

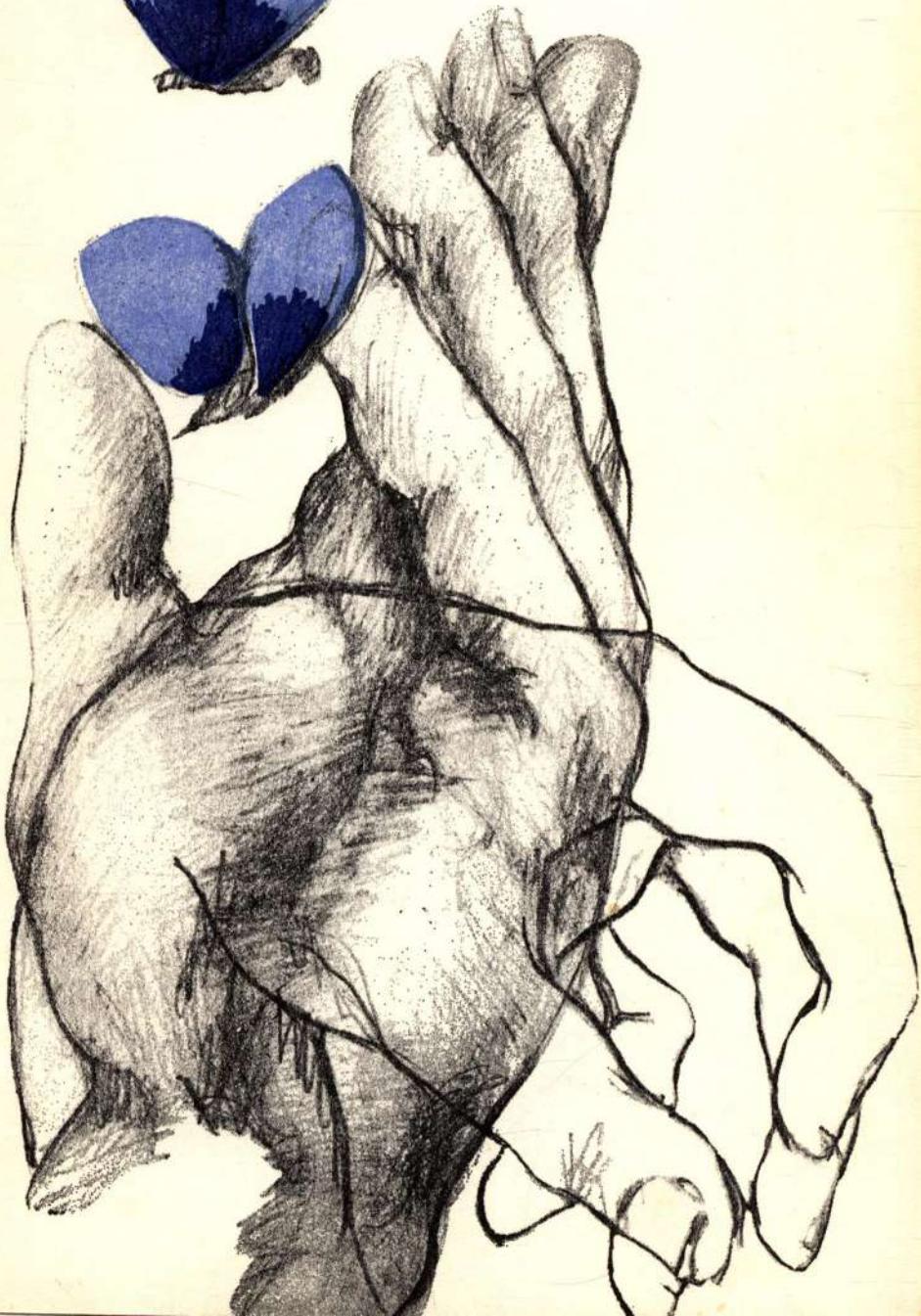
Ocupación Humana

a.c.t.o.

asociación
colombiana
de terapia
ocupacional

Vol. 3 N° 3

1990



REVISTA
OCUPACION HUMANA

VOL. 3 N° 3
Agosto, 1990

ASOCIACION COLOMBIANA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Transversal 5^a N° 49-00 Entrepiso 1. Hospital Militar Central
Apartado Aéreo 51906, Bogotá, D. E., 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

MARIA CRISTINA TAFURT, T.O.

Suplente Secretaria

MARTHA GARCIA HERRERA, T.O.

Tesorera

ANA BEATRIZ ROJAS, T.O.

Suplente Tesorera

MARTHA BAZZANI, T.O.

Primera Vocal

MARIA CECILIA VELASCO, T.O.

Suplente Primera Vocal

BEATRIZ LEE, T.O.

Segunda Vocal

LUISA FERNANDA ROA, T.O.

Suplente Segunda Vocal

ROCIO ALVAREZ, T.O.

Tercera Vocal

NANCY PEÑARANDA, T.O.

Suplente Tercera Vocal

NARDA HERNANDEZ, T.O.

OCUPACION HUMANA

Vol. 3 Nº 3

Agosto, 1990

CONSEJO EDITORIAL

Director: ALICIA TRUJILLO ROJAS, M.A., OTR

Consejeros: MARIA EUGENIA CAYCEDO CONCHA, T.O.
ROSARIO LASERNA GUTIERREZ, T.O.
MARTHA TORRES DE TOVAR, T.O.

Representante

Junta Directiva: BEATRIZ LEE GOMEZ, T.O.



a.c.t.o

asociación
colombiana
de terapia
ocupacional

revista
semestral

S U M A R I O

	Pág.
● Nota Editorial	7
● Conceptualización y praxis de la actividad ocupacional en el contexto social Sarah Rodríguez Ospina, T.O., Mg. S. P.	9
● Trastorno de personalidad borderline y su tratamiento en Terapia Ocupacional. Luisa Fernanda Roa, T.O., Beatriz Helena López, T.O., Mariana Lara, T.O.	25
● Protocolo de intervención para lesiones de tumores flexores. María del Carmen Vallejo, T.O.	41

Diagramación carátula
Alvaro Suárez Zúñiga

Propiedad Intelectual
Nº 002651 de julio 17 de 1987

Derechos Reservados

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

Editorial Kelly - Bogotá, D. E.

**GUIA DE AUTORES PARA LA PUBLICACION
DE ARTICULOS EN LA REVISTA
“OCCUPACION 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. E., 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 de trabajo, nombre de la revista, número de 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.

**REVISTA DE LA ASOCIACION COLOMBIANA
DE TERAPIA OCUPACIONAL**

TARIFA DE ANUNCIOS PARA EL AÑO DE 1989

Hoja completa	\$ 10.000.00
Media Hoja	5.000.00
Cuarto de Hoja	3.000.00
Contra portada interna	15.000.00 (Dos tintas)

EDITORIAL

La Terapia Ocupacional está siendo reconocida en Colombia por los servicios que suministra a distintas poblaciones. Durante su historia de dos décadas en el país ha mostrado un crecimiento progresivo que abarca los campos de disfunciones físicas y psicosociales; reintegración socio-laboral; educación especial y regular; y gestión comunitaria con niños, adolescentes y ancianos. Una revisión somera de los artículos publicados en la Revista a partir de 1987 corrobora ese crecimiento. Es así como, en términos generales, los temas hacen referencia a las características y análisis de los servicios y al reconocimiento de algunas entidades susceptibles de ser atendidas por Terapia Ocupacional.

Ese desarrollo obedece, de manera implícita o explícita, a unas políticas oficiales o institucionales que contextualizan los servicios. Sin embargo, es necesario comprender que atravesamos por una época de acelerados cambios en la concepción sociopolítica del país. Así lo está demostrando la legislación proveniente de los distintos sectores.

Con el propósito de conservar e incrementar la valoración personal y social de nuestra profesión, debemos asegurarnos de evaluar y renovar los servicios al mismo ritmo acelerado de los cambios, con el objetivo de evidenciar, con calidad y eficiencia, la presencia de la terapia ocupacional en la solución de los problemas de actualidad nacional.

Esta reflexión está encaminada a estimular la presentación de aportes a la Revista en esta línea de pensamiento: Necesidades ocupacionales y realidad nacional. Cuando la planeación de los servicios correlaciona la demanda de los mismos y la idoneidad profesional, se posibilita un mayor impacto social y una acertada previsión hacia el futuro.

CONCEPTUALIZACION Y PRAXIS DE LA ACTIVIDAD OCUPACIONAL EN EL CONTEXTO SOCIAL

*Sara Rodríguez Ospina **

En el presente artículo se proponen algunas premisas para proyectarnos en el ámbito socio-cultural en momentos como estos, en que lo cotidiano desborda lo abstracto y académico.

En coloquios pasados ha quedado explícita la necesidad de establecer el objeto formal de la Terapia Ocupacional definiéndole un espacio de acción más adecuado a la realidad¹.

Al cumplir la profesión 20 años de vida académica en el país, se ha deseado contribuir con algunas reflexiones teórico-metodológicas producto del análisis crítico de la relación actividad-disciplina e impacto social de la misma². Por razones del medio, de edición e impresión no se presenta la metodología para el análisis e identificación de las actividades ocupacionales comunitarias, la cual constituye el producto práctico de dicha labor³.

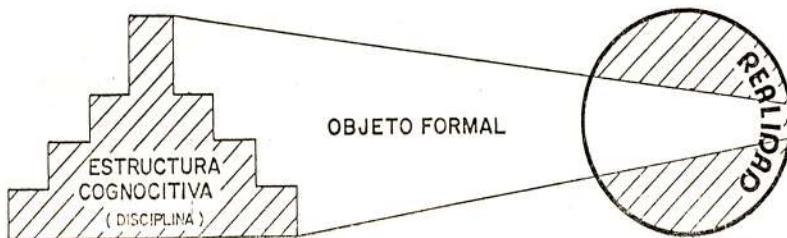
* Terapista Ocupacional. Especialista en Neuropsiquiatría, Salud Ocupacional, Evaluación y Planificación Social. Magister en Salud Pública. Investigadora.

Nuevos enfoques

Cada disciplina es una estructura cognitiva que abarca un aspecto específico de la realidad; este aspecto particular bajo el cual se considera el todo, constituye el objeto formal que caracteriza a cada una. Toda estructura, histórica y culturalmente, se va constituyendo al establecer su objeto propio, su método correspondiente y un punto de vista o modo de ver sus asuntos concretos y resolverlos; de lo cual resultan determinadas maneras de describir, explicar, comprender, interpretar, etc., la realidad objetiva.

