

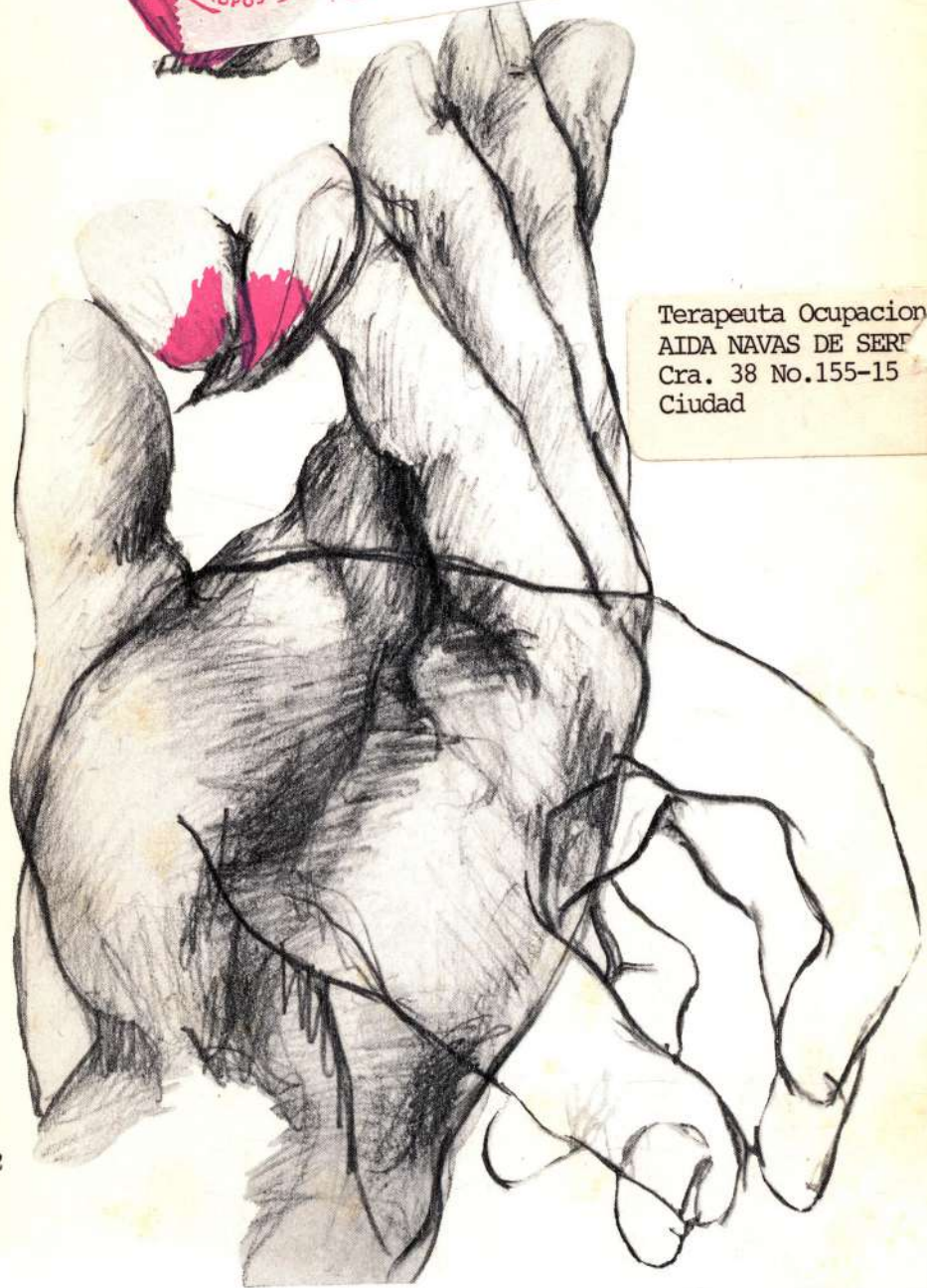


Ocupación Humana

a.c.t.o.

asociación
colombiana
de terapia
ocupacional

VOL. 4 N° 2
1991



Terapeuta Ocupacional
AIDA NAVAS DE SERA
Cra. 38 No.155-15
Ciudad



REVISTA **Ocupación Humana**

VOL. 4 No. 2

Diciembre 1991

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

MARTHA TOBON HINCAPIE, T.O.

Tesorera

MARIA CRISTINA TAFURT, T.O.

Suplente Tesorera

MARTHA OLANO DE SANTOS, T.O.

Primera Vocal

MARIA ELENA MUÑOZ, 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. 2

Diciembre 1991

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

revista
trimestral

SUMARIO

NOTA EDITORIAL	7
EL MODELO OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION EN DISFUNCION PSICOSOCIAL. T.O. María Nohra Hurtado de Bastidas T.O. Liliana Tenorio de Santaella	9
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA PARA PERSONAS CON RETARDO MENTAL INSTITUCIONALIZADAS T.O. Juliette Niño	17
MODELO DE INTERVENCION DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA COMUNIDAD T.O. Claudia Payán - U. Valle Nora Marmolejo - U. Valle Bibiana Luna - U. Valle	27
POSICION DEL ESTUDIANTE DENTRO DE UNA PROFESION NUEVA Y CAMBIANTE. T.O. Constanza Robayo - U. Rosario	33
LA UNIVERSIDAD COLOMBIANA Y LOS UNIVERSITARIOS ANTE EL PAPEL PROTAGONICO QUE LES CONFIERE LA SOCIEDAD COMO AGENTES GESTORES DE CAMBIO Y TRANSFORMACION SOCIAL. Myriam Alonso - U. Nacional Mireya Avellaneda - U. Nacional Ana Lucía Castillo - U. Nacional Adriana Leal - U. Nacional Leonor Puentes - U. Nacional Diana Rodríguez - U. Nacional	37
COMPROMISO DEL ESTUDIANTE DE TERAPIA OCUPACIONAL FRENTE A LA PROBLEMÁTICA NACIONAL. Giovanna Troncoso - F E E S	41
COMENTARIOS LIBROS	45

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:
ASCPAR, APARTADO AEREO 89040 SANTA FE DE BOGOTA, D. C.

REVISTA DE LA ASOCIACION COLOMBIANA
DE TERAPIA OCUPACIONAL

TARIFA DE ANUNCIOS PARA EL AÑO 1.992

HOJA COMPLETA	\$25.000,00
MEDIA HOJA	\$15.000,00
CUARTO DE HOJA	\$7.000,00
CONTRAPORTADA INTERNA	\$40.000,00 (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

Hoy nuevamente llegamos a nuestro grupo de colegas, para entregar otro ejemplar de la "Ocupación Humana", que identifica el quehacer profesional de los Terapeutas Ocupacionales.

A través de este editorial el comité de la revista desea dar a conocer la estructuración que de la misma se manejará de ahora en adelante, la cual constará básicamente de dos secciones.

Primero, una sección latinoamericana, que permitirá dar cabida a trabajos investigativos, consignación de experiencias, análisis de casos, procesos experimentales etc. dentro del contexto latinoamericano y compartir ideas y trabajos con otros colegas en países latinos.

La segunda, se ha denominado sección abierta. Permitirá a cada uno de nuestros miembros la comunicación escrita de inquietudes, críticas y debates de orden teórico con los autores de los diversos artículos publicados. El comité editor de la revista Ocupación Humana considera que de esta manera se abre campo a la dinámica y reflexión del conocimiento científico dentro de la comunidad de Terapeutas Ocupacionales.

EL MODELO OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION EN DISFUNCION PSICO-SOCIAL

Liliana Tenorio de Santaella, T.O.
María Nohora H. de Bastidas, T.O.***

El propósito de este artículo es dar a conocer a la Comunidad de Terapeutas Ocupacionales el Programa de Rehabilitación Profesional del Hospital Psiquiátrico San Isidro de la Ciudad de Cali, que se desarrolla desde hace dos años; cuenta con 35 pacientes y los requisitos de admisión para ser aceptados en el Programa son:

- El candidato y su familia deben aceptar un compromiso personal y familiar.
- El candidato debe estar ambulatorio y presentar disfunción psicosocial, excepto retardo mental y farmacodependencia activa.

