enfermedades agudas, crónicas, traumáticas y/o terminales.

Los modelos de intervención de Terapia Ocupacional en esta área han venido evolucionando y ampliando significativamente el campo de acción profesional, dando como resultado la especialización en la atención de diferentes áreas médicas como Neurología, Ortopedia, Cirugía Plástica, Reumatología y Rehabilitación, entre otras.

Los avances científicos y tecnológicos derivados de estas áreas han requerido una mayor profundidad en conocimientos y en las posibilidades prácticas de tratamiento en el radio de acción de la Terapia Ocupacional, llevando cada vez más la especialización del profesional.

Las políticas de salud, la nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad y el desarrollo tecnológico en el área se dirigen a estimular acciones para el cuidado de la salud, lo que ha llevado progresivamente a un incremento en la expectativa de vida de la población Colombiana. Estos factores combinados con las políticas de hospitalización, la atención ambulatoria, los programas de atención primaria en salud y la integración de los discapacitados físicos a las actividades competitivas de la sociedad han generado la necesidad de aumentar la oferta de servicios con acciones y programas desde la perspectiva del ejercicio tradicional de la profesión en el campo de la rehabilitación institucional, en nuevos campos de la salud y la incursión en el medio ambiente familiar, laboral/ocupacional o en la comunidad misma.

A partir del marco presentado, las autoras de este artículo pretenden

plantear algunos elementos conceptuales básicos para el trabajo de esta área y hacer evidente la importancia del ejercicio profesional en los ambientes donde se abordan situaciones o condiciones de salud incluyendo las propias instituciones de salud, el hogar, el sitio de trabajo y la comunidad.

### ELEMENTOS CONCEPTUALES

El desempeño Ocupacional del hombre se desarrolla en condiciones normales en forma continua e ininterrumpida, pero cuando este proceso se altera por factores biosociales o psicosociales, la persona puede tener limitaciones para la independencia y productividad esperada de acuerdo a su nivel de desarrollo.

El Terapeuta Ocupacional interviene como agente facilitador, pero el éxito de la intervención está dado por el compromiso activo de la persona en su particular programa de tratamiento. En él se plantean metas, objetivos y mecanismos de ejecución claramente definidos que incluyen el uso de actividades relacionadas con las de juego, escolaridad y trabajo o cualquier otra que sea importante y proporcional con los intereses individuales y con los propósitos del programa.

El enfoque del programa puede variar según la naturaleza de la disfunción, la meta y los objetivos propuestos. Para ello se encuentran marcos de referencia cuyas bases teóricas han orientado la práctica profesional como son: El Kinesiólogo, dirigido a mejorar elementos motores comprometidos por la incapacidad física y requeridos para el posterior desarrollo de una función; el Neurológico, dirigido a influenciar el Sistema Nervioso Central y particularmente el cerebro en la búsqueda de respuestas adaptativas a las situaciones de la vida cotidiana. Aunque perdura la utilización de estos marcos, se han trascendido para dar paso a la comprensión integral del ser en una dimensión no solo biológica, sino también emocional, en un medio ambiente personal y social en el cual ejecuta sus actividades cotidianas.

Específicamente en esta área el Terapeuta Ocupacional realiza el estudio, análisis e interpretación del desempeño ocupacional y sus disfunciones ocasionadas por factores de riesgo y alteraciones en la esfera biológica y social; esto a partir de los requerimientos musculoesqueléticos, sensoperceptuales, cognitivos y socioemocionales en el autocuidado, las actividades productivas y de descanso necesarias para la conservación y recuperación del estado de salud.

El desempeño ocupacional se desarrolla en todas las etapas de la vida hasta estar claramente definido en el adulto; ocurre en la medida en que la persona se adapte y responda efectivamente a las demandas del ambiente

por la integración de factores internos y externos.

Según los marcos de referencia funcional, neurofisiológico y biomecánico, capacitan a la persona desde diferentes aproximaciones, en la adquisición de habilidades y responsabilidades proporcionales a su nivel de desarrollo y al medio familiar, escolar, laboral y social en el que se desenvuelve.

El alcanzar o mantener la independencia funcional y el estado de salud esperado implica establecer un equilibrio entre la actividad y el descanso en condiciones particulares reguladas por la interacción de la persona con el medio ambiente. Este equilibrio puede romperse por un estado de enfermedad aguda, crónica o terminal; por un trauma físico, psíquico o social cuyos efectos influyen de manera negativa y alteran la competitividad del individuo en las actividades de su vida cotidiana.

Es necesario considerar que las enfermedades crónicas llevan a largas incapacidades y a progresivas pérdidas de independencia funcional, por lo tanto, el Terapeuta Ocupacional debe ofrecer alternativas de motivación y desempeño acordes con el estado particular de cada persona.

Las enfermedades agudas implican períodos relativamente cortos de incapacidad y las limitaciones funcionales son transitorias, por lo que no se espera una incapacidad residual; el Terapeuta ofrece programas proporcionales en la etapa de recuperación en que se encuentre.

A partir de estos planteamientos cabe resaltar que el interés de la Terapia Ocupacional en esta área se centra en las capacidades y potencialidades existentes en la persona y no en la enfermedad o incapacidad misma; influye sobre ella por el impacto que tiene o puede tener en el nivel de independencia funcional y en general en el desempeño ocupacional personal.

El objetivo fundamental es facilitar y promover el desempeño ocupacional del discapacitado físico y prevenir mayores disfunciones, ofreciendo oportunidades para mejorar y/o mantener las capacidades físicas, psíquicas y de interacción ambiental necesarias para una vida independiente y productiva.

Un marco funcional es de gran utilidad cuando la persona requiere de adaptaciones específicas para ejecutar sus actividades de una manera más fácil o eficiente, incluye las modificaciones al ambiente físico y a las actividades, como también el uso de equipo especial

## PRACTICA PROFESIONAL

Los propósitos de la Terapia Ocupacional se alcanzan a través de planteamientos para la intervención de la ejecución del programa por medio de la aplicación secuencial de métodos y técnicas que preparen a la persona para un desempeño ocupacional independiente.

El proceso de intervención debe adecuarse a las políticas institucionales y a las condiciones particulares en que se ofrecen los servicios y al ambiente laboral en que trabaje el terapeuta. Se parte siempre de dos amplias fases, una de evaluación general que lleva a evaluaciones más específicas y al planteamiento de un diagnóstico ocupacional que determina la necesidad o no del tratamiento; en la segunda fase de tratamiento se determina el tipo de intervención: institucional, comunitario, domiciliaria o laboral, entre otras.

## EVALUACION:

La evaluación de Terapia Ocupacional tiene por objeto establecer un diagnóstico sobre las capacidades e inhabilidades específicas para el desempeño ocupacional y establecer los parámetros, mecanismos y técnicas de intervención que se deben utilizar.

Las pruebas e instrumentos tienen el propósito de suministrar información del desempeño ocupacional y de qué manera estos pueden interferir en la competencia individual.

La evaluación del desempeño incluye las habilidades para el autocuidado, la productividad y el descanso, requeridas para vivir en comunidad y desarrollar una ocupación laboral.