El objetivo formal de la Terapia Ocupacional se propuso y evolucionó para otra realidad, con base en el modelo médico de la enfermedad, biologista y compartimentado este modelo le designa como labor principal la de "Intervenir en el proceso diario de devolver funciones perdidas, mejorar aquellas deterioradas o mantener las remanentes"⁴ y le define en consecuencia áreas de competencia relacionadas con las deficiencias: en el desarrollo de los menores, por los procesos de envejecimiento en la tercera edad, por alteraciones musculoesqueléticas y mentales⁵.

Lo anterior enmarcado dentro de nuestra realidad objetiva presenta diversos inconvenientes:



1. Se conocen y atienden las alteraciones o daños en aparatos o sistemas biológicos compartimentados, no el desarrollo de las capacidades ocupacionales de las personas y grupos en el contexto social.
2. En consecuencia, el desempeño laboral se concreta en la asistencia reparadora del 1% de la población con alteraciones agudas que logran hospitalizarse para recibir atención, desconociendo la mayoría que no tiene acceso a los Servicios y que están a riesgo o tienen disfuncionalidades en la competencia ocupacional⁶.
3. La fragmentación de acciones asistenciales en los diversos sectores de salud, educación y trabajo limita la oportunidad de iniciar y resolver los problemas a nivel comunitario.
4. De otra parte, los planes gubernamentales de la última década se han dirigido a reorientar las variables macroeconómicas de manera que el gasto social beneficie prioritariamente a esa mayoría desprotegida de servicios. De allí el énfasis en la atención comunitaria y en la prevención antes que en la asistencia institucional.

Lo ya expuesto incide en la oferta y la demanda del mercado de trabajo de la Terapia Ocupacional:

1. Al limitar la expansión de servicios intra-hospitalarios y la creación de cargos.
2. El ejercicio liberal es competitivo y su costo limita la accesibilidad a la mayoría que lo requiere.
3. El Terapista no está capacitado para asumir las responsabilidades del trabajo comunitario.

Consideramos que la Terapia Ocupacional no puede limitarse a actuar sobre los aspectos mecánicos de dicho enfoque, sino que debe postular un encuadre global, económico, social y político.

Debe profundizar en el estudio de la ocupación humana, conocer los factores interactuales inherentes a la actividad cotidiana, tales como los determinismos socio-culturales, la

organización, las relaciones, los contenidos y los procesos de la misma, factores que mediatizan la supervivencia de las personas.

Los medios ocupacionales afectivos e interactivos propios o apropiados, utilizados a nivel comunitario pueden contribuir a incrementar el ingreso familiar de los más pobres: empleando a sus miembros para realizar las mejoras en su propios hogares, motivar la organización comunitaria para la auto-gestión de los servicios sociales tales como el cuidado de los menores, los minusválidos y los ancianos, la utilización del tiempo libre, la promoción y organización de unidades asociativas de producción y comercialización.

Así mismo, con el desarrollo tecnológico propio de la profesión entendido como el conocimiento aplicado a la solución práctica de problemas; lo cual implica el determinar los criterios para seleccionar, aplicar y administrar la tecnología con el objeto de satisfacer las necesidades humanas con recursos siempre limitados.

Todo lo anterior significa asumir nuevas responsabilidades, conocer la trama de relaciones afectivas en que transcurre la ocupación habitual de las personas, profundizar en el conocimiento del desarrollo humano en todas las etapas de su ciclo vital, así como en el manejo técnico administrativo de programas ocupacionales individuales y colectivos.

Principios teóricos:

En el prolongado proceso filogenético, la diferenciación y tránsito de funciones biológico-sensoriales a funciones y organizaciones ideo-creativas, liberó la especie humana de rígidos esquemas comportamentales y la caracterizó por la capacidad de inventar, construir, interpretar y manipular los fenómenos y por lo abstracto de las relaciones por ella establecidas en la producción de sus medios de subsistencia.

El hombre forjó para vivir un medio artificial y lo llenó de objetos, ideas, mitos y sueños, organizando en su construcción histórica complejos sistemas de representaciones más o menos coherentes de los aconteceres cotidianos en las actividades productivas y reproductivas de la especie y determinó con su institucionalización, toda nuestra existencia ontológica:

la autopercepción, la capacidad de identificarnos, asumirnos y cuidar de sí mismos, nuestras emociones, pensamientos, valores y actuaciones.

Dentro de dichos determinismos no contemporáneos se ubican las denominaciones Discapacidad y Minusvalidez, correspondiendo a valores biológico-culturales propios de cada colectividad humana, atribuidos a aquellas personas que por exceso o por defecto, transitoria o permanentemente, no están en capacidad de satisfacer sus necesidades básicas ni las expectativas del entorno.

Esta limitación de la capacidad funcional y relacional de las personas, como consecuencia de deficiencias de distintos grados de severidad en la apariencia, función o estructura de sus sistemas orgánicos, puede ocurrirles en cualquier momento de su vida o de la de sus ancestros y manifestarse por cualquier causa, como expresión de la interacción con los factores medioambientales de su contexto inmediato.

El análisis de la causalidad de los fenómenos que alteran el desarrollo biológico-cultural de las personas limitando su competencia para subsistir, requiere del conocimiento de las leyes generales sobre la causalidad de los fenómenos universales decantadas de las diferentes concepciones históricas del pensamiento, vigentes como resultado del proceso de síntesis de la experiencia y el conocimiento humano, es decir, como unidad de lo diverso.

La vida existe en función de que elementos esenciales en movimiento (Oxígeno, Hidrógeno, Carbono, Fósforo, etc.) se renuevan continuamente en la biosfera mediante la actividad cíclica de cada uno de ellos de dinámicos procesos de interacción mutua, conformando sistemas abiertos de interrelación de funciones de reproducción, alimentados por la energía solar y constitutivos del ecosistema.

Todos estos elementos acumulados en pocos kilómetros por sobre y por debajo de la superficie marítima y terrestre del globo, coinciden en el espacio con la presencia de formas de vida de las cuales depende también la de la especie humana; ésta para su supervivencia requiere de formas de cooperación mutua para la utilización de los elementos naturales circundantes generándose con esta actividad práctica su interacción ecosistémica.

La especie humana comparte con las demás un espacio-superficie disponible para las actividades reproductivas alrededor de las cuales se producen las principales interrelaciones:

- a) El ordenamiento territorial centrado en las mismas.
- b) Las actividades de extracción de materia y energía y de transformación, distribución y consumo.
- c) La generación simultánea de desperdicios y desechos que retornan a la biosfera.
- d) El carácter social o factor organizador de la energía y las actividades humanas, dinámico y propulsor del proceso social.

La ubicación geopolítica en la superficie terrestre no es fruto del azar: tiende a ser nula o escasa y solo transitoria en lugares hostiles (desiertos, selvas tropicales, casquetes polares) donde las condiciones no favorecen la supervivencia humana; en cambio tiende a ser abundante en comarcas con disponibilidad de recursos naturales, agua dulce, tierras fértiles, climas tolerables, variada fauna y flora, afluentes que además sirvan de vías de comunicación, bosques y minerales que provean de energía y materiales.

Las propiedades del medio circunscrito influyen en el proceso socio-cultural de cada población: las condiciones climáticas intervienen en los estilos y construcción de las viviendas, en el vestuario y las costumbres; la flora y la fauna determinan en gran medida los hábitos alimentarios y la dieta; el tipo y cantidad de recursos disponibles, las habilidades, destrezas, instrumentos y técnicas de producción desarrolladas por los habitantes.

Las formas establecidas de organización y reproducción social definen el qué, cómo, con quiénes y para quiénes se producen obras de infraestructura, bienes de subsistencia, de capital o de servicios de consumo duraderos y no duraderos; salvo los últimos necesarios para el sustento diario de la población los demás constituyen el medio ambiente artificial, materializado en el proceso histórico de la actividad humana y el producto acumulado y decantado de un prolongado período de extracción de recursos naturales.

El ciclo biológico vital de la especie humana constitutiva del ecosistema resume en nueve meses la historia milenaria del desarrollo filoontogenético, mediante una programación biológica minuciosa iniciada a partir del momento de la fecundación, en respuesta a las mismas leyes generales de concatenación universal de los fenómenos, del movimiento cuantitativo al cualitativo, del exterior al interior, de lo singular a lo universal. En consecuencia, de la maduración al desarrollo del Sistema Nervioso cuya actividad se fundamenta en complejos nexos bioquímicos, neurofisiológicos y sicosociales permitiendo establecer formas nuevas y temporales de reacciones que en el curso de la vida facilitarán satisfacer las necesidades humanas y subvenir a las demandas ambientales.

FUNCIONES

Biológico sensorial ← → *Ideo-Creativas*

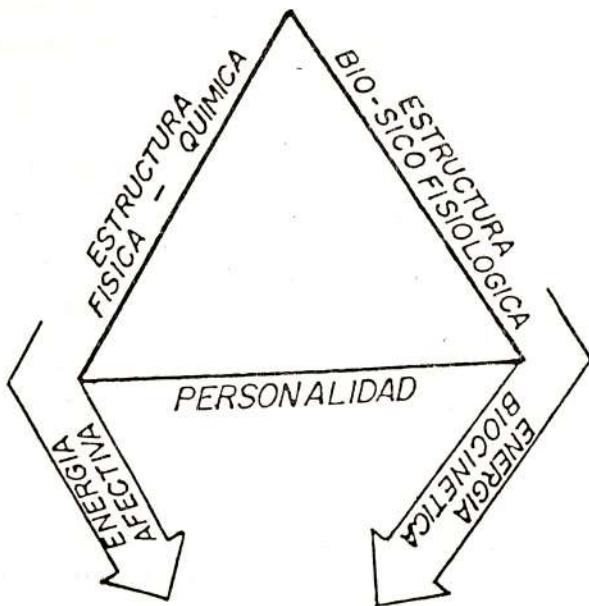


Actividad nerviosa superior

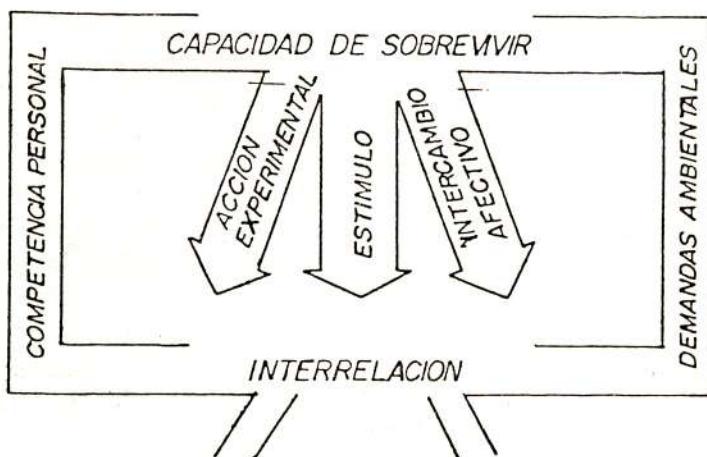
Inventar	Ideas
Construir	Mitos
Interpretar	Objetos
Manipular	Sueños
Relacionarse	Afectos

El infante de un nexo exclusivamente biológico transita mediante el intercambio afectivo con la madre por un proceso de habilitación a lo sicosocial y de allí gradualmente a las interrelaciones sociales; se convierte en personalidad como resultado además de la actividad de enseñanza-aprendizaje realizada por los agentes socio-culturales durante la cual se estructuran las capacidades productivas y las cualidades morales decantadas del desarrollo histórico, moldeándolo como sujeto práctico para conocer y transformar sus condiciones.