Este programa ha sido determinado por un proceso continuo de cambios de actitud y de acción en la atención del paciente psiquiátrico y su evolución histórica constituye el elemento básico para su diseño, planeación y ejecución.

Se eligió este programa con el fin de demostrar la relación existente entre la base teórica del modelo de la ocupación humana (1), el comportamiento ocupacional y la rehabilitación del paciente con disfunción psicosocial.

Los fundamentos del comportamiento ocupacional constituyen una base sólida para la intervención del Terapeuta Ocupacional en el campo de la disfunción psicosocial porque se enmarcan en la descripción de la

* *Universidad del Rosario, Docente Asistente Univalle*

** *Mag. Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Valle,
Docente Asistente Univalle*

conducta en términos de organización y desorganización y se operativiza en un continuo proceso de cambio.

La evaluación e intervención se fundamentan en los conceptos de función y disfunción ocupacional. Las personas tienen una función ocupacional cuando actúan de tal forma que satisfacen sus propias expectativas, las de la sociedad y las necesidades de participación productiva y placentera.

Actúan de tal forma que permiten la expresión, el dominio, mantenimiento y mejoría de la causalidad personal, valores, intereses, hábitos y destrezas.

Por el contrario, una persona tiene disfunción ocupacional cuando las demandas y expectativas sociales para una participación productiva y placentera no son satisfechas.

La rehabilitación profesional del paciente psiquiátrico planteada dentro del modelo de la ocupación humana analiza cada problemática particular y determina sus componentes, le ofrece al individuo la oportunidad de asumir conductas adaptativas que le permiten desarrollar potenciales para interactuar con su medio ambiente (2).

Para este caso de rehabilitación profesional, el insumo se refiere a la indentificación de los elementos, básicos del funcionamiento humano y sus grados de disfunción, por las estrategias evaluativas que se desarrollan en el programa (gráfico No.1).

El proceso se identifica como interacción de las diferentes experiencias satisfactorias que le permiten al individuo adecuarse a las demandas y exigencias del medio y mantener un equilibrio en los roles ocupacionales, como son: trabajo, autocuidado, tiempo libre y juego (3).

Las estrategias que se utilizan están comprendidas en los subsistemas volicional, de habituación y ejecución (gráfico No.2).

En el sistema volicional el individuo admite ingresar al programa y realiza un paralelo entre la crisis pasada, su estado actual y las oportunidades que se le ofrecen. Posteriormente ingresa a una etapa de desempeño prevocacional o vocacional, dependiendo del grado de disfunción (gráfico No.1). Los objetivos de estas etapas están orientados hacia el desarrollo de la función ocupacional, donde se brindan las oportunidades de exploración, competencia y logro a través de actividades significativas que



(Gráfico No.2)

- Grupos evaluativos: proporcionan el encuadre para detectar logros, reforzar ciclos benignos, canalizando o extinguiendo ciclos viciosos (5).

El subsistema de ejecución se identifica como las características del desempeño ocupacional en donde los procesos, las experiencias y las habilidades forman el progreso del individuo, adquiriendo las herramientas básicas para elaborar el feed-back que constituye el medio por el cual se organiza y adapta al medio ambiente. Promueve experiencias de integración, libre expresión y habilidad para resolver problemas.

Los subsistemas volicional, de habituación y de ejecución se dan a través de las etapas prevocacional y vocacional, diferenciándose por el grado de complejidad y de exigencia.

En la etapa prevocacional, los talleres cuentan con un instructor que es una figura de apoyo. En la etapa vocacional, además de la presencia del instructor que representa el jefe inmediato, aparece una figura de autoridad: el administrador; el compromiso personal y social es mayor ya que se crea un ambiente similar al medio socio laboral externo (extra institucional), en donde el individuo tiene una mayor tolerancia a la actividad, cumple con un horario determinado, recibe una bonificación y se ve enfrentado a situaciones que exigen el uso de conductas adaptativas para evitar o disminuir la frustración y descompensación.

El producto de este sistema es el individuo capaz de identificar y solucionar problemas en el desempeño ocupacional, analizando lo que es para él su ocupación, las condiciones en las cuales la realiza y la satisfacción que le proporcionan (6).

El programa pretende lograr que el individuo se enfrente a situaciones reales y ejecute un rol ocupacional en entidades de capacitación comunitaria como la Universidad Obrera y el Sena. Otras posibilidades de desempeño estarían en cooperativas, pequeña industria y diferentes opciones laborales que el individuo asuma siendo el artífice de su propio desarrollo.

Cualquier cambio en el sistema debe empezar por el subsistema volitivo (4) que hace parte del producto y es esencial para iniciar los ciclos básicos que resulten en una trayectoria positiva (fig.2). Las condiciones medio-ambientales son también críticas y ambos aspectos son igualmente importantes para la terapia ocupacional. El medio ambiente, integrado por el grupo de personas, objetos y eventos, facilitado por el terapeuta, empieza a presentar demandas de acción y permite la ejecución de respuestas que producen una retroalimentación.

El sistema volitivo al empezar a funcionar inicia con una respuesta indiferenciada de exploración y dominio (4); el cambio se procesa a través de los tres niveles de motivación-exploración, competencia y logro, que a su vez producen las destrezas, hábitos y roles correspondientes, organizados y jerarquizados.

Este informe corresponde a una primera etapa de una investigación que se está desarrollando con los estudiantes de terapia ocupacional en el Programa de Rehabilitación Profesional del Hospital Psiquiátrico San Isidro.

El análisis de los diferentes modelos y teorías y su aplicación en la praxis del terapeuta ocupacional, son elementos que ayudan a crecer nuestra disciplina.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Kielhofner G, Burke J.: A model of human occupation, Part.1. Structure and content. Am. Journal of Occup. Ther. 34: 572-581, 1980.
- (2) Kielhofner G.: A model of human occupation, Part. 2. Ontogenes from the perspective of temporal adaptation. Am. Journal of Occup. Ther. 34: 657-663, 1980.
- (3) Reilly M.: Play as exploratory learning. Beverly Hills, Ca. Safe. Publications 1980.
- (4) Kielhofner G.: A model of human occupation, Part.3. Benign and vicious cycles. Am. Journal of Occup. Ther. 34: 731-737, 1980.
- (5) Montoya, Martha Patricia: Programa de Rehabilitación Profesional en el Hospital Psiquiátrico San Isidro de la Ciudad de Cali.
- (6) Caicedo, María Eugenia; Acero, Martha y otras. La Ocupación Humana, un desafío para los Terapeutas Ocupacionales. Revista Ocupación Humana. ACTO. 1990.

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA PARA PERSONAS CON RETARDO MENTAL INSTITUCIONALIZADAS

Juliette Niño, T.O.

A través de este artículo quiero dar a conocer mi experiencia personal y profesional como Terapeuta Ocupacional, egresada de la Universidad del Rosario y en la Institución San Vicente de Paul en Jerusalén (Israel), donde trabajé y conviví durante un período de dos años con personas con retardo mental.

El objetivo del equipo interdisciplinario con el paciente Retardado Mental, es lograr la mayor independencia posible, esto significa que sus padres lo llevarán a casa y le asegurarán su lugar en la familia, la escuela, harán previsión para sus necesidades especiales, se les proporcionará un medio de ubicación laboral y desde luego habrá una recreación basada en la comunidad, adaptada a su potencial y limitaciones. Por lo general éstos son fines conjuntos que se comparten con la familia y para ellos hay un entramado entre el problema y la solución.

