



Propuestas para la Acción en Terapia Ocupacional

*Terapia Ocupacional en Niños con Trastorno Motor
de Origen Neurológico*

Terapia Ocupacional y su Relación con la Infancia

Terapia Ocupacional en Educación Especial: Desafío con Múltiples Retos

Descripción de Programas Terapéuticos para Niños y Jóvenes en Situación de Discapacidad con Compromiso Funcional Severo desde el Enfoque de Terapia Ocupacional en el Instituto Teletón, Santiago de Chile.

El Juego Como Recurso Terapéutico



Propuestas para la Acción en Terapia Ocupacional

*Terapia Ocupacional
en Niños con Trastorno Motor.*

Escuela de Terapia Ocupacional
Facultad Ciencias de la Salud



CONTEXTO

N°2-2013.
Publicación Anual
Escuela de Terapia Ocupacional
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Central de Chile
ISSN 0719-1707

Dirección:
Escuela de Terapia Ocupacional
Universidad Central de Chile
Lord Cochrane 417
Torre A, piso 5
Santiago de Chile
Email: mvaldesr@ucentral.cl

Teléfonos:
(56-2) 2582 6570
(56-2) 2582 6574

Diseño:
entremedios

Impresión:
Productora Gráfica Andros

Contexto publica trabajos originales de Terapeutas Ocupacionales a fin de difundir conocimientos desde la práctica profesional.
Cada número está dedicado a un tema específico de la praxis en Terapia Ocupacional, seleccionado por el Comité Editorial para este fin.
Los autores son responsables por los contenidos y puntos de vista expresados, los cuales no necesariamente coinciden con los de la Editora, el Comité Editorial y/o la Universidad Central de Chile.
Contexto se reserva el derecho de realizar modificaciones formales a los textos originales si lo considera necesario.



DIRECTORA

TO Alicia Valdés Rojas

Magíster en Integración Social de Personas con Discapacidad,
Universidad de Salamanca.

Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile.

Fundadora y Primera Editora Revista Chilena de Terapia Ocupacional.

Directora Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Central de Chile.

COMITÉ EDITORIAL

TO Enrique Henny Köller

Terapeuta Ocupacional y Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana
de la Universidad de Chile.

Especialista en Integración Sensorial.

Profesor Adjunto de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad
de Chile.

Profesor invitado en programas de Magíster en la Universidad Nacional
Andrés Bello.

Miembro de la Sociedad Chilena de Ciencias de la Ocupación y de la
Corporación Chilena de Integración Sensorial.

Fundador y director de Terapias para el Desarrollo, TEDES.

TO Irene Muñoz Espinosa

Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, Universidad de Chile.

Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile.

Orientadora Familiar, Instituto Carlos Casanueva.

Secretaria de Estudios Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad
Central de Chile.

Dr. Gustavo Reinoso, PhD, OTR/L

Terapeuta Ocupacional de la Universidad Nacional del Litoral (UNL),
Argentina.

Doctor of Philosophy (PhD) en Nova Southeastern University (NOVA), EEUU.

Miembro del Staff para la Certificación en Integración Sensorial en la Uni-
versidad del Sur de California, EEUU y en la Universidad de Ulster, Irlanda
y Gran Bretaña.

Director y Co-Fundador en Advance Therapy Systems (ATS), centro de con-
sultoría, evaluación e intervención para niños, adolescentes, adultos y sus
familias en la República de Irlanda.

TO Mabel Navarrete Valdebenito

Candidata magister en Docencia Universitaria, Universidad Central de
Chile.

Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile.

Académica Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Central de Chile.



CONTENIDOS

Introducción

Terapia Ocupacional y su Relación con la Infancia

T.O Mabel Navarrete Valdebenito 11

Terapia Ocupacional en Educación Especial:

Desafío con Múltiples Retos

T.O Claudia Prieto Sánchez 24

Programas Terapéuticos para Niños y Jóvenes en Situación de Discapacidad con Compromiso Funcional Severo desde el Enfoque de Terapia Ocupacional en el Instituto Teletón, Santiago de Chile.

T.O Cynthia Gajardo Aguilera 59

El Juego Como Recurso Terapéutico

T.O Marcos Chiang Arias 76

Introducción: Terapia Ocupacional y su Relación con la Infancia



TO Mabel Navarrete Valdebenito
Candidata magíster en Docencia Universitaria, Universidad Central de Chile.
Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile.
Académica Área Infanto Juvenil
Escuela de Terapia Ocupacional
Universidad Central
mnavarretev@ucentral.cl

Desde sus inicios, el quehacer de la Terapia Ocupacional en el área infantil ha sido uno de los pilares en el desarrollo de la disciplina en Chile. La decisión de iniciar la formación de terapeutas ocupacionales en el país, se tomó principalmente por la gran cantidad de niños que presentaban secuelas motoras de la epidemia de Poliomiélitis que afectó a Latinoamérica y también a Chile (Gómez, 2013). Las demandas de rehabilitación de la población afectada ponían en evidencia la falta de instituciones y profesionales de salud que se hicieran cargo de la rehabilitación de estos niños y niñas.

A lo largo de cincuenta años de profesión en Chile, los servicios de Terapia Ocupacional han crecido exponencialmente. Específicamente en la infancia, existen condiciones que han permitido la sobrevivencia de niños con cuadros médicos complejos, como enfermedades degenerativas, traumatismos por accidentes y prematuros extremos, entre otras. La disminución de la tasa de mortalidad infantil, de 33 muertes por 1.000 nacidos vivos en los años 80, a 7,4 en el 2010 (Ministerio de Salud, 2011) y la aplicación de la tecnología en la medicina, son factores que han aumentado la sobrevivencia de la población infantil pero con secuelas neurológicas, y en consecuencia de niños y adolescentes que requieren de servicios de rehabilitación. Por otro lado, también existen cuadros neurológicos como la espina bífida, condición que ha ido en regresión en las últimas décadas, debido a las políticas nacionales de salud de incorporación de ácido fólico en el pan y su ingesta en el primer trimestre del embarazo. Estas políticas de salud han cambiado el tipo de población infantil que requiere de atención de rehabilitación, ya que las condiciones de antes no son las mismas de hoy en el país.