La evaluación de los componentes de desempeño puede incluir un análisis de funcionamiento neuromuscular, amplitud articular, fuerza, habilidades motoras y cognitivas; como también la necesidad de ayudas ortésicas y protésicas.

Dentro de la evaluación es importante tener en cuenta que la realización periódica de las mismas permite cuantificar y cualificar los cambios ocurridos obteniendo la evolución durante el tratamiento. Igualmente se pueden modificar los planteamientos teóricos y los métodos y técnicas usados para mejorar los déficits encontrados en cada paciente.

## TRATAMIENTO:

La realización del plan incluye establecimiento de metas y objetivos, descripción de la intensidad y tipo de intervención requerida, teniendo en cuenta que los servicios se pueden suministrar directamente en las insti-

tuciones, en práctica privada y/o en la comunidad.

El tratamiento se basa en las actividades con propósito, las que se deben seleccionar, analizar y aplicar, teniendo en cuenta los resultados de las evaluaciones, los intereses del paciente y el desempeño ocupacional anterior y el esperado al finalizar el programa de tratamiento.

Es recomendable utilizar los medios y técnicas de tratamiento propias de Terapia Ocupacional, sin desligarlos del ambiente personal y forma particular del diario vivir, con el fin de que una vez terminado el programa, la persona continúe con su vida saludable y productiva.

## PROYECCIONES DEL AREA

La evolución de la profesión a nivel mundial, los cambios en las políticas de salud y en la formación de los profesionales tiene un impacto directo sobre el ejercicio profesional mostrando la necesidad de expansión y aumento de cobertura de los servicios.

La Terapia Ocupacional debe asumir compromisos en esta área a través de programas institucionales y comunitarios que faciliten la independencia funcional y fomenten el buen estado de salud. Los terapeutas tienen excelentes herramientas para identificar riesgos y disfunciones en diferentes poblaciones y medios, lo que permite la detección temprana y el tratamiento oportuno.

Compromisos mayores debemos adquirir para validar los efectos de los programas de intervención de Terapia Ocupacional, las técnicas de tratamiento utilizadas y avanzar en la fundamentación teórica pertinente a esta área.

Finalmente se puede decir que en el momento actual es indispensable empezar por aunar esfuerzos para el establecimiento de medidas y sistemas de evaluación estandarizados, capaces de evaluar cualitativa y cuantitativamente los cambios en el desempeño ocupacional.

Preparado para la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional por:

María del Carmen Vallejo E.  
*Terapeuta Ocupacional*  
*Universidad del Rosario.*  
*Hospital Militar.*

Nohora Stella Díaz C.  
*Terapeuta Ocupacional*  
*Universidad Nacional*  
*Magister en Administración*  
*de Salud Universidad Javeriana.*

## BIBLIOGRAFIA

*AOTA: (1992). The Association white paper: O.T. and the American with disabilities act. Am J.O.T. 46(5) 470-472*

*Bowman Jayne. Guest Editor: (1992). Special Issue on the Americans with disabilities act of 1990. Am J. O.T. 46 (5) 391-396*

*Díaz Nora Stella (1990). Propuesta de un modelo de registro sistemático de Terapia Ocupacional en los procesos biosociales y sus disfunciones. Bogotá. (artículo no publicado)*

*Reed Kathryn: (1992). History of Federal Legislation for Persons with Disabilities, Am J O.T. 46(5) 397-408*

*Rybski Debra: (1992). A Quality implementation of title I of the American with disabilities act of 1990, Am J O.T. 46(5) 409-418*

*The Canadian Association of Occupational Therapist (1991). Position paper on the role of Occupational Therapy in Paediatrics. Ontario*

*Trombly, Catherine (1982). Occupational Therapy for Physical Dysfunction, 2ed Baltimore Willians and Wilkins*



## FACTORES OCUPACIONALES EN LOS SINDROMES DE SOBREUSO

*María Cristina Tafurt Rojas. T.O. \**

**Palabras claves:**  
**Ergonomía**  
**Trabajo**  
**Actividad**

### **Resumen:**

Con el presente artículo se hace una revisión de las causas de diverso orden que pueden determinar la aparición de un síndrome de sobreuso (S de SU), para a partir de esto señalar las consecuencias en el desempeño ocupacional de un individuo y la forma de intervención mediada por factores de orden ergonómico, antropométrico y biomecánico.

### **Historia:**

En 1717, Ramazinni, describió y reconoció causas ocupacionales como factores predisponentes en algunas lesiones de trabajadores. Briethaups (1815) se refirió a fracturas como consecuencia de lesiones por sobreuso, Runge (1873) describió el codo del tenista, lesión no ocasionada por un puesto de trabajo, pero sí producida por una lesión de sobreuso, Limpcomb (1944) reafirmó el rol que juega el trauma repetido en la tenosinovitis e incluyó las lesiones de orden deportivo, Corregan (1967) escribió sobre síndromes por sobreuso en los deportes y desde entonces hasta la fecha se ha escrito y hablado mucho sobre este tema. (3).

Este reconocimiento conceptual está asociado con las múltiples quejas que aparecieron simultáneamente con la creación de líneas de trabajo y con éstas, la creación de una legislación laboral que facilita compensaciones a los trabajadores. (3,4).

\* Docente Escuela Colombiana de Rehabilitación.

\* Facultad de Terapia Ocupacional.

Los términos utilizados para referirse a estas lesiones son múltiples, hay quienes los llaman lesión por sobre-esfuerzo repetido, lesión ocupacional de miembros superiores, síndrome doloroso regional, desorden ocupacional cervicobranquial, síndrome de estrés ocupacional, etc. (3,4), lo que es claro en los nombres anteriores es la tendencia a asociar el síndrome a un trauma repetido y originado en la ocupación que desarrolla el individuo. (Ocupación entendida bajo los términos del Modelo de la Ocupación Humana).

Ramazinni (1717) concluyó que variadas y múltiples son las enfermedades adquiridas por algunos trabajadores de las artesanías y las industrias, adjudicando esto a ciertos movimientos violentos e irregulares, a posturas incorrectas que lesionaban la estructura del cuerpo. Para Hunter (1986) el S de SU es una condición dolorosa de la mano y el brazo producida por una utilización intensa de estos segmentos en una actividad que requiere largos períodos de manipulación, la cual es excesiva para el individuo afectado. Bowers (1989) a su vez hace referencia a que el entorno del hombre varía de persona a persona y de tiempo en tiempo, en el tamaño y relación mecánica con su estructura musculoesquelética, aplicaciones frecuentes de fuerza, repeticiones y estrés de la estructura musculoesquelética inducirán a cambios dimensionales de la mayoría de los elementos estructurales envueltos en la disipación de la energía producida por el estrés. Si los cambios inducidos son como respuesta a la tarea que hace la mano, se dice que la estructura está adaptada al estrés. El nivel funcional varía con la tolerancia al monto de estrés. El trauma acumulativo es un gaje de la vida, si no es compensado puede terminar mal y si se compensa puede también ser un problema (3).