Pero ¿qué podríamos hacer cuando ellos no cuentan con ese apoyo familiar? ¿Cuándo la Institución pasa a ser su casa y su sitio de trabajo al mismo tiempo? ¿Cuándo la Terapeuta como los otros miembros del equipo se covierten en su familia? ¿Cómo se podría montar o implementar un programa de Terapia Ocupacional?

La Institución San Vicente de Paul, localizada en la Calle Mamila (contracción de las palabras Arabes "Mamin Alá" -Agua de Dios o de "Ma Aman Alá" -con la seguridad de Dios), en los límites entre la ciudad vieja y la ciudad nueva de Jerusalén (Israel), fue fundada en el año de 1.986 por las hijas de la caridad de San Vicente de Paul quienes se consagran enteramente y en comunidad al servicio de los pobres. Allí prestan atención a individuos con problemática de tipo social y familiar brindándoles no solamente una alimentación y una vivienda sino ofreciéndoles la posibilidad de una calidad de vida adecuada. Cuentan para esto con los servicios de guardería (0-3 años), internado para niños (6-12 años), internado para

niños (14-18 años), ancianos ciegos e incapacitados mentales, existiendo también un servicio externo de Jardín Infantil y parte de la guardería. También se favorece la ubicación laboral dentro de la misma comunidad, Ej. jardinería, lavandería, taller, almacenes.

Existen también centros de recreación adaptados no solo para Retrasados Mentales, sino para otro tipo de limitación. Estos se utilizan por el período de vacaciones o para casos de servicios. Estos centros también dependen de Bienestar Social.

Esta población viene remitida de Bienestar Social de Israel, en un 60% son de religión musulmana, un 35% de religión cristiana y un 5% de religión judía y la gran mayoría de ellos proviene de territorios ocupados; su lengua materna es el Arabe y se maneja como segundo idioma el Francés. La institución cuenta con el apoyo económico de la Casa Madre de la comunidad y del Estado de Israel; tiene como sistema de ayuda al personal proveniente de todas partes del mundo (Francia, Dinamarca, Suráfrica, Chile, Colombia, etc.) quienes trabajan en los diferentes servicios recibiendo a cambio alimentación y estadía dentro de la misma y algún "dinero de bolsillo".

La acción como Terapeuta Ocupacional consistió en estructurar e implementar un programa integral para los servicios de Retardo Mental, partiendo de la existencia de un contacto permanente y estable, en todo momento del día y siete días a la semana entre la Terapeuta Ocupacional, equipo y asistentes con los pacientes; ratificando de esta forma la importancia de la relación interpersonal como punto base en la rehabilitación del Retardo Mental.

El objetivo principal de cualquier tipo de tratamiento es proveer al paciente una experiencia terapéutica al facilitarle la oportunidad para la expresión de sus necesidades e impulsos emocionales. El Terapeuta Ocupacional dentro del establecimiento de una relación terapéutica, tiene la posibilidad de conocer más profundamente el tipo de reacciones del paciente para determinar las ventajas y desventajas que ofrece el tratamiento para la satisfacción de las necesidades emocionales del paciente en el momento, y así mismo, establecer oportunidades y alternativas a través de las cuales el paciente logrará resolver el desempeñarse en su contexto de manera más satisfactoria para él mismo y para los demás.

En este proceso de mejoramiento de las relaciones interpersonales terapeuta-paciente, paciente-grupo se busca una interacción a fin de aumentar el conocimiento de sí mismo, de otros y del medio ambiente, de mejorar la habilidad para tolerar el grupo, de desarrollar formas de

comportamiento y de incrementar y desarrollar niveles de atención y destrezas. En este sentido, el rol del Terapeuta en la relación terapéutica, es brindar seguridad y confianza para así facilitar el logro de los objetivos.

La relación interpersonal es un medio también para que el paciente logre el propio entendimiento de su propio YO a través de la comunicación verbal o no verbal. "Es básico el conocimiento de la conducta humana, la motivación y la promoción del conocimiento de las propias necesidades del Terapeuta, de las necesidades del paciente y de la distancia afectiva entre los dos" (West Wilman 1959).

POBLACION:

La población total con la cual se ha estado trabajando es de (25) veinticinco pacientes con Retardo Mental entre adultos, jóvenes y ancianos divididos en dos servicios, uno para las mujeres y el otro para los hombres. En el servicio de las mujeres hay 14 pacientes entre los 20 y los 40 años, de religión mixta; en el servicio de los hombres hay 11 pacientes entre los 40 y los 80 años; de religión mixta. El diagnóstico principal es la incapacidad mental en cualquiera de los grados: débil ligero, débil medio, débil profundo y profundo severo. No obstante algunos de ellos tienen asociada una incapacidad locomotriz o de percepción. También se debe tener en cuenta, en el servicio de los hombres, que factores como una enfermedad senil o una privación ambiental, (ya que llevan 20 ó 30 años en la misma institución -sin ningún tipo de rehabilitación), han ocasionado su condición actual. Su lengua materna es el Arabe, pero cuatro de ellos entienden Francés. El equipo que los asistía estaba conformado por un Terapeuta Ocupacional, una Educadora, un Fisioterapeuta, un Psiquiatra (control de droga), voluntariado y dos empleados para cada servicio.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

El objetivo a conseguir en este programa integral ha sido el brindar a los pacientes un esquema de vida diaria, girando básicamente en la relación paciente-ambiente y la creación de un medio familiar y ocupacional asumido por sus compañeros, terapeutas y asistentes. Se enfatiza en el desarrollo de habilidades y hábitos, los cuales están directamente relacionados con las exigencias del medio ambiente real de la vida del paciente, al igual que la ejecución de roles ocupacionales determinados por la supervisión, conocimiento y observación constante.

Con base en una clasificación ocupacional determinada por la incapacidad mental, la revisión de los tests "Sistema de medida de autonomía funcional (SMAF)" e "Inventario de progresos de desarrollo social forma 1",

la evaluación de Terapia Ocupacional y la observación directa por parte del equipo, se obtuvieron cuatro grupos con diferentes características u objetivos a cumplir en las áreas de ABC, motricidad, funciones mentales superiores, socialización y comunicación y trabajo y productividad. Nominándolos de la siguiente manera: Grupo A+ (independiente), Grupo A (semi-independiente), Grupo B (semi-independencia relativa), Grupo C (dependiente) (Anexo 1).

CLASIFICACION OCUPACIONAL:

De la población total, 6 pacientes están en el Grupo A+ (independiente), 7 pacientes en el Grupo A (semi-independientes), 9 pacientes en el Grupo B (semi-independencia relativa) y 3 pacientes en el Grupo C (dependiente). Como se dijo anteriormente, se plantean objetivos a cumplir en las diferentes áreas y dependiendo del grupo y características.

CARACTERISTICAS DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES:

El programa incluye las actividades organizadas y desarrolladas diariamente, desde el momento de levantarse hasta la culminación de la jornada, en las diferentes áreas.

Dentro de las ABC y AVD, el ambiente físico fue muy importante ya que fue concebido en su diseño arquitectónico y organizativo como el de un hogar. Cada paciente tiene su cuarto independiente con su respectivo closet y accesorios, lo que permite crear un sentido de privacidad e identidad; con fácil acceso al comedor, la cocina y los baños. Durante los ABC siempre hay supervisión, en el grupo A+ (independiente) con el grupo A (semi-independiente) se realizan actividades de limpieza, lavandería, cocina y arreglo de la ropa y, en la medida de lo posible, colaboran con el personal de empleados logrando así una mejor independencia.

Se hacen diariamente 45' de gimnasia. Dentro de esta hora se comienza a trabajar con el uso de videos, dos veces por semana, buscando el fortalecimiento de las partes físicas, favorecer esquema corporal y el lograr un mayor nivel de concentración y atención. Se montó un gimnasio de estimulación multisensorial adaptado y dotado acorde a las características de la población.