Este escenario ha presentado nuevos desafíos para la Terapia Ocupacional, que demanda formas nuevas de intervención para cubrir las necesidades ocupacionales actuales de los niños y niñas con trastorno motor.

Los enfoques de intervención de Terapia Ocupacional desde los años 60, cuando se inició la profesión en Chile, hasta hoy, han ido complementándose con la revisión de la conceptualización de la discapacidad, pasando desde un enfoque biomédico a la incorporación del enfoque biopsicosocial, debido a que las necesidades ocupacionales de los niños y niñas de

este siglo han exigido su abordaje desde diferentes perspectivas, especialmente en contextos familiares, escolares y sociales. Por ejemplo, existen nuevos espacios de intervención en áreas como educación y participación social, en los que el Terapeuta Ocupacional contribuye a la inclusión de niños y niñas con trastorno motor en contextos que antes no eran considerados en la planificación de la rehabilitación. Las políticas de integración escolar¹ han favorecido la inclusión de niños y niñas con necesidades educativas especiales, que necesitan el apoyo por medio de estrategias efectivas para su incorporación a la vida escolar plena, en la educación regular. La participación social se está investigando como una variable importante en la percepción de calidad de vida de niños y jóvenes con parálisis cerebral (Badia & Araújo, 2009).

En Chile², 1 de cada 8 chilenos, vive con discapacidad, es decir el 12,9% de la población total. El 6,5% de los chilenos presenta una deficiencia física y el 5,7% de la población, de 0 a 14 años, se encuentra en situación de discapacidad (Fondo Nacional de la Discapacidad, 2004). Los niños con trastorno motor, se ubican en la categoría de deficiencia física. Las enfermedades neurológicas constituyen una parte significativa del conjunto de las enfermedades pediátricas. Un 15-20% de las hospitalizaciones en edad infantil son debidas a problemas neurológicos (Jaume & Raúl, 2011).

La denominación de *trastorno motor de origen neurológico*, incluye patologías y síndromes causados por una alteración a nivel del Sistema Nervioso Central o Periférico, las cuales pueden ser de carácter progresivo o no progresivo y se manifiesta, principalmente, como alteraciones en la postura y la movilidad. Incluye la parálisis cerebral, defectos del tubo neural, espina bífida, lesiones medulares traumáticas, miopatías, polineuropatías y enfermedades neuromusculares (David, Forster, Devilat, & Díaz, 2012). Es importante destacar que existe un alto porcentaje de niños que presentan alteraciones asociadas a los trastornos motores de origen neurológico, por ejemplo el trastorno motor de la parálisis cerebral se acompaña con frecuencia de alteraciones sensoriales, de la percepción, cognición, comunicación, comportamiento, crisis epilépticas y problemas musculoesqueléticos secundarios (Cauli & Rodríguez, 2012).

En el país existen *Centros de Referencia* públicos y privados, que brindan atención de rehabilitación a la población infantil con trastorno motor, el de mayor envergadura es el instituto Teletón. Esta organización atiende al 70% de la población nacional, de 0 a 20 años, con alguna condición de discapacidad física (Instituto Teletón, 2006). Según cifras publicadas por Teletón en 2006, el 40% de la población que atiende presenta Parálisis Cerebral, el 14% lesiones del sistema nervioso periférico y en tercer lugar las alteraciones raquímedulares de tipo congénito o adquirido, con un 11% y con un porcentaje similar las lesiones del sistema nervioso central.

¹ Implementación del Decreto Supremo 170/2009, que de modo de garantizar la calidad de los procesos educativos en los establecimientos que cuentan con Proyecto o Programa de Integración Escolar. Orientaciones para dar respuesta a la diversidad educativa y las necesidades educativas especiales, guía respecto de la planificación de las adaptaciones curriculares y de los apoyos especializados, se pone a disposición del público esta Guía Introductoria en la que se abordan aspectos conceptuales generales de la integración educativa, de la inclusión, de las NEE, de la diversidad y la discapacidad; se presentan además diversas estrategias para planificar y evaluar respuestas educativas ajustadas a la diversidad de estudiantes y a las NEE, para el trabajo con la familia, con los equipos de apoyo y con la comunidad (Ministerio de Educación, 2009) .

² En el año 2004, se aplica la Primera Encuesta Nacional de la Discapacidad (Fondo Nacional de la Discapacidad, 2004), que permitió conocer aspectos estadísticos de la condición de discapacidad de la población chilena bajo el marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (Organización Mundial de la Salud , 2001).

La tabla 1 muestra la distribución de patologías médicas de usuarios de Teletón a nivel nacional.

TABLA 1

Número de Pacientes según Diagnóstico Médico, Instituto Teletón, 2006

Tipo de Patología	Número Pacientes
Parálisis Cerebral	8.736
Lesionados Sistema Nervioso Periférico	2.633
Alteraciones Raquimedulares	2.259
Lesionados del Sistema Nervioso Central	2.175
Amputaciones	1.406
Otros Diagnósticos	5.296
Total	22.505

Fuente: Instituto Teletón. Chile, 2006

Los diagnósticos mencionados en la tabla 1 se presentan clínicamente como un trastorno motor, sin embargo las “amputaciones” y “otros diagnósticos”, no son de tipo neurológico. En resumen, existirá una población nacional de aproximadamente 17.000 niños y adolescentes, con trastornos motores de origen neurológico, en situación de discapacidad física que requeriría atención de rehabilitación (Instituto Teletón, 2006).

En la infancia es donde se instalan todas las habilidades motoras, cognitivas y sociales necesarias para desempeñarse a lo largo de la vida. El desarrollo motor, cognitivo y social son esferas interrelacionadas que determinan los comportamientos de los niños (Berger, 2007). Cualquier alteración, independiente de su origen, en esta etapa del ciclo vital, va a interferir profundamente en el desempeño ocupacional del niño o la niña. Cualquier alteración en el proceso de adquisición y aprendizaje de las distintas habilidades puede conducir a una disfunción ocupacional. Esta disfunción se podría observar en el desempeño de ocupaciones infantiles como actividades de la vida diaria, juego, participación en la educación y participación social de los niños y niñas.