Asociado a estas definiciones, se puede afirmar que hay signos y síntomas que identifican al S de S.U. en MMSS que son: dolor difuso, hormigueo, debilidad de manos, muñeca, brazos y cuello, a veces se encuentra asociado con insomnio, fibrosistis, cefaleas tensionales (1,3,4).

### Causas:

Las alteraciones musculoesqueléticas son un problema en las diferentes áreas ocupacionales ya que ocasionan ausencias del puesto de trabajo, altos costos al sistema de salud, pérdida en la producción y sufrimiento personal del trabajador. La presencia continua de las molestias en los trabajadores de la industria, se asocian a la aparición de nuevas tecnologías que muestran fallas sociales en la medida que hay un olvido acerca de las necesidades y habilidades del trabajador. Esto, aunado a la aparición frecuente de S de SU con la problemática concomitante, ha hecho que diversas instituciones se dediquen al análisis de diferentes fuerzas de trabajo. En este delineamiento, se logró detectar un alto riesgo en la

industria aeroespacial, en los agricultores, ensambladores de automotores, procesadores de palabra, artistas, trabajadores de salud, deportistas, manufactureros (1,3).

Se ha establecido que los movimientos repetitivos son el factor de mayor preponderancia para desarrollar un desorden de trauma acumulativo como la tendinitis, la bursitis, la epicondilitis, el síndrome del pronador, del túnel del carpo, etc. (15). Sin embargo, la relación entre repetición y lesión no es ni directa ni tan simple. Hay una gran variedad de factores que trabajan combinadamente con los movimientos repetitivos ya sea para exacerbar o reducir tensión. Lo cierto es que las demandas hechas a un tejido pueden exceder sus límites adaptativos y ocurrir el daño. El S de SU, es el resultado de esfuerzos submáximos aplicados frecuentemente o en incremento muy rápido que pueden resultar en una lesión del tejido (3,8).

Lo anterior, se correlaciona con los factores ergonómicos identificados en las investigaciones y que tienen un significado importante dentro de los S. de SU, estos incluyen la repetición, la postura, el estrés mecánico, la vibración, la temperatura, el diseño de las herramientas, el tiempo de trabajo. A estos factores se suman los de orden psicológico y socioeconómico, los cuales a su vez, se correlacionan con la personalidad previa del individuo y las compensaciones laborales.

Cualquier actividad repetitiva desde pasatiempos a labores caseras, puede originar molestias. Cuando un trabajo se convierte de repente en técnicamente difícil, más acuciante y socialmente menos agradable, es probable que el trabajador empiece a concentrarse en sus síntomas. Esto, puede ser magnificado por un aspecto personal (cuando se sabe el diagnóstico y el posible origen de la lesión) y un aspecto social (el papel que juega el tipo de trabajos en la lesión. Si a esto se suma un trabajo mal remunerado, una situación económica difícil, una mala relación de pareja, se tendrá un cuadro complejo que abarca el sistema ocupacional del individuo comprometiendo en alguna medida los subsistemas volitivo, habituacional y de ejecución que cobijan al ser humano como un todo (3,14).

Esto, lleva a tener que analizar al paciente desde diferentes puntos de vista, pues surge un problema multifactorial que deberá ser manejado como tal y por lo tanto requerirá de un trabajo interdisciplinario.

### **Consecuencias:**

La etiología de los S de SU se puede dividir en factores intrínsecos atribuibles directamente a las características físicas y mentales del individuo y factores extrínsecos relacionados con el tipo de ocupación, equipo, entrenamiento o experiencia de trabajo (3,6,8.).

Las actividades repetitivas, como las producidas en las líneas de ensamble, han dado origen a investigaciones, ya que se consideró que el trabajo por pasos y el estrés producido por estos, se relaciona con el S de SU. En este aspecto, se encuentra la investigación sobre fabricación de partes de ferretería, en la cual no se logró determinar si el problema estaba en el movimiento requerido para atornillar una parte a otra, o se estaba generando en tener que colocar el producto en una banda sin fin. Lo cierto es que el 64% de los trabajadores experimentaban algún tipo de sintomatología al final de la semana y la mayoría de las quejas se encontraron en la muñeca y la mano, el 50% involucró las dos manos, el 40% la mano derecha y el 10% solamente la mano izquierda. El estudio concluyó que los trabajadores en las líneas de ensamble o en serie, tiene que soportar presión (por tiempo de trabajo y el tipo de movimiento), que se traduce en tensión músculotendinoso pudiendo esto ocasionar la fatiga de los músculos utilizados o incrementar el estrés biomecánico de los tendones, lo cual se asocia con la fuerza que se requiere para la utilización de algunas herramientas y por la posición requerida por el puesto de trabajo (7).

En los deportistas, las lesiones están asociadas a fatiga muscular, posturas incorrectas bajo gran tensión o falta de técnica o de adecuado equipo (7).

En los intérpretes de música, se han encontrado cuatro factores de riesgo referente al número de movimientos repetitivos, a la postura exigida para tocar el instrumento, al soporte requerido por el instrumento para ser interpretado o mientras se transporta de un lugar a otro, la resistencia que ofrece el tipo de instrumento y la fuerza que debe ser aplicada. A esto, se suman la hiperlaxitud, (la cual se encontró presente en el 20% de los músicos), factores psicológicos, intrínsecos y el estatus socioeconómico (6,9).

Alrededor de lo anterior, se genera una gran cantidad de factores ocupacionales que condicionan esta patología y que por lo tanto deben poder afrontar al paciente integralmente; esto dependerá de una evaluación que analice Historia Ocupacional, ABC, AVD, UTL, Actividad laboral (6,8).

Estas actividades requieren de un análisis detallado, de una visita al puesto de trabajo donde se analiza el diseño ergonómico, el medio ambiente, las herramientas que requieren de manipulación y su relación con las medidas antropométricas del paciente, el análisis biomecánico de las posturas requeridas por el trabajador en cada una de las tareas que desarrolla. Simultáneamente, se hace un análisis de los intereses del paciente, lo cual permite determinar si están de acuerdo con las actividades que desarrolla. También es importante analizar si el paciente busca algún tipo de ganancia laboral puesto que esto, se convierte en un gran interferen-

te dentro del proceso de recuperación del individuo.

### Intervención:

Se puede decir con base en los puntos mencionados en la evaluación que estos deben permitir o facilitar:

- Reconocer el S de SU y su tendencia en el puesto de trabajo.
- Reconocer que herramientas, maquinaria, material y su manipulación producen el S de SU para determinar las modificaciones requeridas por el puesto de trabajo, o ABC, AVD, UTL y que aditamentos pueden ser utilizados para mejorar el desempeño ocupacional (1,4,8,12,18.).
- Analizar el puesto de trabajo e identificar los factores biomecánicos que puedan estar contribuyendo a la presencia de patología.
- Identificar la capacidad de trabajo del individuo e identificar los factores que impiden alcanzar el óptimo estado.
- Identificar si el paciente persigue algún tipo de compensación laboral (pensión, traslado de actividades, etc.).
- Colaborar en la identificación de factores subjetivos (psicológicos) ocasionados por la lesión que pueden interferir en el proceso de recuperación. Un factor importante de analizar es el dolor en cuanto a su localización, descriptores de dolor, tiempo del día en que aparece el dolor, duración y magnitud del dolor, factores que incrementan o disminuyen la molestia, la postura del segmento cuando aparece el dolor.
- Planear rápidamente pero no anticipadamente, con todo el equipo el retorno del individuo a sus actividades ocupacionales.
- Monitorear la condición del trabajador después de haber retorna do al trabajo (17).