El ambiente sicosocial influencia los límites de sus actividades, la imagen de sí mismo, los recursos que maneja, el grado y naturaleza de la independencia adquirida y de sus potencialidades para un óptimo desarrollo.



La creación y vehiculación coherente de mitos y valores para la unificación de actividades y expectativas sociales en concordancia con intereses hegemónicos, limita la productividad del pensamiento crítico, creativo y práctico incapacitando a las personas para superar las exigencias que les plantea la configuración del medio y los elementos circunstanciales de un momento determinado.



La vida y la salud en sí mismas carecen de importancia; se justifican en la medida de las actividades que gracias a ellas se pueden generar y del conjunto de relaciones que por ellas se establecen entre las personas, sus comunidades y su entorno cada uno con necesidades y características particulares.

Grupo Mayor

Forma y Contenido
de la Inserción
en la estructura
Ocupacional

//

Grupo Menor

Núcleo Primario
Interacción Afectiva
Personal

//

Estos dos factores: la competencia de las personas y las demandas del medio, se encuentran en todas las actividades humanas: de subsistencia, afectivas, de comunicación, trabajo, juego, etc., variables en magnitud y calidad durante el ciclo vital.

La sigue como producto del desarrollo histórico de la sociedad humana, se estructura en cada hombre mediante el intercambio afectivo y la acción experimental, resultantes del desplazamiento de cantidades relativamente pequeñas de energía. Las manifestaciones afectivas, indicadoras del intercambio afectivo o "catéxico", activan el desarrollo subsecuente de las demás funciones psíquicas estableciendo relaciones complejas con las leyes de la actividad nerviosa superior.

Por un lado, subordinándola, reorganizando una serie de procesos fisiológicos por ejemplo en el sueño: la hipnosis, la sugestión, la autosugestión, etc., y por el otro, favoreciendo el desarrollo regido por las leyes de la actividad nerviosa superior que establece límites al funcionamiento cenestésico, de la sique y del soma: volumen de recargo de actividad intelectual o física tiempo de vigilia y tiempo de sueño, límites de seguridad de la vida, variaciones de tensión interna, etc.

Dominio de estudio:

La unidad vital o unidad biológica de prototipos fisiológicos cenestésicos, es primigenia del despliegue de órganos y funciones, secuencial e irreversible hacia la organización funcional de estructuras físico-químicas, organo-sico-fisiológicas y de la personalidad humana, mediante intercambios internos y externos de energía afectiva y bio-cinética.

Las variables somática, síquica y personal son interdependientes y constituyen por correlación, unidades funcionales armónicas o inarmónicas en el hombre sano o enfermo, dado que el sistema nervioso no distingue entre experiencias imaginarias o reales y el rendimiento de cualquier organización nerviosa es siempre el rendimiento de la totalidad de la persona.

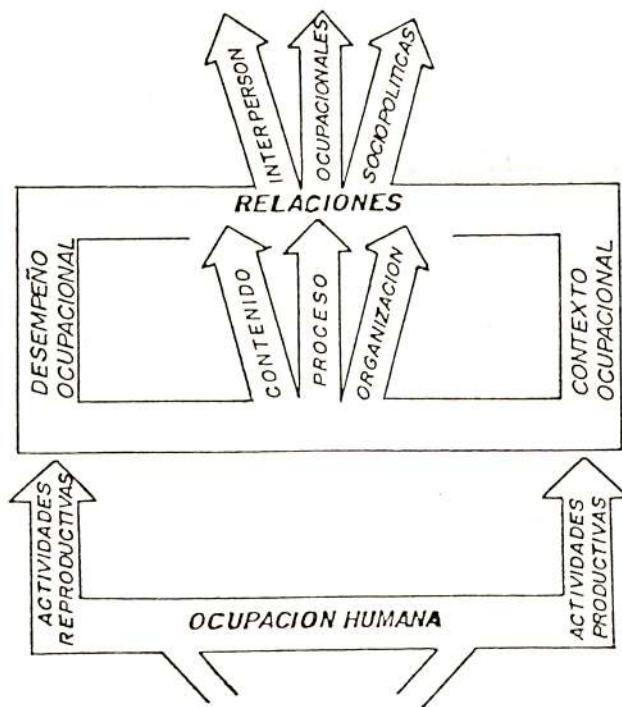
La capacidad de responder adecuadamente al conjunto articulado de procesos relacionados que se verifican en las personas, se manifiesta en la forma creativa del óptimo potencial humano del hombre para sí y su grupo social. Es en la familia expresión menor del macrocosmos social, donde se desarrolla la capacidad de enfrentar y resolver las situaciones conflictivas y allí donde primero se vivencian las crisis culturales que determinan la dinámica social.

La incapacidad personal de resolver las situaciones conflictivas que se presentan ya sea en las relaciones con el grupo mayor (determinadas por la forma y características de inserción en la estructura ocupacional) o con el grupo menor (caracterizadas por la interacción afectiva interpersonal), generan comportamientos sintomáticos entre los miembros del sistema interpersonal, como señal de la existencia de una situación de crisis y de la necesidad de intervenir en ésta.

La ocupación humana ha sido eje del desarrollo de las personas y de los grupos humanos. De allí que todo análisis o acción centrado sistemáticamente en las partes del individuo, niega paradójicamente el contexto en que el comportamiento humano asume forma y significado cotidiano.

Como ya mencionamos, cada grupo social, no importa su ubicación geográfica, su desarrollo tecnológico o su tamaño, se encuentra organizado en torno a unas actividades cotidia-

nas de producción o reproducción propias y relacionado afectivamente en su contexto ocupacional.



De las características de dicha organización, del contenido y proceso de la ocupación y de la calidad de las relaciones establecidas dependen las oportunidades personales de intervenir y modificar la realidad objetiva del entorno. Conociéndolas podemos prever el desarrollo y desempeño personal y de conjunto así como sus riesgos.

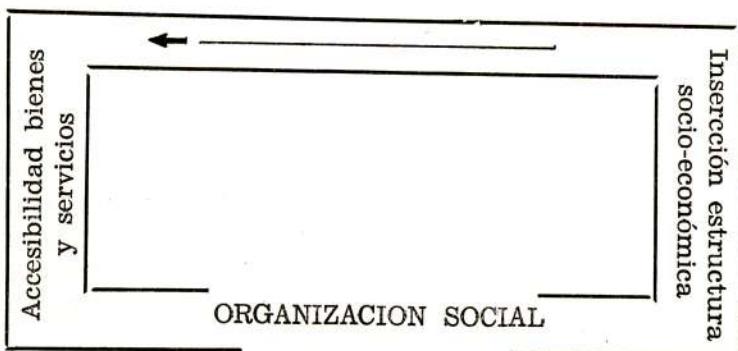
La exploración sistemática de las relaciones ocupacionales, socio-políticas e interpersonales así como de las leyes que regulan los sistemas relationales en los cuales tienen lugar las acciones y decisiones humanas como personas, grupos, colectividades y organizaciones constituye acción indispensable para la comprensión de lo que ocurre y la intervención directa en las situaciones de crisis.

Por tanto el análisis, el estudio y la actuación profesional deben ir más allá de la funcionalidad orgánica de los sujetos aislados y abarcar los conjuntos ocupacionales familiares, comunales y regionales estrechamente vinculados, para conocer y determinar sus riesgos y potencialidades funcionales e intervenir de manera socialmente más eficaz.

Se trata de emplear los mismos instrumentos para el análisis y la intervención ya no en una interacción binomial ocupación - hombre sino en el sistema relacional ocupación-grupo social.

Problemas para abordar:

La heterogeneidad de la estructura social determina la heterogeneidad de las oportunidades personales para intervenir y modificar la realidad objetiva del entorno. La interrelación de estas variables demarca los límites del desarrollo y la continuidad de los hombres en una comunidad, constituyéndose en factores de riesgo múltiple, asociado y coadyuvantes de las situaciones de discapacidad y minusvalidez y de la probabilidad de identificar y manejarlas minimizando sus efectos.



De allí que la población se encuentre segmentadamente expuesta a riesgos, dependiendo de su ubicación social y su accesibilidad a los bienes y servicios.

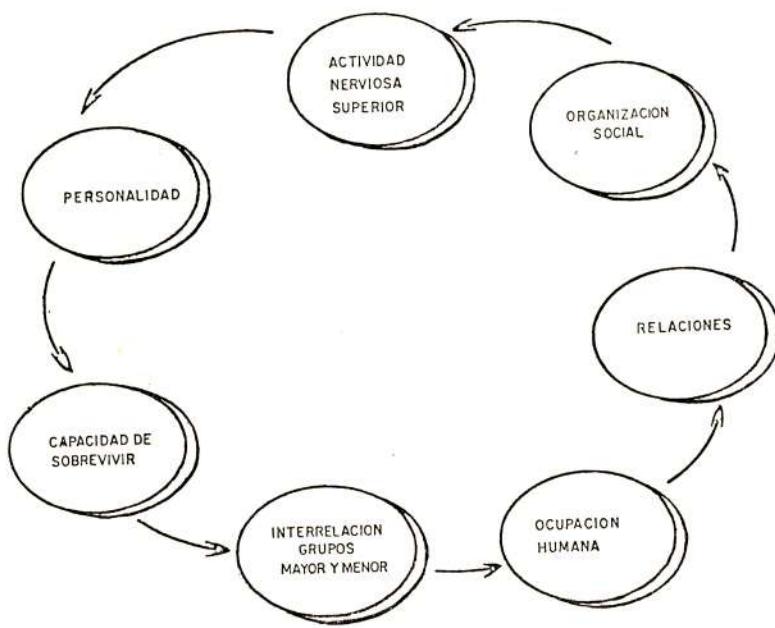
Como nadie está exento de encontrarse en un momento discapacitado para ver, oír, caminar, cuidar de sí mismo o relacionarse y por esta razón, con base en los mencionados

determinismos socio-culturales excluido y segregado de la actividad práctica de subsistencia, siempre existe una prevalencia de personas en situación de discapacidad y minusvalidez dentro de una comunidad.