Por lo tanto cuando el Terapeuta Ocupacional evalúa a un niño o niña en condición de discapacidad, siempre deberá considerar la posible disfunción ocupacional o limitación en el desempeño ocupacional que provoca el trastorno motor. También debe considerar la evaluación de los contextos, en los cuales los niños y niñas se desarrollan, ya que pueden ser facilitadores o inhibidores de su desempeño. Existe evidencia que la participación social y de actividades de tiempo libre, por ejemplo, no sólo dependen de los aspectos intrínsecos al niño/adolescente con parálisis cerebral, sino también de factores familiares y ambientales (Badia & Araújo, 2009).

La participación en ocupaciones como un aspecto central de la intervención de Terapia Ocupacional, involucra enfrentar aspectos del desempeño subjetivo (emocional y psicológico) y objetivo (físicamente observables). La TO entiende la participación desde esta perspectiva dual y holística y enfrenta todos los aspectos del desempeño durante el proceso de intervención (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2002).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, define actividad como “*la realización de una tarea o acción por una persona*” y participación como “*el acto de involucrarse en una situación vital*” (Organización Mundial de la Salud , 2001). Ambas definiciones son conocidas desde la conceptualización de *Ocupación* y desde las áreas de Ocupación declaradas en Marco de Trabajo de la AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2002).

La *Ocupación* se define como “*Actividades de vida diaria, nombradas, organizadas y a las que el individuo y una cultura le dan valor y significado. Ocupación es cada cosa que las personas hacen para ocuparse a sí mismas, incluyendo el autocuidado, gozar de la vida y contribuir al entretendido social y económico de sus comunidades*” (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2002). Según esta definición, todas las personas son seres ocupacionales por naturaleza, es decir una persona desde que se despierta hasta que se duerme, está ocupada. El significado de estar ocupado está determinado por el sentido que le otorga la persona a la actividad y/o por la cultura en la cual la persona está inmersa. Estas premisas se dan en el marco de la Ciencia de la Ocupación, que estudia la Ocupación del Ser Humano. Incluye la necesidad de las personas para comprometerse y organizar sus ocupaciones a través del ciclo vital (Crepeau, 2003).

La Terapia Ocupacional, usa el término *Ocupación*, para capturar la amplitud y significado de “*la actividad de cada día*”. La Terapia Ocupacional está cimentada en la comprensión de que la participación en ocupaciones estructura la vida diaria y contribuye a la salud y al bienestar.

La focalización de la Terapia Ocupacional en la participación en ocupaciones complementa las perspectivas de la Organización Mundial de la Salud, que en su esfuerzo por ampliar la comprensión de los efectos de la enfermedad y discapacidad en la salud, ha reconocido desde 2001, que la salud puede ser afectada por la inhabilidad de realizar ocupaciones y de participar en situaciones de vida causadas por barreras medioambientales, como también por problemas que existen con las estructuras y funciones corporales (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Las Áreas de Ocupación son clasificadas en el *Marco de Trabajo*, sección *Dominio*, como los diversos tipos de actividades de la vida en que la persona se involucra. Son Áreas de Ocupación; a. Las Actividades de la Vida Diaria (Básicas e Instrumentales) b. El Descanso y Sueño, c. La Educación, d. El Trabajo, e. El Juego, f. El Tiempo Libre y Ocio y, g. La Participación Social (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2002).

Tabla 2: Resumen Áreas de Ocupación y sus componentes. TO Mabel Navarrete V.

ÁREA DE OCUPACIÓN		COMPONENTES			
Actividades de la Vida Diaria	Actividades Básicas de la Vida Diaria, ABVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, AIVD			
Descanso y Sueño	Descanso	Sueño		Prepararse para Dormir.	Participación en Dormir.
Educación	Participación en Educación Formal	Exploración de Necesidades o Intereses en Educación Personal Informal.		Participación en Educación Personal Informal.	
Juego	Exploración del Juego.	Participación en Juego.			
Tiempo Libre/Ocio	Exploración de Tiempo Libre/Ocio	Participación en Tiempo Libre.			
Participación Social	Comunidad.	Familia.	Compañeros y Amigos		
Trabajo Voluntariado/ Grupo con objetivo común	Actividad remunerada o a cambio de bienes	Actividades de voluntariado o actividades en grupo con objetivos comunes			

Las dificultades y limitaciones en el desempeño ocupacional que podrían presentar niños y niñas chilenos con trastorno motor, la ENDISC-CIF³, (Fondo Nacional de la Discapacidad, 2004), las clasificó de la siguiente manera: “ver, oír, cuidado personal⁴, desplazarse⁵, comprender y comunicarse⁶, relacionarse con otros y participar”.

En la tabla 3 se muestra la distribución porcentual de las dificultades antes mencionadas, en dos grupos etáreos; de 0-5 años y 6 -14 años.

³ En el año 2004, se aplica la Primera Encuesta Nacional de la Discapacidad (Fondo Nacional de la Discapacidad, 2004), que permitió conocer aspectos estadísticos de la condición de discapacidad de la población chilena bajo el marco de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (Organización Mundial de la Salud , 2001).

⁴ Implica dificultades para bañarse por sí solo, dificultades para vestirse o ponerse los zapatos por sí solo y dificultades para comer por sí solo.

⁵ Se subdivide en dificultades para estar de pie, dificultades para caminar grandes distancias, dificultades para ponerse de pie y para desplazarse en el hogar.

⁶ Implica dificultades para aprender cosas nuevas, dificultades para concentrarse en algo durante 10 minutos, para recordar cosas importantes, para resolver imprevistos y dificultades para comprender lo que se dice.