En la educación psicofuncional se desarrollan las habilidades básicas, funciones mentales superiores y nociones de preescritura y precálculo. Dentro de esta última se encontró dificultad por el idioma pero se orientó y capacitó personal de empleados para que lo realizara.

En los programas prevocacional y vocacional se realizan las actividades de costura, collage y elaboración de collares y rosarios; los talleres protegidos, a donde asisten solamente el grupo A+ y grupo A, cuenta con tapicería y joyería. El grupo A+ (independiente) tiene ubicación laboral dentro de la institución lo que implica el salir y una mayor relación con otro personal de la misma: cocina, ayudante de construcción y mandadero por lo que reciben un pequeño salario mensual; tres de ellos ya manejan independientemente los ingresos.

Los contactos con el exterior se fomentan a través de pequeñas salidas dos veces por semana a sitios aledaños, máximo cuatro o cinco pacientes y dependiendo del grupo varía el objetivo de la misma; con algunos solamente se pasea, con otros se hacen actividades deportivas al aire libre, se visita un museo, se asiste a un espectáculo o se va de compras. Actualmente, se hacen colonias de vacaciones por espacio más o menos de 15 días lo cual es beneficioso tanto para ellos como para el equipo, ya que implica un cambio de ambiente. Todo esto, estimula y favorece la percepción del mundo que lo rodea, al igual que satisface e incrementa el deseo de conocer el mundo.

Las áreas social y recreacional se trabajan en estrecha colaboración para llegar a un funcionamiento correcto, realizándose actividades como música, celebración de fiestas, cumpleaños, actos culturales, los que se hacen en conjunto con el servicio de hombres.

Al darles la posibilidad de períodos cortos de descanso, sin ningún tipo de presión o supervisión por parte de los terapeutas y asistentes, se crea un respeto de nosotros hacia el mundo, posibilitándoles un sentido de autonomía, la ejecución del programa se realizaba generalmente en la modalidad grupal, siendo también una función de la Terapeuta Ocupacional programar y participar en las charlas de orientación y capacitación de los empleados y voluntarios.

RESULTADOS Y ASPECTOS NEGATIVOS:

La importancia de esta experiencia, se basa en los resultados obtenidos por el contacto permanente y estable del Terapeuta Ocupacional y miembros del equipo con los pacientes involucrándose dentro de su esquema y así creando un programa acorde a las características reales del grupo. La observación objetiva del desempeño ocupacional de los pacientes en las actividades de autocuidado, trabajo y utilización del tiempo libre y el valorar cualitativamente las habilidades y destrezas; facilita la determinación y ejecución de roles ocupacionales en forma individual; igual que la comprobación y logro en forma efectiva y válida de los objetivos planeados

Anexo 1

Area y Objetivos		
Grupo y Características	ABC Y AVD	MOTRICIDAD
Grupo A+: Débil ligero, independiente, supervisión y estimulación esporádica.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la independencia en los ABC y AVD tanto a nivel personal como de su medio. • Fomentar la adquisición de sentido práctico. • Crear el sentido de orden y propiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar y desarrollar sus capacidades funcionales y gestuales. • Mejorar destrezas (precisión, eficacia y rapidez) • Estimular y desarrollar las actividades deportivas. • Lograr una utilización funcional para el trabajo.
Grupo A: Débil medio, semi-independencia, estimulación y supervisión permanente.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar y mantener sus capacidades y habilidades a nivel de las ABC y AVD. • Prevenir y reducir la dependencia. • Participar en la limpieza y cuidado de la casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener sus capacidades físicas. • Desarrollar la motricidad fina. • Reeducar funcionalmente para la actividad. • Mejorar amplitud articular (coordinación, destreza, velocidad y fuerza muscular).
Grupo B: Débil profundo, semi-independencia relativa. Exige una gran estimulación, ayuda y una supervisión más intensa.	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la adquisición de nociones consideradas como un acercamiento de aprendizaje de las ABC y AVD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la coordinación óculo-motriz, sensorio-motriz. • Favorecer la integración del esquema corporal y orientación témporo-espacial. • Desarrollar su participación en actividades manuales.
Grupo C: Profundo severo, participación mínima en las ABC y con mucha ayuda y estimulación.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer y estimular la participación a nivel de: Toilette, hábitos y postura en la mesa, control de esfínteres. • Reducir la dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación multisensorial. • Mantener coordinación motora gruesa. • Evitar posturas viciosas.

Funciones mentales Superiores	Socialización y Comunicación	Trabajo y Productividad
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener capacidades. • Favorecer la creatividad y estética. • Mantener operaciones mentales a nivel de prelectura, precálculo • Posibilitar escolarización. - Trabajo en medio exterior. - Favorecer juicio, razonamiento y memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilitar el manejo de su vida cotidianamente. • Reconocer y respetar un reglamento. • Fomentar respeto de las reglas de la vida en sociedad y comunitaria. • Favorecer la integración • Favorecer la toma de conciencia y utilización sobre los medios puestos a su disposición. • Lograr un control de impulsos. • Aceptar y crear un rol en el grupo. • Favorecer la expresión espiritual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr una adaptación al puesto de trabajo de acuerdo a la evolución de cada uno de éstos. • Mejorar y mantener hábitos de trabajo en cuanto a calidad, responsabilidad y organización y métodos de trabajo. • Permitir una adaptación al progreso por el aumento de las dificultades de cada trabajo. • Desarrollar un sentido de valoración. • Insertar social y profesionalmente. • Aprender a manejar su salario (dinero de bolsillo, comprar cosas de gusto o uso personal etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar operaciones mentales y funciones superiores (conocimiento, atención, comprensión, juicio y razonamiento). • Favorecer sensopercepción. - Favorecer la alternativa de actividad y creatividad. - Reeducar para el trabajo o actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la comprensión de órdenes orales dadas. • Ejecutar una tarea ordinaria, habitual. • Mejorar lenguaje y comunicación. • Favorecer la búsqueda de una comunicación con los del grupo. • Favorecer el control de impulsos y dominio de sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar tolerancia al esfuerzo. • Desarrollar hábitos de trabajo especialmente en calidad, rapidez y terminado. • Desarrollar el sentido de identificación y expresión por medio del trabajo. • Evaluar, entrar y ubicar en talleres protegidos.
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar las operaciones mentales como atención, memoria, comprensión, orientación espacial y temporal y esquema corporal. • Estimular y mejorar la sensopercepción (cantidad, forma y dimensión). 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar el lenguaje y comunicación. • Promover sentimientos de gratificación y auto-estima a través del cumplimiento de pequeñas tareas domésticas a un nivel cotidiano. • Fomentar el trabajo como factor de ocupación, comunicación e investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar las actividades de trabajo manual simple. • Crear un trabajo adaptado y adaptarlos al mismo. • Ubicar los pacientes dentro de trabajos y actividades simples, respectivas sin exigencias de calidad ni de productividad.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover el despertar permanente al descubrimiento del mundo exterior. • Desarrollar las percepciones sensoriales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar el paciente en el grupo. • Desarrollar la comunicación verbal y no verbal. 	

con cada grupo. Por ejemplo, el estar asistiendo a los ABC (en tres unidades específicas de alimentación, vestido e higiene) permitió establecer, reforzar y mantener los hábitos básicos indispensables.

Mediante supervisión constante se pueden organizar y mejorar las habilidades hasta convertirlas en hábitos que les posibilitan un mejor desempeño de sus tareas y un cubrimiento de las exigencias sociales, esto bajo experiencias reales en cada una de las áreas de desempeño. La organización de los hábitos estructura un horario adecuado o modificando la rutina según las expectativas y necesidades de la población.