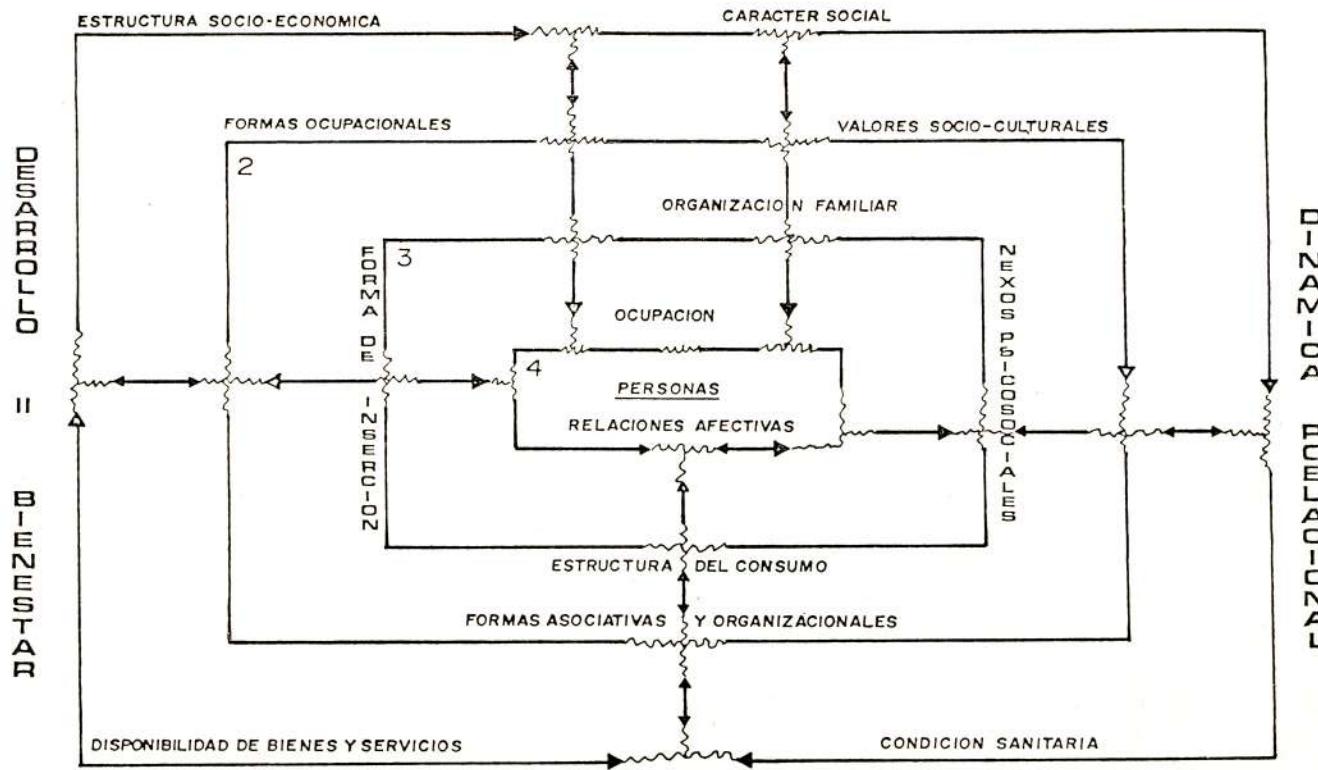
La magnitud de esta prevalencia y su distribución por tipo y grado de severidad, es en consecuencia una función de innumerables factores epidemiológicos de los cuales depende así mismo la importancia, identificación y oportunidad de intervenir en el manejo del problema y minimizar sus efectos en la organización social. Su variabilidad está determinada por el carácter impreso en el desarrollo de las actividades económicas y sociales, las transformaciones ecológicas, demográficas y tecnológicas.

En razón de las implicaciones de diverso orden que produce la situación deficiencia-discapacidad, las actividades emprendidas para evitarla y facilitar el desarrollo, deben orientarse a incrementar la competencia de las personas y/o adecuar las demandas que la ocupación y el medio le imponen.

Si bien las acciones específicas varían según las características particulares de inserción en la estructura socio-económica y de las personas a las cuales van dirigidas, en general se pretende que éstas, sus familias y los agentes asistenciales, conozcan los riesgos a los cuales se encuentran expuestos según sus actividades y el lugar donde se desarrollan; las variaciones según las diversas circunstancias y las acciones a seguir cuando se objetiviza el proceso morboso. En cuanto a las demandas puestas sobre las personas, se trata de intervenir en el ambiente restableciendo la relación entre las actividades y las potencialidades humanas.



ECOSISTEMA
UNIDAD SOCIO-ECONOMICA ESPACIAL



- 1 — UNIDAD SOCIO-ECONOMICA ESPACIAL
 2 — COMUNIDAD
 3 — UNIDAD FAMILIAR
 4 — PERSONAS

- 4 — SITUACION INTRINSECA
 3 — SITUACION EXTRINSECA
 2 — SITUACION OBJETIVADA

BIBLIOGRAFIA

1. Reunión Terapistas Ocupacionales. 14 de marzo de 1980.
—2º Jornadas de Trabajo. **Estructura Ocupacional y Formación Universitaria** - 23, 24 y 25 de octubre de 1981.
—Acosta F. Lidia Victoria et Al **Experiencias de la Terapia Ocupacional con una comunidad Damnificada.** Acción, Vol. 1 Nº 4, octubre de 1986.
2. Rodríguez Ospina Sarah, **Estructura Ocupacional y Formación Universitaria en Terapia Ocupacional.** Resumen presentado en la 2ª Jornada de Trabajo, octubre de 1981.
3. Rodríguez Ospina Sarah, **Estudio de Factibilidad para la creación de un programa académico en Salud en la Universidad del Sur de Bogotá,** Bogotá, 1983.
4. Abaúnda Forero Belkis, **Terapia Ocupacional —Proyección—** Edición Nº 1, julio de 1985.
5. Trujillo Alicia, Tovar de Martha Lucía, Montenegro Martha Lucía, **Tendencia del Ejercicio Profesional de Terapia Ocupacional en la Regional Nº 1 de Bogotá.** Acción, diciembre de 1984.
6. Rodríguez Ospina Sarah, **Evaluación del Programa de Rehabilitación del Servicio de Salud de Bogotá, 1980-1984.**

Crédito.—Un resumen del presente trabajo fue presentado el día Nacional del Terapeuta Ocupacional celebrado el 18 de septiembre de 1986.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE Y SU TRATAMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL

*Luisa Fernanda Roa M. **
*Beatriz Elena López J. ***
*Mariana Lara R. ****

En los últimos años, Terapia Ocupacional a nivel de salud mental, se ha visto enfrentada a determinar su acción en pacientes con diagnóstico de Borderline. Esto ha motivado la revisión de aspectos teóricos sobre este trastorno y paralelamente el intento de delinear los parámetros de Terapia Ocupacional a esta entidad.

El presente trabajo pretende mostrar el proceso de intervención de este tipo de patología, no queriendo significar que sea la única forma de abordaje del paciente borderline en Terapia Ocupacional.

A causa de la diversidad de sintomatología, nuestra acción debe ser dada en base a varios modelos a fin de lograr un manejo integral, esto implica determinar y relacionar el tra-

* Terapeuta Ocupacional Universidad del Rosario. Docente de práctica Clínica Terapia Ocupacional. Escuela Colombiana de Rehabilitación Universidad del Rosario, en el Hospital San Ignacio de Bogotá.

** Terapeuta Ocupacional Universidad del Rosario. Jefe de la Unidad de Terapia Ocupacional Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios, Manizales.

*** Terapeuta Ocupacional Universidad del Rosario. Terapeuta Ocupacional en el CEDER. Manizales.

tamiento desde una perspectiva dinámica, cognitiva, adaptativa y ocupacional, generando así las bases de trabajo en Terapia Ocupacional con este tipo de pacientes.

Este trabajo es producto de la experiencia clínica con estos pacientes en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Ignacio de Bogotá.

Finalmente esperamos que este artículo sirva como punto de partida para nuevas investigaciones y aporte a nuestra profesión en este campo.

1. *Revisión bibliográfica*

1.1. *Características Estructurales de la Organización Límite de la Personalidad:*

Aunque continúan existiendo dificultades en la determinación de criterios diagnósticos de la personalidad Borderline, hay algunos aspectos relevantes que son en su mayoría aceptados, los cuales se mencionarán a continuación^{6,7}.

1.1.1. *Sintomatología Descriptiva*^{1,6,7}.

La presencia de dos o tres de los síntomas enumerados a continuación constituye fuerte indicio para sospechar de la existencia de una Personalidad Fronteriza, aunque en realidad lo más importante es la forma específica de patología del Yo.

Tales síntomas son:

- Ansiedad Flotante crónica y difusa.
- Neurosis Polisintomática (por lo menos dos de: fobias múltiples, síntomas obsesivo - compulsivos que tienden a ser egosintónicos, síntomas conversivos, reacciones disociativas, tendencias paranoides o hipocondriacas).
- Tendencias sexuales perverso-polimorfas (homosexualidad, promiscuidad, exhibicionismo, sado-masoquismo).
- Clásicas estructuras de personalidad Prepsicótica (Personalidad paranoide, Personalidad Esquizoide, Personalidad Hipomaniaca y Organización Ciclotímica con marcada tendencia hipomaniaca).

- Neurosis compulsivas y Adictivas (Alcoholismo, Drogadicción, Obesidad Psicogénica y Cleptomanía).

1.1.2. *Análisis Estructural*^{1,2,6,7.}

Se define como la relación y estructuración de las relaciones objetales interiorizadas y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental. Igualmente se refiere a la organización dinámica permanente de los contenidos incorporando experiencias tempranas y organización de impulsos.

1.1.2.1. *Síndrome de difusión de Identidad*^{1,6,7.}

- Concepto pobemente integrado de sí mismo y de otros significantes.