Tabla 3 Tipo de dificultad por tramo de edad. Chile 2004

Dificultad	0-5 años	6-14 años
Ver	0,57%	6%
Oír		
Cuidado Personal	1,08%	5,58%
	2,33%	5,06%
Desplazarse	0,47%	1,74%
Comprensión y comunicación	1,45%	10,32%
Relacionarse con otros	0,83%	6,36%
Participación	0,34%	3,13%

Fuente: MIDEPLAN, 2004

La principal dificultad en el grupo de 0 a 5 años, se encuentra en el cuidado personal, lo que se relaciona con los retos de esa etapa del ciclo. El niño en esta etapa está desarrollando habilidades motoras, cognitivas y sociales que le permitan ser independiente en sus actividades diarias (autocuidado) y otras ocupaciones, como jugar.

En el siguiente grupo, de 6 a 14 años, la principal dificultad se encuentra en el área de comprensión/comunicación y relacionarse con los demás. Que las dificultades en estas áreas se hagan evidentes en este rango de edad, se podría explicar por el ingreso al sistema escolar, contexto donde el despliegue de estas habilidades es primordial para desempeñarse académicamente y para relacionarse con otros en trabajos de grupo o establecer amistades, por ejemplo.

La limitación de actividades recreativas (9,8%) es el mayor impacto de las dificultades físicas, le sigue la limitación en la participación social con un 8%, la limitación en actividades domésticas con un 5%, la limitación en actividades de autocuidado con un 5,2% y finalmente el estudio con un 0,6% (Fondo Nacional de la Discapacidad, 2004).

Las cifras presentadas refuerzan la idea de alcanzar una rehabilitación integral que abarque los aspectos médicos, pero que también atienda a las necesidades ocupacionales, en este caso las dificultades en la participación en actividades recreativas y sociales, de las niñas y niños con trastorno motor.

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN NIÑOS CON TRASTORNO MOTOR DE ORIGEN NEUROLÓGICO

El Terapeuta Ocupacional desarrolla su intervención basándose en el análisis de las conductas y el desempeño en las ocupaciones en las que se compromete el niño o la niña, y en el contexto en el que éstos se desarrollan.

Cuando evalúa el desempeño ocupacional, el Terapeuta Ocupacional determina cómo está influenciado por la discapacidad y cómo el ambiente físico y social facilita o inhibe tal desempeño. También debe determinar la diferencia entre el desempeño del niño o niña y la demanda de la actividad, interpretando el significado e importancia de estas diferencias. El análisis de la interrelación entre ambiente, ocupación y persona, es el elemento básico para tomar decisiones clínicas (Case-Smith, 2008).

Los Terapeutas Ocupacionales usan la teoría para guiar su práctica. Las teorías son predicciones que pueden ocurrir bajo ciertas circunstancias. Un marco de referencia usa piezas de una o más teorías y las hace prácticas y útiles. Sobre la base de una o más teorías, un marco de referencia es una estructura aceptada para la organización de los conocimientos teóricos y para trasladar la información a la práctica (Kramer & Hinojosa, 2010). Los marcos de referencia se basan en la interrelación entre la teoría y la práctica, finalmente son un grupo de conocimientos organizados que pueden ser usados para planificar e implementar la intervención. Son un modelo para la evaluación e intervención.

A continuación se realizará una breve descripción de algunos marcos de referencia utilizados y reconocidos en la intervención con niños y niñas con trastorno motor de origen neurológico.

Actualmente el **Enfoque de Neurodesarrollo**, es uno de los marcos de referencia más utilizados en la intervención de niños y niñas con trastorno motor, especialmente la *Técnica Bobath*, en auge hace algunos años. La integración de los principios de esta técnica consiste en facilitar el desarrollo del control sensitivo-motor, por medio de un programa de actividades intencionadas que permitiría una actuación o desempeño ocupacional exitoso. Desde los años 90, esta técnica ha ido incorporando nuevas conceptualizaciones a su práctica, considerando a la persona en su totalidad, reconociendo las competencias y limitaciones en la participación y en roles de vida (Kramer & Hinojosa, 2010). Hoy por hoy, la práctica *bobathiana*, es muy distinta a su práctica inicial en los años 60, destacándose, la incorporación de actividades funcionales como parte del contexto de intervención.



El Enfoque de Neurodesarrollo. En la foto, se observa el trabajo de la Terapeuta Ocupacional en actividades funcionales en la línea media, la niña se toca el pie en la línea media.

Fotografía : TO Mabel Navarrete V.

El **Marco de Referencia Rehabilitador**, ha sido por años utilizado en rehabilitación de niños y niñas con trastorno motor. Por medio del uso de adaptaciones y ayudas técnicas, permite compensar las funciones perdidas o no desarrolladas, facilitando el desempeño ocupacional.

La *compensación* se utiliza para facilitar el desempeño en diversas actividades de la vida diaria a través del uso y de la adaptación del resto de habilidades mediante la adaptación de las actividades o a través del uso de medios compensatorio externos (Kramer & Hinojosa, 2010).

El Marco de Referencia Rehabilitador se usa principalmente cuando se deben adecuar las expectativas del desempeño a los desafíos y exigencias ambientales. El uso de *cuchara adaptada* para favorecer la alimentación independiente o prendas de vestir con *velcro* para facilitar la independencia para vestirse, serían ejemplos del uso de este marco de referencia.



El Modelo Rehabilitador. En la foto por medio de la tabla para picar con adaptaciones de sujeción a la mesa y pinchos para enganchar la fruta, se compensan las habilidades motoras y de coordinación para facilitar el desempeño ocupacional, así la niña podría prepararse un alimento frío. Fotografía : TO Mabel Navarrete V.

En esta misma línea, también se utiliza frecuentemente el **Marco de Referencia Biomecánico** para *posicionar* a los niños y niñas, optimizando su funcionamiento. Se aplica cuando no se puede mantener la postura por mecanismos automáticos de control postural, a causa de una disfunción neuro-musculo-esquelética. Soportes artificiales pueden -en forma permanente o temporal- ofrecer el control postural necesario para que el niño desarrolle y pueda comprometerse en actividades significativas.