La intervención se hace entonces a través de diferentes métodos que irán directamente a corregir los factores ocupacionales que están condicionando la perpetuación del S de SU. Se puede decir que el manejo de estos pacientes puede llevarse a cabo a través de un "reposo relativo", que paulatinamente lleve al individuo a retomar sus roles ocupacionales. Esto, se obtendrá a través de un trabajo en equipo correctamente coordinado.

Durante el primer estado, en el S de SU pueden utilizarse férulas que facilitan el reposo del segmento y el buen posicionamiento; estas férulas se irán modificando según las necesidades del paciente y según su recuperación hacia dinámicas, de tal forma que faciliten la readquisición de algún patrón de movimiento (1,3,10).

Simultáneamente, se trabaja imitación de actividades de ABC, AVD,

UTL para permitir al paciente vivenciar patrones biomécanicos correctos, que creen nuevos hábitos de ejecución. Esto es muy importante, puesto que si el paciente no consigue esta disciplina y no hace una buena adherencia, el tratamiento tendrá una mejoría muy corta. En cuanto al puesto de trabajo, se diseñan los cambios ergonómicos que pueden ser llevados a cabo.

El diseño incorrecto de las herramientas de trabajo, puede generar una variedad de S de SU. Por ejemplo, es importante el tamaño y forma acordes a la talla del trabajador, la textura del material, el propósito de la herramienta, la forma de la manipulación, la capacidad de absorción de impactos y el peso de la misma. Todo esto debe ser correctamente aplicado durante todo el proceso de diseño de la misma para que cumpla con los requerimientos mínimos de seguridad industrial, los cuales deben ser exigidos tanto por el consumidor (quien compra la herramienta), como por el trabajador. De esta forma se evitará la aparición de variadas patologías de tejidos blandos (11).

La forma y la textura son importantes en las herramientas que se manipulan, el diseño siempre debe tener en cuenta los arcos de las manos y las prominencias musculares, pues mangos muy pequeños que requieran de mucha fuerza tienen la tendencia a producir lesiones neurovasculares y si a esto le agregamos una textura burda, corrugada o muy dura que no absorba vibración, puede generarse un compromiso de tejidos blandos que resulta en una inadecuada prensión, es decir, en inadecuada relación hombre-máquina que no permite la máxima transferencia de energía disipándose ésta y, por lo tanto, perdiéndose eficacia (10).

El diseño de las herramientas debe, por tanto esforzarse en eliminar cualquier grado de incomodidad para el trabajador y facilitar al máximo su manipulación. Los mangos que requieren ser tomados por encima de la altura de los hombros, están incorrectamente diseñados y tienen la tendencia a ocasionar el Síndrome del opérculo torácico o del escaleno, lo que conduce a que la altura del trabajador sea importante en un determinado puesto de trabajo y el diseño de la herramienta debe poder ser ajustable para colocarse a la altura de los hombros (10-11).

Las herramientas pesadas tienen la tendencia a causar espasmo de los músculos intrínsecos, tendinitis, etc., cuando son utilizadas repetidamente. El constante manejo de la herramienta pesada más anillos colocados en las manos mientras se hacen tareas, tiene la tendencia a producir S de SU como dedos en gatillo (12). La articulación metacarpofalángica y carpometacarpiana del pulgar son articulaciones de apoyo que pueden sucumbir fácilmente ante prolongadas y repetidas pinzas o agarres de mangos muy largos ocasionándose sinovitis traumáticas y agravando una

articulación artrítica. Mantener el pulgar en agarre en flexión en la articulación carpometacarpiana para controlar pequeñas herramientas por un período prolongado puede producir el síndrome del túnel del carpo. Esta misma lesión puede originarse por utilizar herramientas con la muñeca en palmiflexión por períodos prolongados, esto ocasionado por sillas muy bajas o mesas de trabajo muy altas (8,17).

A partir del análisis de todos estos puntos e integrándolos en lo que se ha denominado el fortalecimiento para el Trabajo, se plantean objetivos de tratamiento.

El fortalecimiento para el trabajo implica involucrar al cliente en actividades que simulen la resistencia, repetición, duración y biomécanica de la ocupación, a la cual deberá reintegrarse el trabajador. Entonces, lo que identifica y da la visión más clara de lo que es esta modalidad de intervención son las tareas de trabajo orientadas a mejorar el desempeño ocupacional del hombre (10,11,17).

Por lo tanto, uno de los objetivos primordiales del fortalecimiento para el trabajo es mantener o promover la identidad del individuo lesionado como un trabajador. La ejecución de tareas refina el movimiento e incrementa la eficacia en el proceso de reeducación neuromuscular. Esto se consigue planeando cuidadosamente un tratamiento que permita utilizar grupos musculares, rangos de movimiento, repeticiones y duración de tareas como si fuera un empleado.

La aproximación al paciente con S de SU tiene que desarrollarse a través de un análisis específico de las actividades que se podrán desarrollar al paciente; éstas deberán ser organizadas de tal forma que involucren paulatinamente los segmentos dentro del procesos de reacondicionamiento. Si se desarrollan simultáneamente muchas tareas, la respuesta al tratamiento puede ser muy desfavorable y muy difícil identificar qué está interfiriendo cuando hay un mal resultado. El proceso de fortalecimiento debe ir orientado a ganar el patrón de movimiento alterado, graduando la actividad para lograr el mayor control posible sobre las demandas de cada actividad (resistencia, rango de movimiento, repeticiones, coordinación, precisión y complejidad). La jerarquización de las tareas permite una graduación diaria de grueso a fino, de menor a mayor resistencia, destreza a rapidez, de simple a complejo (4,10).

Para finalizar, en todo programa el aspecto emocional debe ser tomado en cuenta. El estrés emocional como anteriormente se ha mencionado, produce tensión muscular, incrementa la frecuencia cardíaca así como la respiratoria, disminuye el control motor voluntario fino y la

concentración (3,10,14). Estos factores pueden interferir en la ejecución requiriéndose una pronta y oportuna intervención.

Cualquier miedo ante una recaída o la idea de una nueva posibilidad de lesionarse, puede inhibir al paciente para retomar nuevamente sus roles ocupacionales. Cuando el paciente percibe que quien lo trata no entiende las demandas que exige un correcto desempeño de su deporte o una adecuada ejecución de su instrumento musical, aparece un nuevo factor de riesgo para alcanzar el éxito en el tratamiento (6,8,10). Es, por tanto, importante que quien trate estos pacientes estudie a fondo las demandas de la actividad ocupacional y que trabaje en conjunto con el maestro de música, el entrenador o el jefe del puesto de trabajo. De igual forma, puede existir la otra cara de la moneda; los pacientes que no toleran el reposo relativo al cual son sometidos, lo cual es frecuente en los atletas, pues su nivel de actividad frecuentemente excede al normal siendo difícil lograr una buena adherencia al programa porque el pensamiento del atleta es que está perdiendo valiosas horas de entrenamiento.