Se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones y conductas contradictorias y percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás. Aunque existe una diferenciación entre el sí mismo y los otros, hay dificultad en la integración de los aspectos “buenos” y “malos” de la realidad del sí mismo y de los demás, presumiblemente debido a agresiones tempranas graves.

- Desviaciones hacia pensamiento de proceso primario que se observa en test proyectivos y en respuesta a estímulos no estructurados: fantasías primitivas, disminución de la capacidad de adaptarse a datos formales de los tests y verbalizaciones peculiares.
- La imagen corporal en el paciente limítrofe es completa en cuanto a su esquema orgánico, pero incompleta en su totalidad intrapsíquica. Sienten la necesidad de haber sido diferentes para ser completos y totales.
- Patología de las relaciones objetales Internalizadas: en el paciente fronterizo hay una clara diferenciación y representación de sí mismo y de los objetos, lo cual permite una integridad en los límites yoicos en la mayor parte de los campos, excepto en aquellos en los que se produce una identificación proyectiva y una fusión con los objetos

idealizados. Es importante tener en cuenta el exceso en la agresión y frustración tempranas, lo cual lleva a introyecciones totalmente escindidas de los objetos "buenos" y "malos" y por consiguiente a una irrupción crónica en estados afectivos primarios, que se reflejan en la incapacidad para experimentar preocupación y culpa.

La imposibilidad de integración de los objetos compromete la integración del super-yo, ya que por ser los precursores del super-yo demasiado dominantes para ser tolerados, son reprojectados como objetos externos malos.

Las características de las relaciones objetivas internalizadas se reflejan en las características de la personalidad fronteriza. Estos pacientes tienen dificultad para evaluar realísticamente a los demás y para establecer relaciones de empatía; se percibe superficialidad en los vínculos emocionales, dada principalmente como un mecanismo defensivo y por su incapacidad de sentir culpa y preocupación por los demás.

Estos pacientes tienen tendencias exploradoras y de manipulación que están relacionadas con la desvalorización de los objetos. La necesidad de control del mundo externo surge como un mecanismo defensivo ante los temores paranoides vinculados a las proyecciones agresivas. Si sus necesidades de control no son satisfechas, se retraen y recrean en su fantasía una relación que satisfaga sus necesidades.

Algunos pacientes experimentan una sensación de vacío permanente y luchan contra esto participando en innumerables interacciones sociales, ingiriendo drogas, alcohol o buscando gratificación a través del sexo, la agresión, la comida y todo aquello que aparte la atención de la vivencia interna.

Otros pacientes parecen sucumbir a la sensación de vacío y adquieren un estilo de vida mecánico, con una sensación de irrealdad, dando la impresión de fusionarse con su entorno inmediato.

1.1.2.2. Operaciones de Defensa Específicas de la Personalidad Borderline^{1,2,6,7}

Incapacidad de sintetizar introyecciones e identificaciones positivas y negativas: y falta de capacidad para reunir imágenes de sí mismo y de los objetos. Persiste la escisión como

mecanismo esencial destinado a impedir la difusión de la ansiedad dentro del Yo y a proteger las introyecciones e identificaciones positivas, y constituye la causa fundamental de labilidad yoica. La escisión hace mover una serie de defensas subsidiarias:

— Idealización Primitiva.

Tiene efectos sobre el desarrollo del ideal del yo y el super yo, el yo crea imágenes totalmente alejadas de la realidad.

— Tempranas formas de Proyección.

Es especial identificación Proyectiva, lo cual lleva al incremento del temor a la agresión proyectada, por lo cual ellos deben controlar y atacar al objeto antes que el objeto los ataque a ellos. La distorsión producida por la agresión proyectada en las imágenes objetales produce efectos Patológicos en el desarrollo del super yo.

Negación.

Puede manifestarse como una desestimación de un sector de su experiencia subjetiva o del mundo externo, expresada en una falta de interés con ansiedad o reacción emocional respecto a una necesidad o conflicto presionantes.

Se puede manifestar en el aferramiento a un objeto mágico idealizado, en fantasías y actitudes que revelan su propia omnipotencia mágica y en la desvalorización de los objetos externos como manifestación de su falta de verdadera capacidad de amor al objeto o como venganza al objeto que no satisfizo sus necesidades.

1.1.2.3. *Pruebas de Realidad*^{1,2,6,7}

En el paciente con trastorno de Personalidad Borderline está conservada, lo cual posibilita la diferenciación con los cuadros psicóticos. Se observa capacidad de evaluar alucinaciones y delirios, en caso de que los haya habido, y una aceptación de las interpretaciones acerca de las operaciones defensivas del paciente.

1.1.2.4. *Manifestaciones no Específicas de Labilidad Yoica* ^{1,5,6,7}

- Falta de tolerancia a la ansiedad.
- Falta de control de impulsos.
- Insuficiente desarrollo de los canales de sublimación.

1.1.3. *Conflictos Intrapsíquicos o Análisis Genético Dinámico* ^{1,5,6,7}

Entre los factores patógenos constitucionales quizá los más importantes sean la falta de tolerancia a la ansiedad, dadas por un exceso de agresión y graves frustraciones tempranas. Así, las tendencias agresivas y autoagresivas que se observan en estos pacientes están vinculadas con tempranas imágenes de sí mismo y de los objetos.

La excesiva agresión pregenital, sobre todo oral, tiende a ser proyectada, produciendo una distorsión paranoide de las imágenes parentales tempranas. Posteriormente tienden a ver todas las relaciones sexuales como peligrosas o infiltradas de agresión. Además se produce un desarrollo temprano de las tendencias genitales intentando evitar los temores orales. Entonces, el exceso de agresión pregenital y genital promueve las tendencias sexuales perverso-polimorfas de este tipo de pacientes, como una defensa ante conflictos más complejos y precoces que la simple ausencia de identidad sexual.

1.2. *Tratamiento en General* ^{1,5,6,7}

1.2.1. *Tratamiento Farmacológico* ⁷

Al parecer esta intervención no es muy importante. Se utiliza droga psiquiátrica dirigida a ciertos síntomas, como en cualquier otra entidad.

1.2.2. *Hospitalización* ⁷

Cuando hay riesgo para el paciente o su comunidad, procurando que ésta sea lo más breve posible.

1.2.3. Psicoterapia^{6,7}

Kernberg propone la interpretación de: las defensas primitivas predominantes y las relaciones objetales primitivas internalizadas ligadas con las defensas.

Es importante anotar que la psicoterapia con este tipo de pacientes hace que el analista experimente desde etapas tempranas fuertes reacciones emocionales que pueden involucrar dudas acerca de su propia capacidad, temor a la crítica de terceros por identificación con la agresión, proyección paranoide y la culpa del paciente, aunque es posible que ésto no sea muy evidente por las defensas caracterológicas del analista.

2. Intervención en Terapia Ocupacional^{3,5,8}

A nivel de Salud Mental, el rol del Terapeuta Ocupacional complementa y suplementa el rol de otros profesionales, dirigiéndose a la ocupación humana. La disfunción psicosocial que se presenta en el individuo con trastorno de personalidad Borderline, debido a la variedad de sintomatología, que refleja un inadecuado funcionamiento yoico del paciente, y que se manifiesta en una alteración del desempeño de los roles de supervivencia, laborales y de tiempo libre, justifica la intervención de la Terapia Ocupacional como un medio Psicoterapéutico que promueve la máxima readaptación del individuo a su medio familiar, social y laboral.

La intervención del Terapeuta Ocupacional con el paciente borderline ha sido hasta el momento una adaptación empírico-deductiva, y en ocasiones intuitiva, de modelos tradicionalmente utilizados con otro tipo de patologías psiquiátricas en Terapia Ocupacional.

Por este motivo, se pretende consignar a continuación una propuesta que incluye aspectos básicos de intervención en Terapia Ocupacional con este tipo de pacientes, la cual parte de la experiencia clínica en la Unidad de Salud Mental del Hospital San Ignacio. Esta propuesta debe ser considerada como una aproximación al protocolo de intervención del Te-

terapeuta Ocupacional con el paciente Borderline, que debe ser sometida a investigación y comprobación para determinar su validez.

Los principios de intervención parten de la creación de un ambiente constante, que le posibilite al usuario el establecimiento de una confianza básica para el logro de una relación terapéutica que le permita posteriormente el surgimiento de comportamientos ocupacionales acordes a sus roles adultos.

Para la presente propuesta se considera necesario contemplar tres aspectos básicos: Modelos, Ambiente y fases del Tratamiento.

2.1. Modelos

La intervención del Terapeuta Ocupacional en el tratamiento de pacientes con Trastorno de Personalidad Borderline, requieren que se tomen en cuenta conceptos teóricos dados por: el Modelo Ocupacional, el Modelo Psicodinámico, Psicosocial, Adaptativo y Cognitivo, con el fin de poder comprender mejor la sintomatología y necesidades del paciente y con base en esto secuenciar el tratamiento, de tal manera que éste contribuya efectivamente a la funcionalidad y adaptabilidad del individuo en su entorno.

2.1.1. Modelo Psicodinámico^{2,11}

Este modelo se aplica en todo lo relacionado con los señalamientos que se hagan al paciente, el manejo simbólico, y la satisfacción de necesidades del individuo, mediante relaciones objetuales libidinales. Las necesidades básicas en el paciente con Trastorno de Personalidad Borderline son: Fortalecimiento Yoico, Relación Dependencia-Independencia, Necesidades de Gratificación, Necesidades Narcisistas y Control de Impulsos, Tolerancia a la Frustración e Incremento de Autoestima.

2.1.2. Modelo Psicosocial^{4,5}

Es necesario tener en cuenta la etapa de desarrollo psicosocial, según Erikson, en la cual se encuentra el paciente, para promover a través de la intervención el paso a la siguien-

te etapa o, por lo menos, la adquisición de algunos elementos de ésta. Independientemente de la etapa en la cual se encuentre el paciente deberán tomarse elementos de la primera fase (Confianza vs. Desconfianza) para posibilitar el establecimiento de la relación terapéutica.

2.1.3. Modelo Adaptativo

Es importante promover el desarrollo de habilidades de niveles superiores en el individuo, básicamente en todo lo relacionado con la Habilidad de Realizar Interacciones: Interactuar con relación de Autoridad, Participar en un Grupo Cooperativo, en un Grupo Maduro, y Habilidad de realizar Interacciones Intimas; Habilidad en Relación a la identidad del Yo: Percibir el Yo como Productivo dentro de un Sistema:

Identidad Sexual: Dar y Recibir Gratificación Sexual y Establecer Relaciones Heterosexuales³.