Este marco es útil por ejemplo, en el posicionamiento en sedente de niños y niñas para facilitar el desempeño en diferentes ocupaciones y actividades de alimentación, lectura y actividades escolares, entre otras. Para realizar algunas de las actividades descritas controlando el movimiento, el cuerpo debe tener un centro de estabilidad que le permita mover sus segmentos distales, miembros superiores, en contra de la gravedad y darle control voluntario al movimiento. Este marco se usa con niños y niñas que presentan una severa disfunción física.

Los hitos del ciclo vital, también van indicando hacia dónde se debe guiar la intervención. En el caso del ingreso a la educación formal hay ciertas habilidades necesarias que se deben tener adquiridas o instaladas, que finalmente se traducen en el desarrollo de la escritura, como las habilidades motoras finas, habilidades que muchos niños y niñas con trastorno motor tendrán alteradas en su desarrollo.

Cuando un niño ingresa al colegio, los profesores necesitan que el estudiante tome notas durante la clase, y haga sus tareas en la casa. Los terapeutas ocupacionales poseen conocimientos de motricidad fina, integración viso-motora, percepción visual, planificación motora, y de las dificultades de atención que puedan tener un impacto en las demandas de las actividades escolares, como la escritura y manejo de herramientas escolares. El Terapeuta Ocupacional puede usar los esfuerzos del estudiante para compensar sus debilidades, realizando adaptaciones al ambiente y usando sus conocimientos de tecnología como una posible compensación y adaptación al desempeño ocupacional. En este aspecto, el terapeuta debe considerar la importancia que tiene para el niño/niña y su familia, la inclusión escolar y las habilidades que requiere para que este proceso sea exitoso.



El Marco de Referencia Biomecánico. Las habilidades motoras para la escritura, son fundamentales para el ingreso al sistema escolar. En la foto se muestra una niña iniciando un trabajo de grafomotricidad. El desempeño ocupacional se ve favorecido por el uso de una órtesis con adaptación para el lápiz. Fotografía : TO María Inés Rodríguez.

La **Tecnología Asistiva**, es un aporte valioso en la participación ocupacional de este grupo de niños y niñas, ya que les permite involucrarse en ocupaciones que de otra manera no podrían realizar. El uso masivo del computador ha permitido a los Terapeutas Ocupacionales utilizar esta herramienta tecnológica como un medio de intervención acorde a los intereses de los niños/niñas del siglo XXI.

La tecnología es un factor que se ha incorporado progresivamente en la práctica; en los años 80 se comenzó a considerar la computación como un medio de intervención que abría puertas en el ámbito de la comunicación e inclusión escolar, así lo refiere la TO, pionera en Chile, María Cristina Ríos: “Otro cambio para destacar fue la llegada de la computación, que por supuesto fue implementada tempranamente en la Institución (refiriéndose a Teletón). Algunos pacientes, cuyas patologías, no permiten el uso adecuado de las manos, como por ejemplo en la escritura, lograban, con adaptaciones, obtener una comunicación eficiente, facilitando su integración al colegio” (Gómez, 2013).



Tecnología Asistiva. El uso del computador como ayuda tecnológica ha permitido que niños con trastornos motores severos puedan participar en ocupaciones, como establecer amistades a través de las redes sociales o acceder a sus contenidos curriculares y sus respectivas evaluaciones. Fotografía : Uso libre google.

Cuadro Resumen de Marcos de Referencia Utilizados en la Intervención con Niños y Niñas con Trastorno Motor

Marco de Referencia	Objetivo	Características Centrales
Neurodesarrollo	Facilitar el desarrollo del control sensitivo-motor, por medio de un programa de actividades intencionadas que permitiría una actuación o desempeño ocupacional exitoso.	Actividades sensitivas motoras que favorezcan control del movimiento y regularización del tono muscular, actividades funcionales guiadas por el tratante.
Rehabilitador	Facilitar el desempeño ocupacional mediante la compensación de las funciones perdidas o no desarrolladas.	Uso de adaptaciones, órtesis y ayudas técnicas, supresión de barreras arquitectónicas, modificaciones ambientales, entre otras.
Marco Biomecánico de posicionamiento para la funcionalidad	Ofrecer el control postural necesario para desarrollar y comprometerse en actividades significativas, a través de soportes artificiales, la posición del cuerpo cuando no se puede mantener la postura por mecanismos automáticos de control postural por una disfunción neuro-musculo-esquelética.	Mesas adaptadas, sillas de ruedas adaptadas, sitting de diferentes tipos, mobiliario para mantener posiciones que faciliten el funcionamiento
Control Motor	Considera que las personas controlan el movimiento en el contexto de sus ocupaciones.	Aprendizaje motor en el desarrollo de actividades significativas, que tengan relación con roles y rutinas del niño.
Adaptación Ocupacional	Permite entender cómo los niños/niñas y sus familiares se adaptan y dominan los desafíos ocupacionales asociados a la vida diaria. Los Terapeutas Ocupacionales, identifican cómo ayudar a los niños y a sus familias a experimentar el dominio de su desempeño ocupacional.	Incorporar a padres en la resolución de las dificultades para el desempeño ocupacional.

Fuente: TO Mabel Navarrete V.

En la práctica profesional diaria, ningún marco de referencia por sí solo puede dar respuesta a las demandas ocupacionales de niños y niñas con trastorno motor. Por ello, los Terapeutas Ocupacionales utilizan diferentes marcos de referencia según la complejidad de los trastornos motores y su impacto en la etapa del ciclo vital. Desde qué marco se sitúa el Terapeuta Ocupacional para entender lo que le ocurre al niño y niña y su familia, es una elección que está mediada por la interacción entre la edad, el pronóstico de la patología o síndrome y el contexto familiar y social, todo esto enmarcado en el razonamiento profesional. En la práctica algunos de estos marcos de referencia serían lo que el Marco de Trabajo (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2002) denomina, métodos preparatorios, que es un tipo de intervención de Terapia Ocupacional. Estos métodos preparan al niño/niña para su desempeño ocupacional, como regular el tono muscular, aumentar la resistencia, mejorar control de tronco, desarrollar habilidades motoras y de autorregulación emocional, entregar estímulos sensoriales para promover la alerta, confeccionar férulas u órtesis para facilitar el movimiento y la función. Este tipo de intervención, finalmente se debería usar como preparación para una intervención posterior basada en ocupaciones infantiles.