Con el grupo A+ (independiente) se observaron logros a nivel de motivación, valores e intereses ya que se les dio la posibilidad de un manejo y organización de su tiempo no solamente de trabajo, sino también de ocio y tiempo libre al igual que la asignación de roles a cumplir en el grupo. Dentro del proceso de creación de un medio familiar, incluyendo el satisfacer y poder cumplir las necesidades afectivas provenientes del mismo, lo más importante fue el ver como las relaciones iniciadas y fomentadas intragrupalmente son la base del mismo; no solamente ha implicado la aceptación por parte del paciente, de la Terapeuta Ocupacional y otros miembros del equipo, ya que, si lo podríamos decir, nosotros ejercemos las funciones de agentes pasajeros y ellos son los agentes estables. Es su conocimiento sobre aquellos con quienes se está estableciendo y establecerá un contacto y quienes son su mundo; llegando a cumplir efectivamente los papeles de madre, padre o hermano ya que han compartido períodos largos de convivencia. Mostrándose y naciendo sentimientos de pertenencia, respeto, cooperación logrando por ejemplo el que entre ellos mismos puedan identificar y controlar los momentos de angustia o crisis.

Esto se logró partiendo de las relaciones interpersonales creadas no solamente entre Terapeuta Ocupacional-paciente, sino también paciente-ambiente, lo que permitió llegar a conocer mejor las necesidades específicas y reales de cada paciente y por lo tanto establecer objetivos y tratamiento a cumplir de acuerdo a las mismas; considerando entonces la relación interpersonal como un factor determinante y primordial dentro del proceso de rehabilitación del Retardo Mental.

Es de importancia anotar la trascendencia de una comunicación eliminando barreras como son, entre otras las del lenguaje.

Partiendo de que el principio de un proceso de relación terapéutica es la identificación que se da con la percepción del Terapeuta-objeto bueno, siendo una relación dependiente, se observó sin embargo, que un contacto tan permanente descubre en el paciente la necesidad de introyección de ese

objeto bueno, limitando o estancando el logro de una dependencia-independencia.

Vale la pena destacar la colaboración de parte del Estado de Israel en cuanto a aporte económico y servicios de Bienestar Social hacia la población incapacitada lo que permite una mejor orientación al proceso de rehabilitación.

Finalmente vale la pena tomar en cuenta a Jean Venier (1988) quien cita: "Hay que ayudar a los retardados mentales a insertarse en la sociedad y ayudar a la sociedad a cambiar de mentalidad para aceptarlos tal como son. Pero al final de todo esto resta pensar que el Incapacitado Mental es limitado en sus esperanzas humanas, su esperanza final se funda en la conciencia que él tiene de ser amado, de un amor más fuerte que la muerte por una presencia más íntima que su alrededor no percibe para que habite en lo secreto de su ser."

CONCLUSIONES:

Dada la eficiente preparación y formación profesional que recibí en la Universidad del Rosario puedo decir: logré una efectividad dentro de la implementación del programa con el cual actualmente se sigue trabajando; y lo más importante, el poder convivir y adaptarme a situaciones sociales y culturales tan diferentes a las de nuestro medio.

La convivencia con estas personas con Retardo Mental permitió la creación de un vínculo afectivo y no solamente el desempeñar mi función como Terapeuta Ocupacional, lo cual me es muy satisfactorio desde el punto de vista humano.

Los aportes económicos que da el Bienestar Social de sobra facilitan el desarrollo e implementación de programas en contraste con la situación de nuestros países.

Otro factor sobrante es la educación que recibe la comunidad con relación a las personas con limitación, por lo tanto la integración de sí mismos a la comunidad no se dificulta.

Existen muchas organizaciones que favorecen a las personas con retardo mental dentro de la comunidad adjudicando vivienda a éstas para que vivan en grupo.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco de forma especial a Sor Elisa Trujillo encargada de los servicios de mujeres y hombres y con quien se trabajó en la elaboración e implementación del programa.

REFERENCIAS:

- H. C. GUNZBURG. M.A., Ph.D.F.B. Ps.S (1969) "Inventaire des progres du developpement social Forme 1^{er}".
- R. Hébert, R. Carrie, A. Bilodeau (1988) "Le système de mesure de L'autonomie fontionelle (SMAF)" La revue de Geriatric, Tome 13, No. 4 Abril (1988).
- "Minusval", Publicación del Insero (España) No. 53 Sept.(1986)
- Kielhofner G.A. (1979) "The temporal dimension in the lives of retarded adults: A problem of interaction and intervention". American Journal of O.T. Vol. 33 No.3 Pag.161-166.
- Kielhofner G.A. (1985) "A model of human occupation theory and application" Wilson and William Baltimore.

CITAS BIBLIOGRAFICAS:

1. West Wilman "Psychiatric Occupational Therapy" Pag.31. 1959.
2. Vanier Jean (1988) Conferencia "La persona incapacitada en la Sociedad".

MODELO DE INTERVENCION DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA COMUNIDAD

*Claudia Payán, T.O. **

*Nora Marmolejo, Est. T.O., ***

*Bibiana Luna R., Est. T.O., **

INTRODUCCION

El presente trabajo describe un modelo de intervención del Terapeuta Ocupacional en la comunidad, el cual se ha venido realizando a lo largo del primer semestre de 1991, en la zona Sur-Occidental de la ciudad de Cali: "Siloé"; en la práctica realizada por los estudiantes de sexto semestre del Plan de Estudios de Terapia Ocupacional de la Universidad del Valle.

Se plantea en forma general la descripción del Sistema Nacional de Salud de la Ciudad de Cali, la descripción de la comunidad de Siloé y el Modelo de intervención del Terapeuta Ocupacional en la comunidad.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN CALI

La atención primaria forma parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el Sistema Nacional llevando lo más cerca posible la atención de Salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo así el primer elemento en un proceso permanente de asistencia sanitaria. El Valle del Cauca y la Ciudad de Cali, vienen innovando desarrollos tecnológicos que desde las diferentes instancias convergen hacia la conformación de planes, en el marco de la estrategia de Atención Primaria y Descentralización. Es así como mediante el acuerdo Municipal No.15 del 11 de Agosto de 1988 se divide el Territorio Municipal en 20 comunas y 15 corregimientos y se establecen siete áreas integradas de salud las cuales corresponden al concepto de Sistema Local de Salud (SILOS). Un

** Docente Universidad del Valle.*

*** Estudiantes Universidad del Valle.*

SILOS se encuentra formado por 3 ó 5 Núcleos de Atención Primaria (NAP), el cual es un conjunto de elementos esenciales del Sistema de Salud de Cali, ubicados en un área rural o urbana donde residen de 6.000 a 12.000 familias con un cierto grado de homogeneidad en aspectos culturales, demográficos, socioeconómicos y ecológicos; a su vez cada NAP está formado por 3 ó 4 Unidades de Atención Primaria (UPA) y ésta, formada por 7 a 10 Unidades Básicas de Atención (UBA) que reúnen un conjunto oscilante entre 100 a 400 familias.

UBICACION GEOGRAFICA Y DESCRIPCION DE LA ZONA

El Modelo de Intervención de Terapia Ocupacional en la Comunidad se implantará en el SILOS 1 de la Ciudad de Cali, el cual cubre los barrios Cañaveralejo, Terrón Colorado y Siloé.

Siloé corresponde a la Comuna 20 la cual está conformada por 10 barrios: Belén, Siloé, Brisas de Mayo entre otros; los cuales se encuentran ubicados en el Sur-Occidente de la ciudad, en la zona de la ladera del llamado "Pie de Monte de Siloé". Este sector se caracteriza por pendientes elevadas, depresiones y terreno erosionable con graves problemas de deslizamiento; por esta razón gran parte del sector carece de vías de penetración y el transporte es muy precario y reducido. Los estratos predominantes en esta comuna son los de bajo-bajo, bajo y medio-bajo. Cuenta con la población aproximada de 63.464 habitantes que según la pirámide poblacional se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

DISTRIBUCION DE POBLACION SEGUN GRUPOS DE EDADES Y SEXO

COMUNA No. 20 - 1989

1.143	65 y MAS	1.667
616	80 - 64	615
685	55 - 59	825
901	50 - 54	1.028
1.079	45 - 49	1.168
1.333	40 - 44	1.377
1.790	35 - 39	1.859
2.228	30 - 34	2.291
2.659	25 - 29	2.939
3.319	20 - 24	3.783
3.611	15 - 19	3.909
3.801	10 - 14	3.713
3.922	5 - 9	3.922
4.029	0 - 4	3.771

HOMBRES

MUJERES

Tomado del libro: Descripción demográfica de la Comuna 20 de la Ciudad de Cali.