Sin embargo, esto es apenas un esbozo de la complejidad en la que puede verse envuelto un paciente diagnosticado con S de SU. Es igualmente importante aclarar que no todos quienes desarrollan este tipo de lesiones tienen que presentar cuadros tan complejos, pero de ser así hay que dar una solución integral a un problema cuya causa es multifactorial.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aja D. (1991). Occupational Therapy: Intervention for Overuse Syndrome. Am J O.T. 45 (8).
2. Bejjani An K. (1990). Analysis of Upper Extremity Performance in Athletes and Musicians. Hand Clinics 6(3),393.
3. Dobyns J.H. (1991). Cumulative Trauma Disorder of the Upper Limb. Hand Clinics 7(3).
4. Hopkins, H.L. (1988). Willard and Spackma's Occupational Therapy, Seventh edition, Philadelphia, J. B. Lippencott Company.
5. Hotchkiss R. (1990). Common Disorders of the Elbow in Athletes and Musicians, Hand Clinic, 6(3),507.
6. Hunter J.H. (1984). Rehabilitation of hand the, 2nd ed., Toronto, Mosby.
7. Justrs J, Moore S, Lovelle D. (1987). Woodworking Injuries: An Epidemiologic Survey of Injuries Sustained Using Woodworking Machinery and Hand Tools. The Journal of Hand Surgery. Pag. 890.

8. *Kasdan M.L.* (1990). Occupational Hand and Upper Extremity Injuries and Disease, Philadelphia, Hanleyan Belfus Inc.
9. *Kielhofner Gary.* (1985). A Model of Human Occupation: Theory and Application, Baltimore, Williams and Wilkins.
10. *Markison R.* (1990). Treatment of Musical Hands: Redesign of the Interface. *Hand Clinics* 6(3),525.
11. *Meager S.* (1987). Tool Design for Prevention of Hand and Wrist Injuries. *The Journal of Hand Surgery* 12A(5) part 2,855.
12. *Pedretti L.W. Zoltan B.* (1990). Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction. Third edition, Philadelphia, Mosby Company.
13. *Prokop L.* (1990). Upper Extremity Rehabilitation: Conditioning and Orthotic for the Athlete and Performing Artist. *Hand Clinics* 6(3), 517.
14. *Richmond C.* (1991). Trastorno por Traumatismo Acumulativo. Una nueva Epidemia? Documento Ciba-Geigy pág. 30.
15. *Robert A.* (1987). Work place, Stress and Cumulative Trauma Disorder. *The Journal of Hand Surgery*, pág. 866.
16. *Russotti G. Amadio P.* (1990). Evaluation and Treatment of Hand and Wrist Disorders in Musicians. *Hand Clinics* 6(3), 405.
17. *Schultz Johnson K.* (1991). Work Hardening: A Mandate for Hand Therapy. *Hand Clinics* 87(3).
18. *Trombly C.A.* (1989). Occupational Therapy for Physical Dysfunction, Third edition, Baltimore, Williams and Wilkins.



**DISEÑO Y ELABORACION  
DE  
FERULAS  
Y  
ADITAMENTOS ESPECIALES**

**Servicio social  
a precios económicos**

Horario:

Martes y Jueves de 2:00 a 5:00 pm

**Facultad de Terapia Ocupacional**

*Escuela Colombiana de  
Rehabilitación*

Afiliada a

*Colegio Mayor de  
Nuestra Señora del Rosario*

Cra.30 N° 152-40 Piso 4  
2169799 Ext.14

## **ENFOQUE DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA EDUCACION ACTUAL**

*Elvia Cuartas Nieto. T.O. \**  
*Liliana Aguado Osorno. T.O. \**

**PALABRAS CLAVES:**  
**Aprendizaje,**  
**Educación,**  
**Asesoría.**

El presente artículo es una síntesis de la ponencia presentada en la celebración del Día del Terapeuta Ocupacional llevada a cabo el 16 de Noviembre de 1991, en la ciudad de Santafé de Bogotá.

La Terapia Ocupacional en nuestro país ha venido evolucionando en forma progresiva dando a conocer y estableciendo de acuerdo al campo de conocimiento, su filosofía y praxis al correlacionar marcos teóricos.

En forma tradicional, la acción del terapeuta en el área escolar inició sus eslabones a través de la educación no formal para luego delimitarse a colegios para niños con dificultades en el aprendizaje y manejo individual de niños en la práctica privada.

Actualmente, con los niveles de competencia establecidos por la educación a través de la sociedad, se ha marcado el inicio de un nuevo rol para los terapeutas dentro del ámbito educativo. Esto nos marca un momento trascendental en nuestra historia y por tanto se constituye en un reto para nosotros, la recopilación de los marcos que legislan la educación colombiana y la exploración del propio conocimiento; en base a esto nos proponemos dar una aproximación al rol, teniendo como base la consolidación de nuestras experiencias y vivencias al habernos desempeñando como

---

\* Universidad del Rosario.

terapeutas ocupacionales en el aula, asesorar programas educativos a nivel formal, no formal, y manejo de niños a nivel individual o grupal en práctica privada.

Para iniciar nuestro trabajo, consideramos importante hacer una revisión detallada de los artículos legales que sustentan el currículo actual.

## **LEGISLACION COLOMBIANA SOBRE LA EDUCACION:**

Para la renovación curricular en los niveles de preescolar, educación básica (primaria, secundaria) y la etapa media vocacional, emprendida por el Ministerio de Educación Nacional, se tuvieron en cuenta los fundamentos de la educación, los cuales cobijan principios de tipo legal, filosófico, epistemológico, sociológico, psicológico y pedagógico.

### **Fundamentos legales:**

Los fundamentos legales se refieren a las principales normas que sustentan la renovación curricular.

Según el Decreto 1002 del 24 de Abril de 1984 se establece el plan de estudios para los niveles anteriormente mencionados, para la educación colombiana. Para efectos del presente Decreto se entiende por plan de estudios el conjunto estructurado de definiciones, principios, normas y criterios que en función de los fines de la educación orienta el proceso educativo, mediante la formulación de objetivos por niveles, la determinación de áreas y modalidades, la organización y distribución del tiempo y el establecimiento de delineamientos metodológicos, criterios de evaluación y pautas de aplicación y administración.

### **Objetivos:**

#### **En la educación preescolar:**

“Desarrollar integral y armónicamente sus aspectos biológicos, sensorial, cognitivo y socioafectivo, y en particular la comunicación, la autonomía y la creatividad, y con ello propiciar un aprestamiento adecuado para su ingreso a la educación básica”.