El cambio en la conceptualización de la persona, acerca estos tratamientos a la práctica de la Terapia Ocupacional con niños/niñas, sin embargo no son suficientes, por sí solos para dar respuesta a la complejidad del desempeño ocupacional en esta etapa de la vida. Se propone el estudio y uso práctico de Modelos de intervención que incorporan contextos ocupacionales, como por ejemplo el Modelo de Control Motor y el Modelo de Adaptación ocupacional.

El **Modelo de Control Motor** considera que las personas controlan el movimiento en el contexto de sus ocupaciones. Es una nueva conceptualización, que evolucionó a partir de los enfoques tradicionales de neurodesarrollo.

El control motor se aprende cuando se buscan soluciones óptimas para realizar una ocupación, dependiendo de las características de quien las desempeña, el contexto y el objetivo de la ocupación que se realiza. Por lo tanto, la discapacidad motora es la consecuencia de las dinámicas que se observan entre una persona con capacidades y limitaciones y las exigencias ocupacionales y ambientales que se enfrentan al intentar el desempeño (Crepeau, 2003). Los patrones de movimiento son maneras estables o preferenciales de realizar el desempeño ocupacional que dependen de las características distintivas del ser humano y de las condiciones ambientales.

El **Modelo de Adaptación Ocupacional** permite entender cómo los niños/niñas y sus familiares se adaptan y dominan los desafíos ocupacionales asociados a la vida diaria. Los Terapeutas Ocupacionales, identifican cómo ayudar a los niños y a sus familias a experimentar el dominio de su desempeño ocupacional. La necesidad de adaptarse es mayor durante los períodos de transición en la vida o cuando ocurren crisis vitales. Los tres elementos básicos de este modelo son la persona (que puede ser el niño/niña, sus padres o la familia), el ambiente ocupacional, y la interacción entre ambos para llevar a cabo la ocupación (DeGrace, 2007).

El gran desafío de la práctica de la Terapia Ocupacional, en el área infantil, es posicionar las ocupaciones infantiles como foco central de la intervención. La participación en ocupaciones es el resultado global del proceso de Terapia Ocupacional (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2002). Los Terapeutas Ocupacionales consideran la ocupación como medio y como fin. Esto implicaría que, al trabajar con niños pequeños, el Terapeuta Ocupacional debe

abordar la ocupación de jugar, no sólo como un medio para alcanzar los objetivos terapéuticos, sino también como el fin de la intervención. La inclusión de la participación, sugiere que la preocupación principal sería la participación del niño en el juego dentro de los contextos del hogar, la escuela y vida comunitaria (Parham & Fazio, 2008).

Hacer Terapia Ocupacional con niños y niñas con trastorno motor es un gran desafío, la complejidad de esta etapa de la vida, el pronóstico funcional de la patología, trastorno o la condición de discapacidad y los contextos tanto familiares como sociales, hacen que el Terapeuta Ocupacional esté, constantemente, evaluando sus resultados y realizando cambios en su intervención. La visión respecto de la conceptualización de discapacidad, salud y bienestar, el enfoque de derecho de niños y niñas y los cambios socio-culturales, obligan a replantearse constantemente, las formas y los significados de las ocupaciones infantiles. Pero el mayor desafío se refiere a ubicar las ocupaciones infantiles en el centro del quehacer disciplinario.

Referencias

- Asociación Americana de Terapia Ocupacional. (2002). Marco de Trabajo: Proceso y Dominio de Terapia Ocupacional. *American Journal Occupational Therapy* (78-124)
- BADIA, M., & ARAÚJO, E. L. (2009). La participación en las actividades de ocio de los niños y adolescentes con parálisis cerebral. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 79-93.
- CASE-SMITH, J. (2008). Development of Childhood Occupations. En D. Parham, & Fazio, *Play in Occupational Therapy in Children* (76-83). Estados Unidos: Mosby Elsevier.
- CAULI, O., & RODRIGUEZ, M. I. (2012). *Rehabilitación del niño con parálisis cerebral de tipo extrapiramidal*. Germany: Académica Española.
- CREPEAU, E. C. (2003). *Terapia Ocupacional. Willard & Spackman*. España: Medica Panamericana.
- DAVID, P., FORSTER, J., DEVILAT, M., & DÍAZ, M. (2012). *Nuerología Pediátrica*. Santiago: Mediterraneo.
- DE GRACE, B. W. (2007). The Occupational Adaptation Model: Apliccation to Child and Family Interventions. En S. B. Dunbar, *Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families* (97-125). Estados Unidos: Slack Incorporated.
- Fondo Nacional de la Discapacidad. (2004). *Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile*. Santiago: MIDEPLAN.
- GÓMEZ, S. (2013). *Antecedentes, creación y desarrollo de la Terapia Ocupacional en Chile*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- JAUME, C., & Raúl, A. (2011). *Neurología Pediátrica*. España: Médica Panamericana.
- KRAMER, P., & HINOJOSA, J. (2010). *Frames of Reference for Pediatric Occupational Therapy*. Baltimore: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministerio de Educación. (2009). www.mineduc.cl. Recuperado el 17 de Junio de 2013, de http://www.educacionespecial.mineduc.cl/index2.php?id_portal=20&id_seccion=3084&id_contenido=12644
- Ministerio de Salud. (2011). *MINSAL-DEIS*. Recuperado el 25 de Julio de 2013, de <http://deis.minsal.cl/deis/vitales/pais/mortinf.htm>
- Organización Mundial de la Salud . (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud CIF*. España: INMERSO.
- PARHAM, D., & FAZIO, L. (2008). *Play in Occupational Therapy for Children*. Estados Unidos: Mosby Elsevier.