DESARROLLO DEL MODELO DE INTERVENCION DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA COMUNIDAD

ESTRATEGIAS PARA LA APLICACION DEL MODELO

Para llevar a cabo la intervención de Terapia Ocupacional en la Comunidad de Siloé se planificaron cinco fases metodológicas a saber:

1. Fase de Investigación y Conocimiento de la Comunidad:

El criterio de intervención del Terapeuta Ocupacional en esta fase se fundamentó en tres etapas:

1.1. Observación de Investigación realizada en la comunidad elegida con el fin de conocer los programas ofrecidos a la misma y su infraestructura en los sectores de: Educación, Trabajo y Salud (Atención a la Mujer, Atención al Niño y Atención al Adulto).

1.2. Revisión Literaria: del Sistema Nacional de Salud en Cali, de los métodos de acercamiento y trabajo de la comunidad, y de la metodología de los programas existentes y textos guías.

1.3. Reflexión: la información obtenida en las dos etapas anteriores permitió analizar y seleccionar los programas en los cuales Terapia Ocupacional hará su intervención.

2. Fase de Diseño y Planeación de Programas:

De acuerdo a la selección de los programas realizada en la fase anterior, se llevaron a cabo revisiones bibliográficas que permitieron la planeación y diseño de objetivos, metodologías, estrategias y contenidos de intervención del Terapeuta Ocupacional en éstos, teniendo en cuenta las necesidades específicas de la comunidad.

Los programas de intervención son:

Programa de Atención a la Mujer - Subprograma de Estimulación Intrauterina.

Programa de Atención al Niño - Subprograma de Estimulación Adecuada.

Programa de Atención al Adulto - Subprograma de: Tercera Edad y Salud Mental.

3. Fase de Divulgación de Programas:

Esta fase permitió dar a conocer a la directiva del NAP, al equipo interdisciplinario que labora en éste y en las diferentes UPAs y a la comunidad en general, en el área de Salud y Trabajo, los programas en los cuales el Terapeuta Ocupacional hará su intervención y las metodologías a utilizar en cada uno.

De igual forma en el área de Educación se dio la información pertinente al equipo de docentes de los sitios educativos en los cuales el Terapeuta Ocupacional intervendrá.

La divulgación se llevó a cabo por medio de conferencias, folletos y carteles alusivos a los programas, creando expectativa en la comunidad.

4. Fase de Ejecución:

Conforme a las políticas del Plan de Estudios de Terapia Ocupacional de la Universidad del Valle, para los estudiantes de VII Semestre correspondiente a la práctica dirigida y supervisada II de pregrado, que establecen tres rotaciones en las áreas de: Salud, Educación y Trabajo; la ejecución de los programas de intervención del Terapeuta Ocupacional en la Comunidad de Siloé se desarrollarán cubriendo estas tres áreas, teniendo en cuenta que dentro del área de Educación se encuentra implícita el área de Salud debido a que el trabajo en la comunidad tiene como objetivo primordial la prevención de posibles disfuncionalidades haciéndose necesaria una educación para la salud.

Para ésto se contará con cuatro o cinco estudiantes que estarán distribuidos de la siguiente forma:

En las áreas de Educación y Salud, en los Subprogramas de Estimulación Intrauterina, Estimulación Adecuada, Salud Mental, Tercera Edad y Atención a Escolares.

En el área de Trabajo, en los Subprogramas de Trabajo (análisis ocupacional y ergonómico) y Rehabilitación. Promoviendo programas banderas en el Núcleo de Atención Primaria (NAP) y en las Unidades de Atención Primaria (UPAs) de acuerdo a las necesidades de la comunidad en cada uno de estos lugares.

5. Fase de Evaluación:

Para medir el cumplimiento de los objetivos planteados en cada uno de

los programas se proponen dos métodos de evaluación a saber:

El primero evaluará la cobertura de los programas y el impacto que éstos han tenido sobre la comunidad, reflejado en la constancia o deserción, por medio de una hoja de registro para cada programa, que indique datos personales del usuario, fecha de ingreso y de asistencia a las sesiones de los mismos. Esta evaluación se hará al término de un semestre y permitirá replantear objetivos o metodologías de intervención según sea necesario.

El segundo método de evaluación permitirá valorar el efecto de los programas sobre la población usuaria; para lo cual se plantea un estudio retrospectivo de casos y controles, donde los casos serán escogidos de los usuarios de los diferentes programas y los controles de una comunidad que ofrezca características similares a la que posee la población de Siloé.

PRIMER ENCUENTRO DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL
Santafé de Bogotá, Agosto 8 de 1.991

BIBLIOGRAFIA

- Seminario sobre descentralización y desconcentración. OPS/OMS. Brasilia, Octubre de 1989.
- Sistema Nacional de Salud de Colombia. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Luis Fernando Cruz Gómez.
- Los Hogares Comunes del Niño. Teoría y Experiencia. Anuario Científico AMAR, J. J.
- Revista Acción, Volumen II No. 1, 1987.
- Fase de Investigación y Conocimiento de la Comunidad. Estudiantes de Terapia Ocupacional, Grupo No.1, Rotación I, 1991.
- Fase de Diseño y Planeación de Programas. Estudiantes de Terapia Ocupacional, Grupos Nos. 2 y 3, Rotación I, 1991.
- Fase de Divulgación de Programas. Estudiantes de Terapia Ocupacional, Grupo No. 4, Rotación I, 1991.

LA POSICION DEL ESTUDIANTE DENTRO DE UNA PROFESION NUEVA Y CAMBIANTE

*Constanza Robayo Gómez. **

La Terapia Ocupacional como todos lo sabemos es una profesión "joven", en la cual hay pocas cosas hechas y muchas por hacer.

Desde que inicié el estudio universitario de esta profesión he tenido en mente la forma como se da la conceptualización teórica y filosófica de la misma, por lo cual es éste el tema al cual me voy a referir a continuación.

Actualmente la disciplina de Terapia Ocupacional se encuentra sin un fundamento conceptual universal que organice su identidad y guíe su práctica.

Muchos marcos de referencia han sido propuestos como alternativa para unificar un criterio conceptual, lo cual ha llevado a un período de crisis en el desarrollo de la profesión.

Esta crisis en la unificación conceptual me ha planteado los interrogantes de: ¿qué hacemos o podemos hacer los estudiantes para favorecer la solución de dicha crisis? ¿Estamos formados para trabajar sobre este punto?

Si tomamos en cuenta la definición que Garry Kielhfnér da de modelo, como una herramienta que posee la capacidad de ordenar, categorizar y simplificar fenómenos complejos, encontraremos la importancia que tiene para Terapia Ocupacional un modelo conceptual que la cubra en su totalidad, puesto que en mi opinión la Terapia Ocupacional es tan compleja como el mismo hombre, ya que abarca todas las actividades que éste ejecuta y su equilibrio entre ellas.

Siempre he considerado que los estudiantes podemos ser entes partícipes de la comunidad científica a la cual pertenecemos en la medida en que nos comprometamos con ella y empezemos a trabajar en pro de su enriquecimiento.

* *Estudiante T.O. Universidad del Rosario.*

La iniciación de este trabajo comienza con la posición que asumimos los estudiantes en las aulas de formación; nosotros estamos acostumbrados a las cátedras magistrales, en las cuales los docentes aportan toda la información y nosotros la aceptamos como verdad absoluta; limitando así nuestra capacidad de análisis.