El fin último es la adaptación del paciente, tratando de nivelar sus expectativas con las de su medio socio-familiar y con sus habilidades reales.

2.1.4. Modelo Ocupacional

Elemento básico en cuanto a la relación función-disfunción en los subsistemas Volicional, Hábito y Ejecución, ya que en el paciente con trastorno de Personalidad Borderline *, la Causa Personal se encuentra afectada por la ambivalencia en cuanto a dependencia de otros y control sobre ellos, lo cual los lleva a establecer relaciones interpersonales superficiales. Los valores son el área primaria de disfunción del Paciente Borderline, que lleva a una incapacidad para invertir de manera positiva las ocupaciones; al sentimiento de vacío, de insignificancia y aburrimiento; a la tendencia a valores * no realistas y gradiosos; y a la búsqueda de metas ocupacionales, incapaces de ser llevadas a cabo.

En cuanto a intereses * se observa que no se motivan por habilidades basadas en la realidad; derivan placer del desempeño fantaseado más que del desempeño creativo; los factores de intereses son con frecuencia imbalanceados, lo cual se refleja en la pérdida de entusiasmo.

En cuanto al subsistema de Hábitos * se observan pobres hábitos de estudio y trabajo, marcados por inhabilidad en esforzarse consistentemente y los patrones de respuesta pueden volverse rígidos, o por el contrario impulsivos. Hay una difusión de identidad caracterizada en la configuración de los roles; se mantiene en un estado de dependencia y nunca asume satisfactoriamente los roles de trabajador, estudiante, amigo, etc.

En relación al subsistema de ejecución *, el funcionamiento cognitivo y perceptual-motor se mantiene intacto; la inteligencia y el talento son con frecuencia obvios, y se mantiene una adaptabilidad social superficial. El progreso de las habilidades se dificulta, lo cual marca un déficit en la habilidad para establecer una secuencia ordenada y significativa de pasos hacia el logro de metas ⁸.

Lo anterior justifica el uso de este modelo con una visión integral de los tres subsistemas en la medida que estos están interrelacionados, influenciando la conducta ocupacional del individuo.

2.1.5. *Modelo Cognitivo*

Es importante tener en cuenta el nivel de pensamiento en el cual se encuentra el paciente (la mayoría de los Borderline llegan a la última etapa de desarrollo según Piaget, ya que es frecuente encontrar entre ellos CI altos), debido a que ésto determinará las características de los señalamientos, de la instrucción y de la comunicación en general. Se pretende promover la toma de decisiones, la solución de problemas, el mantenimiento de la atención y la concentración, mantener habilidades de comunicación y desarrollar intereses ^{9,10}.

2.2. *Ambiente*

En relación al paciente con Trastorno de Personalidad Borderline, los aspectos fundamentales a tener en cuenta son: La estabilidad de la relación terapéutica, el énfasis que se debe

* A nivel del subsistema volicional.

hacer en los controles relacionados con las normas generales de funcionamiento de la institución donde se encuentra, la determinación de un espacio físico de trabajo propio, al igual que un lugar para guardar sus pertenencias y la determinación de sitios femeninos y masculinos, tales como baños, aspectos éstos que contribuirán al reforzamiento de la identidad.

Aunque en todo proceso de grupo se da el surgimiento a la adquisición espontánea de roles, es recomendable designar roles o tareas específicas al paciente, con el fin de contribuir al reforzamiento de la identidad y al logro en relación a responsabilidad y hábitos.

2.3. Fases de tratamiento

El tratamiento ha sido dividido en fases secuenciadas y no excluyentes unas de otras, además, están dadas por la evolución del paciente. Son éstas: Fase Inicial, Fase Intermedia, y Fase Prevocacional.

2.3.1. Fase Inicial

Durante esta fase pretende establecer la relación terapéutica, mediante la cual se obtiene la relación dependencia-independencia y el terapeuta ayuda al paciente a manejar su tensión interna y externa, brindando seguridad y confianza para contribuir a la satisfacción de sus necesidades personales. La dependencia se logra a partir de una relación contingente-contenido y por el tipo de instrucción, lo cual a su vez promueve la confianza y garantiza la permanencia del objeto idealizado. El Terapeuta Ocupacional deberá mantener un ambiente estable y establecer controles, inicialmente en relación al uso de materiales y herramientas y al cumplimiento de los horarios.

Es importante tener en cuenta que la relación terapéutica con pacientes Borderline ocasiona la aparición rápida y repentina de relaciones transferenciales intensas positivas y negativas: desde el enojo, hostilidad y una franca sexualidad hasta la protección. Estos pacientes intercalan períodos de franca seducción hacia el terapeuta, con períodos de agresión activa o pasiva, que son fruto de la proyección constante de

los objetos internos distorsionados del paciente, por lo cual, oscilan entre períodos de idealización y desvalorización del terapeuta, buscando permanentemente un acting-out, el cual en términos psicodinámicos se refiere a la acción que sustituye la respuesta verbal a un impulso instintivo² del mismo, ante lo cual éste debe estar preparado para responder con una relación consistente.

Los señalamientos deberán ser acordes con el nivel de pensamiento del paciente y su contenido se referirá a aspectos de la ejecución, la comunicación y la relación interpersonal (aspectos transferenciales y contra-transferenciales).

En la medida que la evolución del paciente y la relación terapéutica lo posibiliten, se irá intercalando la actividad expresivo-proyectiva con actividad proyecto simple y acorde con la situación del paciente, además de las características que se mencionarán en la fase intermedia. Durante esta fase la actividad expresivo-proyectiva posibilitará comenzar a explorar los conflictos inconscientes del paciente y se realizarán señalamientos en relación a ello, pero sin olvidar que lo fundamental de esta fase es lograr la confianza y dependencia del paciente y promover el fortalecimiento yoico, que a su vez le permitirá establecer relaciones objetales estables y acordes con su identidad y los roles correspondientes a su status dentro del medio en el cual se desenvuelve.

2.3.2. *Fase Intermedia*

En esta segunda fase de tratamiento se pretende promover el control de impulsos, básicamente relacionados con agresión, sexualidad y adiciones. En cuanto a la agresión se tiene en cuenta bien sea la generación o canalización, según el caso, ya que la agresión constituye un elemento de supervivencia en la medida que el individuo esté en capacidad de utilizarlo de manera adaptativa.

Por otra parte, en esta fase se promoverá la tolerancia a la frustración, ya que las experiencias tempranas del paciente originan en el desarrollo de mecanismos primitivos como la escisión, el cual se relaciona sin un sentimiento de omnipotencia y una necesidad de gratificación inmediata que hace necesario trabajar este aspecto dirigido al progresivo descu-

brimiento y aceptación por parte del paciente de sus habilidades y limitaciones. Así mismo, en relación a los sentimientos de omnipotencia, es necesario promover la graduación del narcisismo, proporcionando al paciente experiencias gratificadoras con frustración cuidadosamente graduada, para disminuir los mecanismos de escisión y por consiguiente lograr la percepción de sí mismo y de los demás de forma íntegra.

En el logro de lo anteriormente mencionado desempeña de nuevo un papel importante, el manejo de una relación terapéutica estable, con las características anotadas en la fase inicial: el ambiente; la actividad expresivo-proyectiva; y la actividad proyecto. Durante esta fase los señalamientos podrán dirigirse más directamente hacia la exploración y aceptación por parte del paciente de sus conflictos intrapsíquicos y su manifestación en conductas inadaptativas que se hacen evidentes en las relaciones interpersonales (incluyendo la relación terapéutica) y en la ejecución de las diversas actividades.

Inicialmente la actividad proyecto contribuye al manejo de la sintomatología, para lo cual las exigencias y las características se van modificando gradualmente, teniendo muy en cuenta las habilidades del paciente, que generalmente están conservadas (destrezas psicomotoras, sensoperceptivas y cognitivas). La actividad proyecto a utilizar se emarca dentro de las siguientes características:

- De pocos pasos, corta y técnica simple (posibilita gratificación inmediata y por lo tanto incremento de autoestima).
- Con uno o más pasos desconocidos, para nivelación en los procesos narcisísticos y en la omnipotencia.
- De material rígido y reparable (posibilita graduación de omnipotencia, proporciona gratificación y descarga de energía psicomotora en relación al control de impulsos).
- De límites amplios, que impliquen movimientos amplios, con material resistente y sin límite de tiempo (si se requiere canalizar agresión); o de límites pequeños, con movimientos segmentarios y con detalles (si se quiere generar agresión).

- Se debe exigir el terminado (para disminuir ansiedades paranoides dadas por los mecanismos de escisión, para disminuir omnipotencia y proporcionar gratificación y por lo tanto incremento de autoestima).
- La dependencia se maneja básicamente respecto a la elección del proyecto y a elementos relacionados con la técnica.

El Terapeuta Ocupacional deberá graduar y adaptar las características y exigencias de las actividades de acuerdo a la situación y evolución específica de cada paciente.

2.3.3. Fase Prevocacional

Durante esta fase se pretende promover el incremento de autoestima, ya que los estados yoicos disociados por los mecanismos de escisión pueden acompañarse de sentimientos de minusvalía. Por ese motivo, aunque esto es una fase de incremento de exigencias, éstas deberán ser cuidadosamente graduadas dentro de experiencias gratificadoras, que contribuyan al reconocimiento de habilidades y promuevan una elección vocacional acertada.

También deberán estimularse los procesos de socialización, a partir de la relación terapéutica y de experiencias grupales estructuradas, que le permitirán vivenciar relaciones objetales más adecuadas para una posterior interacción social que satisfaga sus expectativas y las demandas del medio en el cual se desenvuelve.

Durante esta fase adquiere gran trascendencia la necesidad de que el terapeuta mantenga controles estables en relación a la conducta del paciente, el cumplimiento de horarios y normas, la tolerancia al tiempo de trabajo y la calidad de ejecución, lo cual se habrá ido logrando paulatinamente durante las dos fases anteriores y llevará a promover la ubicación o reubicación laboral, ya que aunque la personalidad Borderline constituye un trastorno grave, el pronóstico de este tipo de pacientes es mucho mejor que el de otras patologías a nivel de Salud Mental, debido a que no se produce marcado deterioro.

Por este motivo, la meta última de tratamiento, relacionada con la máxima funcionalidad del individuo, debe incluir los aspectos laboral y social.