Bibliografía

- BERGER, K. (2007). *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ministerio de Salud. (2010). <http://deis.minsal.cl>. Recuperado el 17 de Junio de 2013, de http://deis.minsal.cl:http://deis.minsal.cl/vitales/vitales2010/Defunciones%20y%20Mortalidad%20Infantil/mort_infantil_componentes_2010.htm

Terapia Ocupacional en Educación Especial: Desafío con Múltiples Retos



T.O. Claudia Prieto Sánchez
Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile.
Magíster en Motricidad Infantil, Universidad Mayor.
Docente de Terapia Ocupacional de la Universidad de Los Andes.
claudiaprietos@gmail.com

Introducción

En el siguiente trabajo, abordaremos una experiencia de Terapia Ocupacional en el ámbito educativo, en donde se detallan actividades en las que el profesional puede estar involucrado desde su quehacer, como la atención de grupos-cursos, realización de estudios de caso, confección de ayudas técnicas referidas a apoyar el Desempeño Ocupacional de los estudiantes con quienes el Terapeuta Ocupacional trabaja, orientación a padres y profesores respecto de cómo potenciar las características y habilidades individuales de cada uno de los estudiantes del establecimiento educativo, entre otras.

En principio y para poder entender cómo es que un Terapeuta Ocupacional puede colaborar en la labor educativa en un Colegio de Educación Especial, debemos conocer cuál es el contexto respecto a las normativas que existen dentro de la Educación Especial en Chile.

El Ministerio de Educación desde el año 1990 a la fecha ha ido creando diversas normativas que tienen por objeto regular el funcionamiento de todos los colegios de Educación Especial.

Estas normativas tienen por nombre Decretos Supremos de Educación, asociadas a las diferentes condiciones de discapacidad existentes, vale decir y según aparecen citadas dentro de la página web del MINEDUC¹, para cada una de éstas existe una norma que ordena el funcionamiento administrativo de cada establecimiento de Educación Especial, la cual regula edad de ingreso y egreso, profesionales de apoyo que deben existir dentro del establecimiento y número de estudiantes por aula, entre otros.

¹ Educación Especial, MINEDUC [en línea], octubre 2012. Entrega descripción detallada de cada uno de los Decretos Supremos existentes para cada condición de discapacidad. Ejemplo 1: Decreto Supremo Nº 577/1990: Establece normas técnico pedagógicas para la atención de alumnos con discapacidad motora. Ejemplo 2: Decreto Exento Nº 87/1990: Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con discapacidad intelectual.

Respecto a lo que se entiende por Educación Especial, citaremos la definición entregada por el MINEDUC, tomada desde la Ley General de Educación y Ley 20.422 (2012). “La Educación Especial, es una modalidad del sistema educativo que desarrolla su acción de manera transversal en los distintos niveles, tanto en los establecimientos de educación regular como especial, proveyendo un conjunto de servicios, recursos humanos, técnicos, conocimientos especializados y ayudas, con el propósito de asegurar, de acuerdo a la normativa vigente, aprendizajes de calidad a niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales asociadas o no a una discapacidad, asegurando el cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades, para todos los educandos.”²

Según MINEDUC, un número aproximado de 850.000³ estudiantes en nuestro país poseen alguna Necesidad Educativa Especial (NEE en adelante) de quienes, hasta el año 2010, sólo 228.000 contaron con apoyo de Educación Especial, ya sea en establecimientos de esta índole o participando en Programas de Integración Escolar. Esta cifra refleja una gran cantidad de estudiantes sin atención y un importante y potencial de campo de acción para la profesión.

Habiendo visualizado brevemente la existencia de una normativa que rige el actuar de los establecimientos de Educación Especial, podemos ver entonces dónde es que el Terapeuta Ocupacional podría desempeñarse en el ámbito educativo, recordando que la formación integral de la profesión hace posible que nos podamos involucrar sin dificultad dentro de cualquiera de estos espacios de participación.

Dentro del campo educativo, la Terapia Ocupacional tiene como propósito final conseguir un óptimo Desempeño Ocupacional del estudiante, en sus distintos contextos de participación dependiendo del ciclo vital en el que se encuentre.

El actuar del profesional irá enfocado a aumentar el Desempeño Ocupacional de cada uno de estos estudiantes dentro de ambiente educativo, social y familiar.

Los contextos de participación del estudiante, incluyen distintas áreas de ocupación tales como Actividades de la Vida Diaria (AVD en adelante), estudio (Educación), trabajo, tiempo libre-ocio, descanso, juego, y participación social.

Entre las edades de 3 a 18 ó 24 años aproximadamente el estudiante pasa de ser niño a adolescente y luego joven, en donde la actividad educativa es una de las actividades en que más tiempo y mayor importancia entregan a su vida, debido a las oportunidades que este ambiente posee, desde el aprendizaje de habilidades sociales entre pares y adultos hasta aprendizaje de contenidos científicos e históricos.

En este aspecto, la Terapia Ocupacional posee ciertos factores que potenciarían un mejor y mayor desenvolvimiento de la persona en estas distintas áreas, guiando al estudiante hacia la consecución plena de las metas escolares o educativas en el desarrollo físico, socioemocional y cognitivo y, promoviendo la inclusión social como una persona activa y por lo tanto participativa.

² Educación Especial, MINEDUC [en línea], octubre 2012. Entrega la definición de lo que se entiende por Educación Especial en Chile.

³ Educación Especial, MINEDUC [en línea], octubre 2012. Informa cifras respecto al número de estudiantes que, según CENSO 2002, poseen algún grado de necesidad educativa especial versus los que han contado con apoyo específico para sus aprendizajes.

Objetivos de Terapia Ocupacional en Educación Especial

Dentro del ambiente educativo, algunos objetivos generales del trabajo del Terapeuta Ocupacional, podrían ser:

- Dar respuesta a las diversas necesidades del alumno, proporcionando los medios para participar activamente en su entorno, potenciando sus niveles de funcionalidad e independencia.
- Promover metas educativas, de relación, de autonomía, recreativas y de accesibilidad, favoreciendo el Desempeño Ocupacional del alumno o estudiante.
- Educar a la comunidad académica respecto de las necesidades individuales de cada estudiante promoviendo la toma de conciencia de las propias características de cada uno de ellos.
- Educar a la familia respecto de las formas y estilos de trabajo de su hijo-hija, para mejorar y promover la participación de éste en las actividades domésticas.