#### **En la educación básica (primaria y secundaria):**

Reconocer sus potencialidades físicas, intelectuales y emocionales y desarrollarlas armónicamente y equilibradamente, para asumir con decisión y acierto la solución de sus problemas como individuo y como miembro de la comunidad, participando creativamente en el desarrollo económico, político, cultural y social de su país con base a su formación cultural, científica, tecnológica, ética y religiosa.

**En la educación media vocacional:**

“Afianzar el desarrollo personal, social y cultural adquirido en el nivel de educación básica”.

Adquirir los conocimientos fundamentales, las habilidades y destrezas básicas, que además de prepararlo para continuar estudios superiores, lo orienten hacia un campo de trabajo actuando con honradez, responsabilidad, eficiencia y creatividad.

“Aprender a utilizar racionalmente los recursos naturales, a renovarlos e incrementarlos; a emplear adecuadamente bienes y servicios que el medio le ofrece, a participar en los procesos de creación y adecuación de tecnología”.

“Utilizar creativa y racionalmente el tiempo libre para sano esparcimiento, la integración social y fomento de la salud física y mental”.

“Adquirir suficientes elementos de juicio para orientar su vida y tomar decisiones responsables”.

**Areas y modalidades:**

Comprende los conceptos, habilidades, destrezas, valores y actitudes relacionadas con un ámbito determinado de la cultura (anteriormente denominadas asignaturas).

“Las áreas de formación se clasifican en: Comunes, las que ofrecen formación general a todos los alumnos en la educación básica y media vocacional; y Propias, las que contribuyen a orientar al alumno hacia una formación específica en alguna modalidad de la media vocacional”.

“Las áreas comunes para la educación primaria son por ejemplo: Ciencias, Matemáticas, etc.”.

En la educación básica secundaria además de las áreas anteriores, se incluye como áreas comunes la educación en tecnología y la correspondiente al idioma extranjero”.

“Se entiende por educación en tecnología la que tiene por objeto la aplicación racional de los objetos y la adquisición y ejercicio de habilidades que contribuyan a una formación integral, faciliten la articulación entre educación y trabajo, y permitan al alumno utilizar de manera efectiva los bienes y servicios que le ofrece el medio”.

“En la educación preescolar se buscará el logro de los objetivos

mediante la vinculación de la familia y la comunidad mediante actividades integradas que se ajusten a los siguientes lineamientos: Aprovechar y convertir en ambiente educativo la realidad social en que vive el niño; utilizar los materiales y recursos propios de la comunidad; Adecuar el contenido y la duración de la actividad a los intereses de los niños de acuerdo con las características del trabajo en grupo, el espíritu de cooperación y amistad y el desarrollo de la autonomía del niño y además servir como aprestamiento para la educación básica primaria" (4,14).

"Como elementos importantes del proceso de aprendizaje, se organizarán en los centros educativos actividades complementarias a cada área o grupo de áreas en función de los intereses y necesidades de los alumnos y la comunidad" (4,14).

"La orientación escolar es inherente a todas las áreas y grados y debe facilitar a los alumnos la interpretación, integración y proyección de sus experiencias, en función de su desarrollo personal y social. La orientación vocacional como parte de la escolar se debe desarrollar a través de todo el proceso educativo y facilitar al estudiante el conocimiento de sus actitudes e interés, de las necesidades de la comunidad y de las oportunidades que le ofrezca el medio, con el fin de que pueda tomar decisiones responsables sobre su futuro" (4,14).

### **Organización y distribución del tiempo:**

Nivel	Horas al año	Horas semanales	Variación Act.
Preescolar:	800	20	20'
B. Primaria:	1000	25	60'
B. Secundaria:	1200	30	60'
M. Vocacional:	1200	30	60'+80 horas de trabajo comuni- dad.

### **Lineamientos Metodológicos y Evaluación:**

"La evaluación se establece como parte esencial de proceso educativo y como tal no debe limitarse a la asignación de nota y a la promoción, sino que debe programarse y desarrollarse por cada unidad didáctica y en sus procesos y resultados con el propósito de mejorar la calidad del aprendizaje".

Sin embargo posteriormente aparece el Decreto 1469 del 3 de Agosto de 1987. Por el cual se reglamenta el artículo 8º del decreto ley 088 de 1976 sobre promoción automática para el nivel de educación básica primaria.

"La promoción automática en el nivel de educación básica primaria será de obligatorio cumplimiento para los institutos públicos y privados".

"Para efectos del presente decreto se entiende por (4,14):

Evaluación escolar: el proceso de seguimiento y valoración permanente del estado en que se encuentra la institución educativa en sus aspectos organizacionales y administrativos, pedagógicos y de desarrollo del alumno, frente a los fines y objetivos del sistema educativo colombiano. Este proceso tiene como propósito la identificación de los logros y dificultades y la aplicación de los correctivos que hagan posible una alta calidad educativa.

Promoción automática: el proceso por medio del cual después de un seguimiento permanente de evaluación escolar, todo niño que curse un grado en el nivel de educación básica primaria, es promovido al grado siguiente al finalizar el año lectivo o antes, si sus capacidades y logros se lo permiten.

**Calificación:** juicio del valor sobre el desarrollo y progreso del alumno expresado en una escala convencional.

**Actividades de recuperación:** el conjunto de acciones planeadas y desarrolladas a lo largo del año escolar, con el propósito de que el alumno logre los objetivos del grado no alcanzados en diferentes áreas de formación.

Dichas actividades de recuperación se desarrollarán permanentemente en el tiempo escolar de que trata el Decreto 1002 de 1984 y como parte del proceso regular enseñanza aprendizaje" (4,14).

Es deber del maestro evaluar permanentemente el estado de desarrollo del alumno, elaborar como mínimo un informe descriptivo y explicativo de cada uno de los cuatro períodos del año escolar sobre el proceso de desarrollo del alumno y realizar en forma permanente actividades de recuperación.

Quedará a juicio del comité evaluativo la promoción de alumnos con dificultades específicas".

También por resolución 13676 de Octubre 6 de 1987.

Se establece el comité de evaluación, cuyas funciones estarán dirigidas a orientar y coordinar el proceso evaluativo, promover la actualización de docentes, asesorar a docentes, alumnos y padres en la programación y ejecución de las actividades evaluativas (4,14).

## FUNDAMENTOS DEL CURRICULO:

Aportes de los fundamentos al currículo.

**Filosóficos.** Toma al hombre como un ser cultural, histórico y social.

A través de este fundamento se orienta en el currículo a capacitar al individuo para adquirir destrezas, conocimiento y de la investigación científica y sobre el papel del quehacer científico en la sociedad. (3, 6, 8, 11).

Este fundamento aporta al currículo el principio de que en el educando y el educador se deben lograr habilidades referidas a: análisis, síntesis, observación, formulación de modelos, hipótesis, teorías, la crítica y deducción uniendo teoría y praxis.

**Sociológico.** Analiza la sociedad en función de la cual debe organizarse el proceso educativo.

La relación educación-sociedad exige que el currículo contribuya eficazmente a la formación de una conciencia crítica para plantear verdaderos problemas, buscar la información necesaria, formular posibles alternativas de solución y participar efectivamente en la toma de decisiones (6,11,12,13).