En mi opinión, en este punto es donde comienza la limitación que los estudiantes tenemos para desarrollar proyectos investigativos que favorezcan el enriquecimiento de la profesión.

Los estudiantes asumimos roles muy pasivos dentro del campo científico, concentrando toda nuestra energía y capacidad de trabajo en los aspectos asistenciales.

Si bien es cierto que la investigación no es un área muy remunerativa en nuestro medio, aporta grandes satisfacciones personales y profesionales.

Considero que los aportes de un estudiante son tan válidos como los de un profesional desde que estén sustentados y, principalmente, desde que reflejen sus puntos de vista y criterios. Lo anterior nos hace pensar entonces que no podemos dejar la solución de la crisis anteriormente mencionada en manos de los profesionales ya que somos responsables en cierta forma de nuestra profesión y debemos asumir dicho compromiso desde nuestro período de formación.

Ahora surge otro interrogante: ¿estamos los estudiantes siendo formados para trabajar sobre este punto?

Para ésto creo que es importante retomar un poco la forma como se maneja la capacidad de análisis en las instituciones educativas, no solo de nivel superior, ya que éste es un fenómeno que data de estadios escolares inferiores.

Como lo dije anteriormente, el sistema educativo no fomenta la capacidad de análisis y el espíritu investigativo, por lo cual es función de nosotros los estudiantes empezar a asumir una posición más crítica y participativa dentro de las aulas.

Es mi opinión que en la medida en que tengamos un rol más activo podremos usar los conceptos teóricos existentes, dados durante la formación académica, para crear nuevas perspectivas que enriquezcan nuestra disciplina y se adapten a nuestra población.

La formación profesional que se imparte en las instituciones educa-

tivas comparte los conocimientos teóricos con la praxis, una praxis dirigida al campo asistencial, en el cual los terapeutas tenemos un buen desempeño, pero sin recalcar la parte investigativa propiamente dicha.

Finalmente considero que la formación académica que me han brindado ha sido óptima y que es, como lo dije anteriormente, responsabilidad de los estudiantes asumir una posición más activa para utilizar los elementos que tenemos en pro de nuestra profesión.

Hoy somos estudiantes, pero dentro de muy poco seremos profesionales de una disciplina que espera mucho de nosotros para abrir el camino que tenemos delante y que llevará a la cima a la mejor profesión del mundo: TERAPIA OCUPACIONAL.

PRIMER ENCUENTRO DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Santafé de Bogotá, Agosto 8 de 1991.

Gracias.

REFERENCIAS

- Conceptos de Terapia Ocupacional, Kathlyn Reed. 1983.
- Modelo de la Ocupación Humana, Garry Kielhofner. 1986.

Debemos ser concientes de que si queremos vivir al margen de las políticas gubernamentales, y de las demandas reales de nuestra población, y queremos participar activa y productivamente en el proceso de transformación y cambio social, nos vemos avocados a la responsabilidad de responder a las problemáticas del país, ofreciendo alternativas de solución o presentando propuestas o planteamientos claros y viables que conduzcan a la superación de problemas reales y apremiantes como: la miseria, el desempleo, las malas o deficientes condiciones laborales, la violencia, el analfabetismo, la insalubridad, el desarraigo cultural y la crisis de valores entre otros. Problemas que de una u otra forma interfieren o alteran el desempeño ocupacional del individuo, afectando su sistema de vida y bienestar bio-psico-social. Además, este compromiso lo tenemos todos, y cada uno de los integrantes del proceso educativo, el que algunos de éstos persistan en la idea de continuar dicotomizando el saber académico, el conocimiento científico y la praxis profesional generada al interior de la universidad, de las prioridades investigativas y acciones profesionales que verdaderamente demanda nuestro país, no refleja otra cosa que una actitud irresponsable e inconciente ante su papel protagónico en el cambio y bienestar social y que solo producirá un estancamiento en el camino de la búsqueda del mismo.

Es así como los universitarios nos vemos enfrentados a la decisión irrevocable de abrirnos paso con madurez intelectual, seguridad y autonomía; es un camino arduo que nos presenta obstáculos difíciles de pasar, pero que así mismo nos ofrece recompensas y satisfacciones personales, profesionales y sociales. A ésto llegaremos en la medida en que nos forjemos metas cognitivas y de participación social, en nuestra formación y acción profesional, y que desarrollando una visión crítica y reflexiva de este proceso le exijamos a la universidad esa universalidad y formación integral que aún nos debe y nos exijamos nosotros mismos la participación activa, transformadora y creadora en todo el proceso formativo, manipulando nuestros recursos, accionando ideas, seleccionando información, cuestionando nuestro actuar profesional a la necesidad de hacer investigación o participar activa y productivamente en investigaciones que favorezcan el desarrollo disciplinario y/o enriquezcan la praxis profesional, o que además, siendo una producción investigativa seria, con sustento y severidad crítica, se convierta en la base para el surgimiento de dudas y cuestionamientos que discrepan con pensamientos e ideologías, con políticas institucionales y gubernamentales, con creencias, etc. y que en algunos casos reflejan deficiencias, debilidades y errores de personas, circunstancias e instituciones que persisten en mantener estructuras tradicionalistas negándose a la necesidad natural de transformación y cambio.

Estudiantes universitarios, compañeros de terapia ocupacional: en

nuestras manos está superar esos condicionamientos, influencias internas o externas que nos mantienen en el estancamiento y buscar los mecanismos que nos lleven a asumir con responsabilidad y conciencia social ese rol protagónico que nos confiere la sociedad; capacitándonos como sujetos críticos, autogestivos, autoformativos, científicos conocedores de su realidad, con capacidad para actuar sobre los supuestos epistemológicos de nuestra ciencia "la ocupación humana" y de accionar sus aplicaciones hacia la posibilidad real y factible de dar a la actividad científica y a los conocimientos adquiridos o formados, una proyección segura, confiable y clara en la comunidad. Es decir, formarnos como seres relacionales, condicionados política, cultural y económicamente por una sociedad llena de conflictos y contradicciones y que nos presenta problemas que reclaman nuestra intervención.

Alrededor de la ocupación humana se mueven diversos factores socio-políticos, económicos y culturales que en cierta medida podrían ser la causa o determinantes significativos de varias de las problemáticas prioritarias de nuestro país; y que si las transferimos a nuestro campo disciplinar corresponden a problemas de acción o investigación en diferentes sectores de intervención directa o indirecta de la terapia ocupacional. Nuestro papel consiste en saber analizar, interpretar y categorizar esas problemáticas e iniciar un estudio concienzudo y crítico o un actuar profesional responsable que se oriente a la satisfacción de los mismos, y a mejorar las condiciones de vivienda de los sectores menos favorecidos de la población Colombiana. El terapeuta ocupacional en formación debe emprender significativas búsquedas participativas e investigativas que le den vida a una formación integral educativa, que le permita autorrealizarse como profesional y como persona y forjarse un liderazgo y representatividad como agente gestor de cambio y transformación social, producto de un duro trabajo y una ardua lucha por la justicia, el bienestar, la libertad y la esperanza social.

PRIMER ENCUENTRO DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL
Santafé de Bogotá, Agosto 8 de 1991

COMPROMISO DEL ESTUDIANTE DE TERAPIA OCUPACIONAL FRENTE A LA PROBLEMÁTICA NACIONAL

*Giovanna Lucía Troncoso G. **

La Violencia en Colombia ha sido un fenómeno persistente, que ha marcado nuestra historia a lo largo de muchas décadas. Así lo revelan las cifras sobre homicidios, de las más altas del mundo y su tendencia al aumento, especialmente en el último decenio.

Actualmente nuestro país viene sufriendo transformaciones y cambios acelerados a nivel político, social, económico, cultural, etc. que provocan diversas alteraciones en el contexto nacional, donde resaltan todos los problemas de los seres humanos.