En esta última fase, se incrementará la exigencia en la actividad proyecto y se iniciará la realización de pruebas pre-vocacionales con el fin de determinar las posibilidades productivas y el tipo de capacitación laboral que requiere, esto implica que el individuo desarrolle hábitos laborales y destrezas que le permitan de manera ideal desempeñarse competentemente en un trabajo de medio tiempo, mientras recibe asistencia dentro de la modalidad de Hospital de Día.

Las anteriores consideraciones han sido planteadas según las características generales del trastorno de personalidad en cuestión, pero deberán ser modificadas de acuerdo a la realidad concreta de un paciente específico.

Resumen

En los últimos años, la aclaración de los criterios diagnósticos de la personalidad Borderline ha producido un notable incremento, en la población catalogada dentro de este trastorno.

Esta situación modifica al menos parcialmente, las líneas de acción del equipo que anteriormente intervenía sobre estos pacientes de acuerdo al diagnóstico que se les hubiera dado.

En este artículo se realiza una breve revisión teórica sobre esta patología y luego se pretende una aproximación a las posibles pautas y fases de tratamiento en Terapia Ocupacional, y motivar de esta forma futuros investigadores en este campo.

ABSTRACT:

In recent years, the field Occupational Therapy in the area of mental health has needed to delineate its action with patients diagnosed as borderline Personality.

This has motivated the revision of theoretical aspects of this disorder and thus the attempt to delimit the parameters of occupational therapy in relation to this entity.

This paper shows one intervention process in this type of disease, not implicating that it be the only valid approach to the borderline Patient in Occupational Therapy.

Because of the diversity of symptoms, our action must be given by Several approaches to achieve a who listiz manaopment.

This implies that the treatment must be determined and focused from dynamic, cognitiva, adaptive and Occupational perspectives.

It is hoped that this paper will serve as starting point and reference for future contribution of our profession in this field.

This study has been conducted on the basis of clinical experiences with this kind of patients in the Mental health United of Hospital San Ignacio, Bogotá

B I B L I O G R A F I A

1. American Psychiatric Association DSM III. **Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales.** Barcelona, Masso, S.A. 1987.
2. Brainski Simon. **Manual de Psicología y Psicopatología dinámica.** Carlos Valencia Editores 1986.
3. Bruce, Mary Ann. **Frames of Reference in Psychosocial Occupational Therapy.** Mary Ann Bruce - New Jersey, 1987.
4. Erikson, **Infancia y Sociedad,** editorial Horme B. A. 19.
5. Hospital and Community Psychiatry. **Etiology and treatment of Borderline Personality Disorder in Adolescents,** June 1986. Vol. 37 N° 6.
6. Kernberg, Otto. **Trastornos graves de la personalidad.** México, D. F., Editorial El Manual Moderno S.A. de CV.
7. Kernberg, Otto. **Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico,** Buenos Aires, Editorial Paidós, 1979. Versión Castellana de Stella Abrew.
8. Kielhofner, Gary. **A Model of Human Occupation.** Baltimore, Williams y Wilkins 1985.
9. Piaget, **La formación del símbolo en el niño,** Editorial Fondo de Cultura económica, México 1979.
10. Piaget, **Seis estudios de Psicología.** Editorial Pariós.
11. Vallejo, Julio, Bulbena, A.; González, A.; Grau, A.; Roch, J.; Serralonga, J. **Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría.** Barcelona. Salvat Editores, 1986. Segunda Edición.

PROTOCOLO DE INTERVENCION PARA LESIONES DE TUMORES FLEXORES

Maria Del Carmen Vallejo, T.O. ()*

El trabajo es una actividad humana que se ejecuta de acuerdo a ciertas reglas y costumbres e implica aceptación de un sistema de derechos y deberes dentro del orden social general. Cuando se le considera como una función con un *status social* y es remunerada se constituye en trabajo productivo, sin embargo, no todas las actividades del hombre están ubicadas en esta categoría en cuanto muchas de ellas son ejecutadas en tiempos dedicados a tiempo libre, autocuidado y juego. Lo anterior implica que para realizar el trabajo se requiere de una serie de requisitos manifestados éstos desde un nivel volicional con casualidad personal, en un nivel habitacional con hábitos y roles y en un nivel de ejecución evidenciado en los requisitos de ejecución motora, sensorial, entre otros^{7,12}.

Ahora bien, por diversos factores las habilidades y destrezas del individuo pueden alterarse siendo una de las más importantes causas las lesiones de mano, dentro de las que se cuenta la ruptura de tendones flexores. Este tipo de lesión va a generar en primer lugar: deficiencia⁹, una discapacidad de orden motor⁹, lo cual va a dar como resultado una minusvalía parcial en términos de tiempo, a nivel ocupacional. Si no se toman las medidas dirigidas a mejorar la función motora, se va a generar a mediano y largo plazo una minus-

(*) Hospital Militar Central.

valía total, tomada ésta, en la imposibilidad de ejecutar los diversos roles ocupacionales con la consecuente insatisfacción de necesidades en términos de autocuidado, logro, autoestima y productividad.

La férula que se describe a continuación es producto de la modificación de la férula de Kleinert, obtenida a partir del estudio efectuado por el equipo interdisciplinario de Mano del Hospital Militar Central dentro del cual se contó con la activa participación de los alumnos de práctica Clínica de Terapia Ocupacional de la Facultad de Terapia Ocupacional de la Escuela de Rehabilitación y a los cuales doy mis más sinceros agradecimientos.

Revisión Teórica

La Rehabilitación de lesiones tendinosas¹¹ se inició después del período de inmovilización post-operatoria como determina Bunnell³. La tendencia es iniciar la rehabilitación inmediatamente, a través de movilización pasiva, según lo plantea Durán³ y Houser^{3, 6}; o con movimiento activo controlado como propone Kleinert, cuya férula consistía en la flexión de la articulación del puño, de los metacarplos falángicos e interfalángica proximal. Este último método utiliza una banda de caucho que lleva los dedos en flexión pasiva con la falange distal extendida y extensión pasiva controlada de las articulaciones interfalángicas^{6, 8, 2}. Teniendo en cuenta las contracturas que se presentaban con este método se vio la necesidad de realizar una modificación en la misma con el fin de disminuir la contractura.

Tomando como base lo anterior, la férula de Kleinert modificada debe cumplir los siguientes objetivos:

- Evitar adherencias tendinosas en el período post-operatorio de la tenorrafia de tendones flexores a través de la movilización pasiva precoz logrando la flexión completa de las tres articulaciones de los dedos comprometidos, permitiendo no solamente el movimiento de los tendones sino de éstos entre sí.

- Colocar las articulaciones radio carpiana y metacarpo falangicas en la posición adecuada impidiendo una elongación de los tendones reparados, lo cual ocasionaría una ruptura de éstos.
- Lograr una dirección adecuada de la tracción que ejerce la flexión pasiva de los dedos afectados.
- Permitir la extensión activa de los dedos comprometidos.

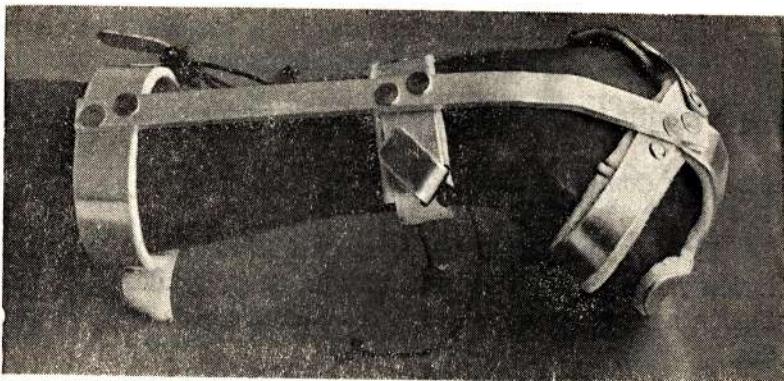
Diseño y Componentes de la Férrula

Esta, es una férrula dorsal larga que mantiene la articulación radio-carpiana en palmiflexión de 30 grados y en una flexión a nivel de los metacarplos falangicos de 60 a 90 grados.

Comprende:

1. Una barra proximal de antebrazo con elongación hacia el lado del hueso escafoides, donde se adapta la barra que sirve como medio de sujeción para los hilo cauchos.
2. Una barra distal del antebrazo que da estabilidad y brinda mayor soporte a la férrula; en el lado central de esta barra se coloca el mismo aditamento mencionado anteriormente, con el fin de sostener el hilo caucho cuando la lesión es a un nivel del *Flexor Pollicis Logus* y el *Flexor Pollicis Brevis*; si tenemos en cuenta que el movimiento del flexor de lado cubital va dirigido hacia el hueso pisiforme.
3. Una barra metacarpiana en su parte palmar, esta barra se prolonga hacia la articulación del puño con el fin de proveer una superficie amplia donde se puedan colocar las poleas.
4. Una barra Lumbrical baja o posterior del pulgar; su función, es llevar en flexión las articulaciones metacarpo falangicas comprometidas, impidiendo así la extensión de los mismos.
5. Una barra longitudinal; la cual constituye el eje o cuerpo de la férrula, su función es dar soporte a las otras estructuras y posicionarlas adecuadamente.

6. Poleas: Su función es permitir la flexión total pasiva de las interfalángicas distales y proximales de los dedos comprometidos dirigidos la fuerza producida por el elástico.



Para la ubicación de las poleas, se debe tener en cuenta que el eje central de la uña coincida con el canal de las poleas a una distancia tal que logre la flexión completa de los metacarpo falángicos e interfalángicos.

7. Hilocaubo: Este elástico tiene la ventaja sobre los anteriormente usados consistente en que produce una flexión pasiva completa de los dedos y facilita al mismo tiempo una extensión total a la permitida, por la férula, con un mínimo gasto de energía y fuerza del aparato extensor disminuyendo la posibilidad de una contractura en flexión.

A la uña se adhiere un gancho en la parte central y distal de la misma con un pegante autoadhesivo; igualmente, al elástico se le ata otro gancho que se unirá al gancho de la uña pudiéndose colocar y quitar fácilmente. Los elásticos, pasan por debajo de la polea y se unen a la barra proximal del antebrazo, para el pulgar el elástico se une a la barra distal del antebrazo.