**Sicológico.** Se tomaron en cuenta dos aspectos: el de desarrollo psicomotor, de la inteligencia y la socioafectividad y el de aprendizaje, retomando los estudios de Skinner, Piaget, Bandura y Gagné (8,16,11).

### Influencias al currículo:

*Desarrollo:* promover el dominio de habilidades motoras.

*Piaget:* promover el empleo de experiencias complejas y reflexión a partir de la práctica.

*Skinner:* moldear y mantener patrones observables de conducta.

*Bandura:* utilizar mecanismos de imitación de modelos.

*Gagné:* promover motivación, aprehensión, adquisición, retención, evocación, generalización, actuación y retroalimentación.

**Pedagógico.** Se basó en la pedagogía activa y creación de centros de interés, desarrollando el espíritu científico acorde a las exigencias de la sociedad, sin prescindir de los aspectos fundamentales de la cultura (1,6,10).

Su influencia al currículo hace énfasis en el diseño de experiencias de aprendizaje con el uso de materiales concretos, trabajo en equipo y reflexión de grupo.

Una vez se hizo la revisión curricular con sus fundamentos pasare-

mos a sintetizar las teorías que constituyen el fundamento teórico de la praxis del terapeuta ocupacional partiendo de la visión del individuo como ser integral.

#### **Clasificación de las teorías:**

Las teorías que nos sirven de base son clasificadas en:  
Psicoanalítica, cognitiva, conductual, humanística y ecléctica.

### **APORTES DE LAS TEORIAS ANALIZADAS PARA TERAPIA OCUPACIONAL**

**Psicoanalítica:** Bases de la formación de la personalidad en *Freud* las diferentes etapas del individuo (6,7).  
*Erickson*

**Cognitiva:** Bases sobre el desarrollo del proceso de pensamiento ACCION-REFLEXION-APRENDIZAJE.  
*Piaget*  
*Kohlberg*  
**E. Hemisférica** Bases fisiológicas sobre el procesamiento a nivel cerebral de la información.  
*P. Información*  
Jean Ayres se basó para proponer la disfunción intermísferica (6,8,)

**Humanística:** Bases sobre la evolución de las necesidades del hombre, la utilización del Juego como medio terapéutico para el aprendizaje y la competencia y el proceso de conocimiento del ser humano en sí mismo y en relación con los demás (6,7).  
*Maslow*  
*Reilly*  
*Rogers*

**Eclécticas:** Bases sobre el desarrollo evolutivo de la conducta, el desarrollo de habilidades para capacitar al individuo para ejecutar un rol, el dominio de etapas para el desarrollo de procesos superiores, el proceso de adaptación y la IS como base para el aprendizaje (6,7).  
*Gesell*  
*Havighurst*  
*Ayres*  
*Gilfoyle*

**Conductuales:** Bases para comprender la interacción social y el ambiente como determinantes de la conducta humana (6,7).  
*Sociobiológico*  
*Skinner*  
*Bandura*

Es así como podemos afirmar que TERAPIA OCUPACIONAL toma al ser en forma INTEGRAL en su desarrollo biológico, social y psicológico.

Como se determinó anteriormente el cuerpo del conocimiento ha sido derivado de muchas teorías científicas, incluyendo biológicas, conductuales, humanísticas, eclécticas y cognitivas; el conocimiento en constante cambio y expansión ha dado como resultado la formación de un reto para formar el conocimiento propio de Terapeuta Ocupacional.

Al utilizar los principios y teorías dentro de nuestra base científica, las teorías pueden ser reorganizadas y revaloradas para proporcionar una guía en el cuerpo de Terapia Ocupacional en el área escolar.

La aproximación que plantearemos ha sido analizada y desarrollada con base en los lineamientos y fundamentos del currículo.

El Terapeuta Ocupacional como miembro activo dentro del campo educacional puede en su concepto desempeñarse bajo dos perspectivas:

1. *Integrante Participativo dentro de Ambito Escolar*
2. *Asesor Extramural.*

### **Objetivos Generales:**

1. El Terapeuta Ocupacional debe facilitar los medios necesarios para que el individuo adquiera el dominio de su propia vida, así como el desarrollo de las habilidades para superar tan eficientemente como sea posible sus expectativas a través de mecanismos de selección y aprovechamiento de la paráctica en su medio ambiente (11,7).
2. El rol del niño como estudiante domina los primeros años del desarrollo, el Terapeuta Ocupacional deberá convertirse en un medio facilitador de la adquisición de competencias que le ayudarán a beneficiarse de las experiencias educativas (11,7) .
3. Una meta en Terapia Ocupacional será aumentar la calidad de vida desde el punto de vista social, emocional y físico.
4. Ayudar al niño a manejar su propia conducta de forma adaptativa debe constituir una de las bases fundamentales de la intervención de Terapia Ocupacional en el ámbito escolar (11,7).

### **APROXIMACION AL ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO COLOMBIANO**

**PREVENCION:****T.O. PARTICIPANTE INTEGRATIVO**

El Terapeuta Ocupacional deberá hacer prevención dentro de la programación escolar.

El Terapeuta Ocupacional puede prevenir la vulnerabilidad potencial del niño al desarrollo de síntomas de desórdenes del aprendizaje, asesorando el material de aprendizaje temprano para que éste sea presentado en determinada fase del desarrollo y en orden secuencial siendo compatible con la maduración neuroevolutiva necesaria para la ejecución de las tareas. (3, 6, 8).

**T.O. ASESOR EXTRAMURAL**

Como Terapeutas Ocupacionales se ofrece un programa para la temprana captación de población a nivel preescolar con riesgo de presentar dificultades pre-académicas, las cuales podrán repercutir y obstaculizar el aprendizaje en etapa escolar. Así mismo se ofrece capacitación del cuerpo docente a nivel de prevención, mediante la modificación de la actividad y el ambiente en el proceso de enseñanza y para la detección temprana de dificultades que ameriten una intervención terapéutica y puedan alterar el desarrollo del niño en su rol de estudiante. (En proceso).

**FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL  
EN EL SISTEMA EDUCATIVO ACTUAL****EVALUACION (1,2,11,12,13)****T.O. INTEGRANTE  
PARTICIPATIVO**

Evaluación de pre-selección para ingreso al colegio.

Evaluación por observación del niño en el aula (listas de chequeo) para determinar problemas pre-académicos y académicos.

Evaluación en relación a observaciones clínicas y tests estandarizados en una modalidad grupal y con intervención del equipo educativo.

Realizar revaloraciones del

**T.O. ASESOR  
EXTRAMURAL**

En proceso de estandarización

En proceso, aún no se ha logrado la aceptación de este procedimiento.

Seguimientos periódicos

<p>caso para determinar el nivel de desempeño y confirmar dominios alcanzados.</p> <p>Información dada al equipo educativo.</p> <p>El Terapeuta Ocupacional debe ser parte integrante del comité de evaluación, presentando los resultados de una evaluación general o específica y hacer las remisiones consecuentes del caso.</p>	<p>bimestrales para el control de adquisiciones y logros.</p> <p>Información dada a la T.O. o psicóloga.</p> <p>No se incluye.</p>
---	--

## **MODALIDADES DE INTERVENCION DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO**

### **MODALIDADES DE INTERVENCION:**

El Terapeuta Ocupacional debe ser parte del comité educativo donde la persona central es el profesor, su rol es asistir al profesor en la enseñanza y al estudiante a aprender del currículo (1,2,11,12,13).