Nosotros como jóvenes, nos hemos visto involucrados en procesos violentos, ya sea como sujetos activos o pasivos. Es por esto que como estudiantes jóvenes debemos tener un compromiso moral, humanístico e histórico, que nos ayude a tener una sana integración a la vida adulta y a la sociedad colombiana.

En mi opinión, la educación que actualmente recibimos como Terapeutas Ocupacionales, sea a nivel Técnico, Tecnológico, o Profesional, está encaminada hacia el estudio de la Ocupación Humana, permitiendo de esta manera, que cada estudiante pueda analizar en forma amplia, proyectando todos los conocimientos teórico-prácticos, a nuestro contexto nacional.

El Gobierno nacional, ha iniciado planes de desarrollo educativo y programas de generación de empleo, dentro de un esfuerzo para mejorar la posición de los jóvenes, dentro de un marco social; en este momento histórico se están preocupando por permitirle al estudiante tener un rol o papel más activo y efectivo en los cambios o modificaciones del país.

Nuestro papel como Terapeutas Ocupacionales, debe propender a tener una conciencia de profesionalidad, ética, entrega y servicio a la

** Estudiante T.O. Fundación Educativa de Estudios Superiores.*

comunidad, que por negligencias de la realidad nacional y actual, se han visto comprometidos tanto como víctimas como victimarios.

La Formación Tecnológica profesional que recibimos, responde a las necesidades de la problemática actual, donde intervienen estudiantes jóvenes, con espíritu activo, que promueven los conocimientos, Actitudes y Prácticas Ocupacionales en comunidades, pequeñas o grandes, según el contexto nacional.

Nos encontramos inmersos, dentro de una sociedad con ruptura de valores e intereses personales, donde la influencia de pensamientos es "robada", por quienes requieren de fines específicos y mal intencionados. Vale la pena cuestionarnos sobre nuestras propias convicciones y valores personales, los cuales son producto de una formación ontogenética, iniciando por el núcleo primario (la familia) y continuando en nuestra formación universitaria, la cual se encarga de brindarnos diversos conocimientos y prácticas, bajo una visión integral y bajo el desarrollo político y socio-económico del país.

A veces, me pregunto si los hechos que ocurren a nivel social, son producto de nuestras actitudes, en la sociedad. Se perciben muchas actitudes y prácticas pasivas, frente a la realidad externa, donde todos somos individuos, que por alguna razón (justificada o injustificada), responsabilizamos a otros por nuestras propias acciones. Es por ésto que, como estudiantes de Terapia Ocupacional, debemos aceptarnos a nosotros mismos, reconociendo capacidades y limitaciones propias, que mejoran el desempeño profesional y permitiendo de esta manera mejorar la comunidad científica de nuestra disciplina.

Mi propósito es hacer ver cómo el país, con su problemática de violencia, tiene soluciones concretas mediante la educación de profesionales, más específicamente de Terapeutas Ocupacionales, quienes tenemos por formación una visión integral del individuo, como un ser que desarrolla una serie de actividades, que le permiten suplir las necesidades del medio (Maslow, 1979).

Por este motivo, el estudiante es el encargado de intervenir en el proceso de desarrollo del país, preocupándose por la búsqueda de soluciones a las disfunciones producidas por las problemáticas actuales. Para ampliar esta idea retomé el supuesto básico propuesto por Anne Mosey que dice: "Los traumas físicos, psicológicos y/o sociales, alteran el proceso de desarrollo adaptativo del individuo".

Si tenemos en cuenta la población colombiana, ha sido producto de

una amplia gama de violencias, dentro de las cuales se encuentran: violencias políticas, violencia a la justicia privada, de carácter socio-cultural ejercida a minorías étnicas, delincuencia común, delincuencia organizada (Narcoterrorismo), violencia relacionada con la violación de los derechos humanos, etc. Todas estas problemáticas, debilitan a los individuos y atentan contra todos los ciudadanos que de alguna manera pertenecen a su país, contribuyendo a degenerar el bienestar biopsicosocial, creando de esta manera traumas que por sus severidad, son casi imposibles de remediar, pero que con esfuerzo, responsabilidad y ética podemos colaborar en la búsqueda de procesos que faciliten la readaptación social.

Solo debemos pensar que el Gobierno Nacional, se está preocupando por tener estrategias para derrotar la violencia, que como un proceso largo y continuo, debemos comprometernos como individuos pertenecientes a una comunidad social.

Nuestros aportes a la comunidad científica deben partir desde el momento de ingresar a la institución formadora, ya que es el inicio y punto de partida para ser participantes activos en el proceso y poder ser históricos a través del tiempo. De esta manera podremos decir que somos personas y profesionales valiosos y pertenecientes a una comunidad Nacional y Mundial.

PRIMER ENCUENTRO DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL
SANTAFE DE BOGOTA,
Agosto 8 de 1991.

COMENTARIOS DE LIBROS

PEDIATRIC OCCUPATIONAL THERAPY: Facilitating effective service provision.

*Editado por Winnie Dunn Editorial Slack ,New Jersey 1991 **

La editora de este libro, busca ampliar las habilidades de los terapeutas ocupacionales en lo referente al razonamiento clínico, a la provisión de servicios tanto en contexto interdisciplinario como en una diversidad de ambientes y a su vez compartir su visión en lo que respecta a la acción de Terapia Ocupacional en Pediatría.

Con este delineamiento, los autores tratan en dos grandes secciones lo concerniente a la provisión de servicios y a cómo un Terapeuta Ocupacional puede hacer énfasis en un aspecto particular de su programa.

En la sección uno de forma más particular, se tratan temas referentes a la realización de los procesos de remisión, de evaluación y la planeación de programas de intervención y la evaluación de los mismos.

En la sección dos, describe y analiza lo concerniente a políticas oficiales y su relación a los servicios de pediatría e igualmente diserta sobre la perspectiva familiar en la cual se hace énfasis en la interacción con la familia, y sobre la perspectiva médica. Para finalizar, el libro en su último capítulo revisa las pruebas usadas por otros profesionales y a partir de éstas da sugerencias a los terapeutas ocupacionales sobre los datos que pueden utilizar de estas pruebas en beneficio de una visión integral del niño.

* Junta Directiva ACTO.

SENSORY INTEGRATION: Theory and practice

*Anne Fisher, Elizabeth Murray, Anita Bundy
F. A. Davis Company Philadelphia 1991*

La Integración Sensorial, tiene tres componentes básicos. El primero de ellos referido a las funciones sensorio integrativas normales, en las cuales el individuo y su aprendizaje dependen de su habilidad para integrar la información sensorial proveniente del ambiente del cuerpo, organizarla e integrarla en su SNC para planear y organizar una conducta. El segundo de ellos es referido a la disfunción en Integración Sensorial y el tercer componente está dado por los procesos de intervención que van a ser generados con el fin de facilitar el aprendizaje de una conducta adaptativa del individuo.

Partiendo de esto los autores dividen el libro en tres partes. La primera trabaja los conceptos teóricos en cuanto a la introducción de la teoría de Integración Sensorial, la relación mente-cerebro-cuerpo, la teoría del juego y su interacción con Integración Sensorial.

Una segunda parte, en la cual los autores manejan los aspectos de dominios de función a través de sistema propiceptivo vestibular, sistema táctil, somatodispraxia, especialización hemisférica. Una tercera parte, donde se maneja lo referente a evaluación, tratamiento y se dan elementos de pruebas de integración sensorial y praxis, procesos de interpretación, procesos de intervención e integración de la teoría de Integración Sensorial con otros modelos de intervención.

Por los temas expuestos este libro se constituye en un elemento importante para aquellos Terapeutas Ocupacionales que desean ampliar su conocimiento de la teoría y práctica de la Integración Sensorial.

**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

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