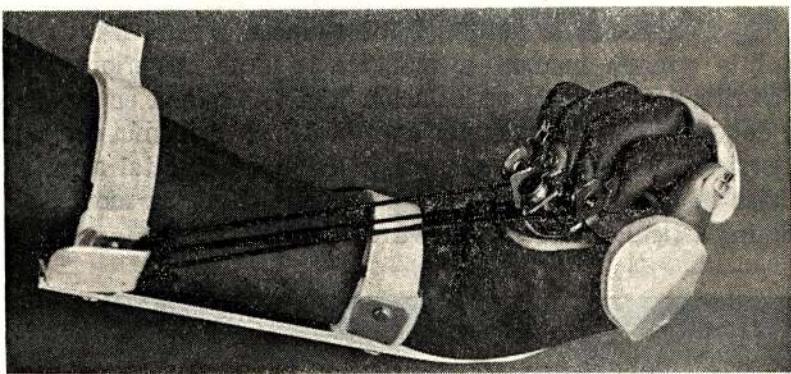
La férula, se sujetta al brazo por medio de correas de velcro a nivel de antebrazo y muñeca.

Esta férula, es construida en aluminio, material que impide la resistencia ejercida por los tendones extensores al accionarlos y evitar así que las articulaciones radio carpianas

y metacarpo falángicos sean llevadas en extensión, hecho que produciría una ruptura de la tenorrafia.

Respecto a la férula anterior de Kleinert que era elaborada en yeso⁵ ofrece algunas ventajas tales como:

- Al tener menor peso facilita el movimiento de las articulaciones, no comprometidas^{6, 4}.
- La resistencia del material es óptima facilitando el uso y mantenimiento de la férula^{6, 7}.



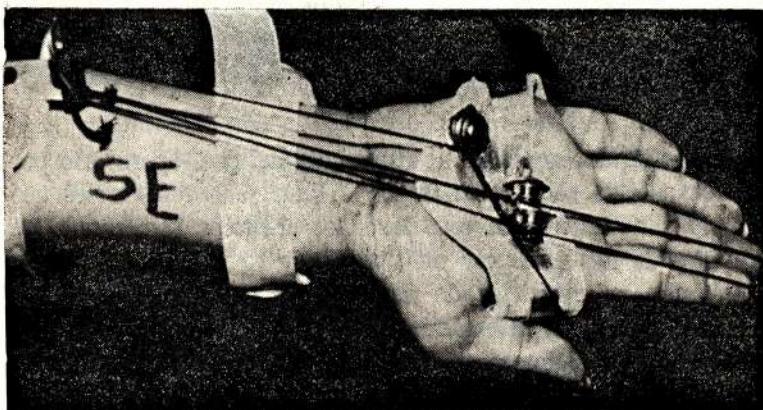
Esta férula, se coloca al quinto día del post-operatorio por un período de seis semanas. Debe hacerse énfasis en el uso diurno y nocturno. En esta fase, los elásticos se unen a los ganchos de las uñas por un tiempo de 15 minutos por hora realizando los ejercicios de flexión pasiva y extensión activa de los metacarpo e interfalangicas de los dedos y una vez realizados los ejercicios al paciente se le retiran los elásticos de los dedos a fin de que efectúe los ejercicios de la técnica de Durán.

Es de anotar, que la extensión activa en este tipo de programas es efectiva a nivel del aparato extensor por los músculos intrínsecos primordialmente, además, la participación de los extensores extrínsecos se da secundariamente facilitando así realizar este programas con lesiones asociadas al nervio radial altas, o de nervio mediano bajas; cuando existe una lesión cubital el patrón de extensión dentro de la férula se modifica no pudiendo iniciar con la extensión de la 2da. falan-

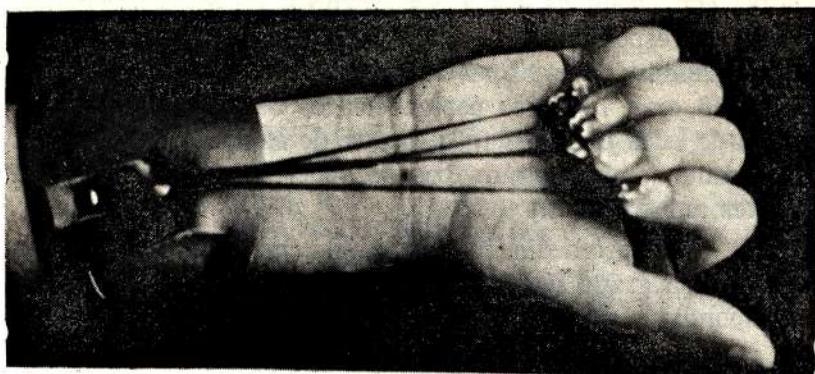
ge, sino con la primera. Para poder usar este protocolo es necesario incrementar el grado de flexión del puño y disminuir la flexión de los metacarpo falángicos dentro de la férula, para evitar lesión a nivel de la sutura.

Teniendo en cuenta que el paciente presenta alteración de la sensibilidad ya sea anestesia o protectiva, se darán, indicaciones de protección o reducción continuando éste tratamiento hasta que el paciente recupere totalmente la sensibilidad, igualmente se dan indicaciones para la realización de los masajes sobre cicatriz evitando adherencia de éstas.

La segunda fase del programa se inicia a comienzo de la quinta semana, cuando se modifica la férula anteriormente descrita, colocando la articulación Radio Carpiana en neutro y dejando libres las articulaciones M.C.F. Se continua con los ejercicios descritos. Cuando existe lesión del Cubital se debe dejar la barra lumbrical baja pero permitiendo la movilidad de las articulaciones M.C.F. a neutro.



La tercera fase comprende la séptima y octava semanas donde se retira la férula y se coloca una muñequera por el lado dorsal que sujetá los hilocauchos para continuar con los movimientos de flexión y dejando libre el puño para realizar movimientos de flexión y extensión.



La cuarta fase comprende la novena semana, donde se retira la muñequera y se inicia actividad de resistencia liviana.

La quinta fase comprende la décima semana donde el paciente realiza actividades de resistencia moderada y dependiendo de su ocupación puede o no reintegrarse a su actividad laboral.

A la décima semana el paciente se integra a su rol ocupacional.

La comprensión exacta del programa por parte del paciente y la colaboración del mismo, es fundamental para optimarse el tratamiento en este tipo de lesiones, las explicaciones del tratamiento que el paciente debe realizar en su casa deben ser claras y prácticas, como son la explicación de colocación de férula, la ejecución y constancia del ejercicio; la recomendación de no utilizar la mano para agarrar objetos con fuerza y dejar que los elásticos realicen la flexión pasiva, supervisar constantemente si la férula está ejerciendo presión sobre algún punto, mantener cubierta la zona intervenida y conservar en buen estado la limpieza de la férula, son elementos que debe tener en cuenta constantemente el Terapeuta Ocupacional.

Sujetos:

En el período comprendido entre el mes de octubre de 1989 y el mes de julio de 1990 fueron remitidos al programa de Terapia Ocupacional del Hospital Militar Central 25 pa-

cientes con lesión de Tendones Flexores; de éstos desertaron el 20% correspondientes a cinco pacientes en la primera fase del programa, de los 20 pacientes que continuaron en el programa 18 eran hombres pertenecientes a las fuerzas militares, 16 de ellos pertenecían al grado de soldado, uno de ellos era coronel y un capitán. Los dos pacientes restantes eran mujeres amas de casa.

La edad promedio fue de 24, la máxima la tenía un hombre con grado de coronel y era de 66 años y la mínima correspondía a un hombre con grado de soldado.

El nivel socio-cultural era en 18 de ellos de clase media baja y baja, 2 de ellos pertenecían a una clase media alta y alta baja.

De los 20 pacientes que finalizaron las fases del programa el 45% o sea 9 personas, presentaron retracciones leves, las cuales cedieron en su totalidad con canaletas de uso nocturno.

Partiendo de las ventajas ofrecidas por la férula se determina que, factores tales como: la movilidad activa y precoz incrementa un alto índice de recuperación de la función motora.

En este sentido, es importante tener en cuenta que el protocolo de intervención para esta lesión no toma en cuenta lesiones asociadas a la ruptura tendinosa produciendo en ocasiones retracciones y contracturas en los tejidos circundantes con la utilización de la férula y el refuerzo de ejercicios; este aspecto amerita investigaciones posteriores que permitan optimizar el protocolo.

Igualmente, es importante en estudios posteriores tener en cuenta respecto a la constancia y efectividad del tratamiento variables tales como incidencia de nivel socio cultural, interés, necesidad de recuperación en términos de reintegro o no a su ocupación los cuales no fueron tomados en cuenta en el estudio.

B I B L I O G R A F I A

1. Brokia, J.G.: **The blood supply of the flexor and extensor tendons of the fingers in man.**, I Bone Joint Surg. 1953.
2. Cannon, N.M., Strickland, J.W.: **Therapy Following Flexor tendon surgery.** Hand Clin. 1985.
3. Durán, R.J., Houser, R.G., et al.: **A preliminary report on the use of controlled passive motion following flexor tendon repair in zones II and III.** Hand Surg 1976.
4. Furlow, L.T.: **Early active motion in flexor tendon healing.** I Bone Joint surg, 1972.
5. Fess, E.E.: **Hand Splinting, principles and Methods**, ed. Mosby Toronto, 1987.
6. Hunter, J.M.: **Rehabilitation of the hand**, 2da. C.D. Mosby Toronto, 1984.
7. Kielhofner, Gary: **The Model of human occupation** ed. William and Wilkins, Baltimore 1985.
8. Kleinert, H.E.M. Schepels, S. and Gill, T.: **Flexor tendon injuries.** Surg Clin. North Am., 1981.
9. Patronato Real de Madrid, Clasificación Internacional de deficiencia y discapacidades y minusvalías, 1980.
10. Schneider, L.H., and Mc. Entee, P.: **Flexor tendon injuries treatment of the acute problem**, Hand Clin., 1986.
11. Steickland, J.W.: **Flexor tendon Repair.** Hand Clin., 1985.
12. Trombly, C.A.: **Occupational Therapy for Physical Dysfunction**, 2da. 1983.

**QUIERE SABER
QUIEN SE
INTERESA POR
SU PRODUCTO?
MUY FACIL:
UTILICE EL
“SERVICIO DE
RESPUESTA COMERCIAL
DE ADPOSTAL**

El “Servicio de Respuesta Comercial”, le permite hacer investigaciones de mercado, encuestas de opinión, pedidos por correo, y en general obtener la información que usted requiere para sus negocios!



CORREO DE COLOMBIA

llega seguro y a tiempo!

MAYOR INFORMACION: TEL. 2415531 Y 2928842



HOSPITAL MILITAR CENTRAL I . PISO
TRANSVERSAL 5a. No. 49-00