La intervención puede ser dada a través de tres modalidades:

#### **T.O. INTEGRANTE PARTICIPATIVO**

##### *Servicio Directo:*

En el aula o a nivel individual siendo la responsabilidad del alumno.

#### **T.O. ASESOR EXTRAMURAL**

Remisiones

##### *Monitoría:*

A través de la supervisión de programas.

Formar como co-terapeutas a los padres, para que así dirijan un programa suplementario en el hogar.

Establecer planes de trabajo de acuerdo al mejor

funcionamiento del grupo o a nivel individual.

El terapeuta debe monitorear y brindar asesoría en las actividades complementarias de recuperación, guiando al profesor en áreas específicas.

Se está proponiendo un plan de monitoría y consejería por la cual se brindará el servicio de revisión o diseños en los programas dirigidos a las diferentes áreas del desarrollo.

#### Duración del tiempo de intervención:

El Terapeuta Ocupacional establecerá el tiempo de intervención, la necesidad de suspenderla o reiniciarla cuando la dificultad en relación a los requerimientos académicos va en aumento.

#### T.O. INTEGRANTE PARTICIPATIVO

Brindar asesoría al profesor sobre cómo manejar problemas de comportamiento en el aula, la duración de las actividades acorde a la habilidad del niño para que el completar la tarea esté a su alcance.

Promover, a través del análisis de la actividad, eventos que permitan la exploración del ambiente para analizar, conceptualizar e integrar requerimientos básicos para aprendizajes de más alto nivel.

Brindar asesoría sobre métodos motivacionales para así facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje.

#### MODALIDADES DE CONTROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL SISTEMA EDUCACIONAL

#### SEGUIMIENTO: (1,2,11,12,13)

#### T.O. INTEGRANTE PARTICIPATIVO

Registrar rendimiento en forma periódica para establecer el desempeño y determinar modelo de intervención enfocado a las necesidades cambiantes del niño.

Hacer revaloraciones periódicas.

Finalmente, quisiéramos concluir haciendo algunas recomendaciones

#### T.O. ASESOR EXTRAMURAL

al sistema educativo colombiano y para los terapeutas ocupacionales en particular.

### **RECOMENDACIONES AL SISTEMA EDUCATIVO:**

El sistema educativo actual, en nuestro concepto, es un proceso acelerado de crecimiento en habilidades mecanizadas e inflexibles, lo que hace que muchos niños sean rotulados como niños con problemas pre-académicos o del aprendizaje, habiéndoseles exigido la interiorización no fomentada ni facilitada de conceptos y habilidades. Consideramos que en vez de acelerar ciegamente al niño hacia períodos avanzados para los cuales no está preparado, los maestros deben brindar oportunidades para explorar y facilitar el pensamiento infantil.

En nuestro concepto, los libros de matemáticas y lecto-escritura poseen un contenido de nivel inadecuado, falta material manipulatorio y hay exceso de ejercicios gráficos y abstractos, surgiendo a la vista requisitos perceptuales inadecuados.

Las matemáticas tradicionalmente se han enseñado con un lenguaje abstracto, sin tener en cuenta que éstas son, antes que nada, acción ejercida sobre las cosas con base a una variedad de experiencias con los objetos para así lograr una construcción mental del mundo y sus relaciones.

Es importante recalcarle a los profesores la necesidad de motivación como un medio facilitador del aprendizaje, a la vez que todo proceso enseñanza-aprendizaje debe partir del juego práctico y con elementos concretos.

### **RECOMENDACIONES A LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES:**

Este trabajo constituye un recurso preliminar puesto que para hacer una intervención directa en el sistema educacional se requiere de reformas educativas las cuales tan solo se harán efectivas mediante una investigación a nivel educativo por parte del Terapeuta Ocupacional.

Es importante estructurar escalas de medición de roles e intereses propios al medio Colombiano, teniendo como base los niveles establecidos por el currículo, lo cual podría establecer un rol investigativo del Terapeuta Ocupacional en la educación.

Es determinante que si en el quehacer profesional se utilizan tests estandarizados, se establezca la confiabilidad y validez de los mismos a nuestra población Colombiana.

Si la teoría de Integración Sensorial se especifica para el manejo de niños con desórdenes de aprendizaje, se sugiere combinar esta teoría con otras ya que ésta no es lo suficientemente amplia para abarcar todo el campo del conocimiento requerido para promover efectos en aprendizajes superiores. Se observa el desempeño profesional un mal manejo de la técnica reduciéndola a sólo un aprestamiento motor.

Se sugiere la combinación de varias teorías y principios para encontrar la verdad a nuestros interrogantes, a través de la revisión, juicio y reflexión crítica, dando paso a una transformación de la praxis, mediante una posición emotiva hacia la investigación científica.

#### BIBLIOGRAFIA:

1. Allen Kaufman Nancy. (1984). O.T. in School Systems. de Willard and Spackman's OT, 5th ed, Lippincott, Philadelphia.
2. AOTA. (1987). Roles of Occupational Therapists and O.T. Assistants on Schoool. Am. J.O.T. 41(12)798-803.
3. AOTA. (1987). Standards of Practice for O.T. Service in Schools. Am.J.O.T. 41(12)804-808.
4. Burgos Campo Elías. (1989). Fundamentos Generales del Currículum, Bogotá, Ministerio Educación Nacional.
5. Daub Mary. Occupational Therapy based in the Human Development Process.
6. Hopkins Helen. (1984) Current bases for theory and philosophy of O.T. de Willard and Spackman's OT, 5th ed, Lippincott, Philadelphia.
7. Knickerboeker. (1983). A holist approach to the treatment of learning disorders, 3rd. ed., New Jersey, Slack.
8. Labinoicz. (1982) Introducción a piaget; pensamiento, aprendizaje, enseñanza.
9. Langdon Helen, Landgdon Lawrence. (1983). Initiating O.T. Programs within the public school system, New Jersey, Slack.
10. Llorens Lela. Facilitating grow and development (1970) Am. J.O.T. 24(2).
11. Nuse Clark Pat. (1985). O.T. for children, St. Louis, Mosby.
12. Madill Helen, Jones T. (1990). O.T. in school: Identifying items for a referral instrument. Can. Jour. O.T. 57(2)102-106.
13. Madill J, Madill H. (1990). The application of the client centred approach to school based O.T. practice, Can. Jour. O.T. 57(3) 133-139)
14. Ministerio de Educación Nacional. (1987). Legislación Educativa en Colombia. MEN.
15. Punwar W. (1980). Certification of O.T. in public school. The Winsconsin Experience, AM. J.O.T. 34(11)727-732.

Diagramación e Impresión: ASCOPAR Tel: 248 6458  
Santa Fe de Bogotá, D.C.