Contexto Educativo en el que se Desarrolla la Experiencia

La experiencia que se describirá a continuación se basa en un Colegio Diferencial de la Región Metropolitana. Este colegio se encuadra dentro de lo que determina y norma el Decreto Supremo Nº 577 para Discapacidad Motora y del Decreto Supremo nº 87 para Discapacidad Intelectual.

Este colegio recibe a niños, niñas y jóvenes desde los 2 años hasta los 24 años 11 meses (al momento de la matrícula) que posean diagnóstico de tipo neurológico de algún trastorno motor de base, que incluye retrasos globales del desarrollo, parálisis cerebral, síndromes genéticos entre otros, que además se asocian con trastornos del lenguaje, trastornos relacionales, déficits cognitivos y déficits sensoriales en distintos grados. Dentro de la nomenclatura actual la confluencia de más de un déficit se denomina *Retos Múltiples*. Por lo tanto la población con la que se trabaja en este contexto corresponde a niños, niñas y jóvenes con Retos Múltiples.

El término *Retos Múltiples* está directamente relacionado con aquellas personas que poseen necesidades educativas especiales múltiples. La definición entregada por MINEDUC respecto a quienes presentan *Retos Múltiples* dice “Los alumnos/as que presentan Necesidades Educativas Especiales Múltiples, son aquellos que requieren de apoyos intensivos y permanentes (en todos los contextos) debido a que presentan múltiples barreras para aprender y participar en su medio social, educativo y familiar, no sólo por las necesidades que se derivan de su condición de salud, sino también por las diversas barreras sociales, culturales y educativas, que dificultan aún más sus posibilidades de participación, comunicación y socialización”⁴ (Willard y Spackman, 2001)

Este nuevo concepto viene a remplazar al antiguo término Multidéficit. La diferencia entre ambos términos se centra en que la terminología antigua resalta los déficits presentes en el estudiante, mientras que la nueva nomenclatura de Retos Múltiples hace alusión a que las

⁴ De las Heras de Pablo, Carmen Gloria, Manual curso de “Modelo de Ocupación Humana: Introducción a la Teoría y Práctica”, julio 2012, Chile. Curso en el que se entregan conceptos referidos a Ciencia de la Ocupación y Modelo de Ocupación Humana.

barreras para los aprendizajes, para el desarrollo y participación de la persona, están puestas en el exterior de cada una de ellas. Todo esto, enmarcado dentro de la Política de Educación Especial implementada entre los años 2007 y 2010.

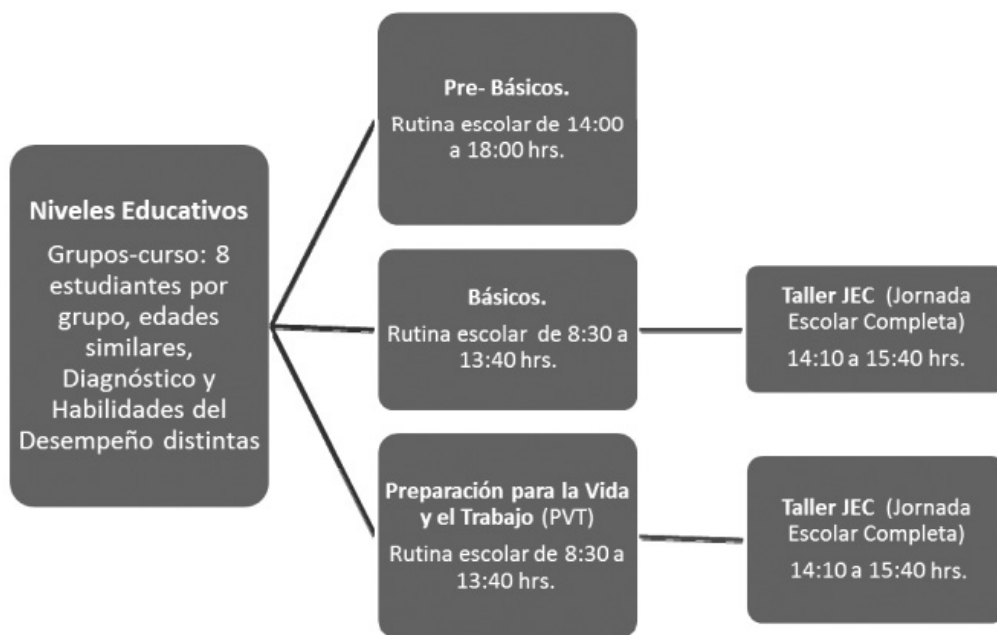
Por ello y debido a los innumerables desafíos que involucra atender a este tipo de personas, este colegio se ha especializado en la materia, siendo un lugar de referencia, atención y por supuesto educación para estudiantes que provienen de diversas comunas de la Región Metropolitana.

El colegio está organizado en niveles pre-básicos, básicos y de preparación para la vida adulta, todos ellos formados por cursos de ocho alumnos de variadas características motrices, cognitivas y psicosociales, agrupados, según determina el Decreto N°87, por edad cronológica.

Cada uno de los grupos curso que conforman los niveles de educación, están bajo la supervisión y apoyo pedagógico de una educadora diferencial (en su mayoría), más una asistente de sala que realiza apoyos referidos a la higiene de los alumnos, ya sea en mudas y/o en higiene menor y autocuidado de los alumnos.

Dentro del equipo técnico que colabora con la labor pedagógica, el colegio cuenta con una Psicóloga, dos Fonoaudióloga/os, dos Terapeutas Ocupacionales, una Kinesióloga, un profesor de Educación Física, dos profesoras de Educación Musical. Todos ellos se incorporan dentro de la jornada escolar de los alumnos en distintos bloques horarios, en donde cada uno va realizando actividades, entregando sugerencias y realizando apoyos concernientes a sus especialidades.

La jornada escolar de los alumnos varía dependiendo del nivel educativo en el que se encuentren. Niveles pre-básicos poseen jornada de tarde que va desde las 14:00 hasta las 18:00 hrs., niveles básicos y de preparación para la vida adulta desde las 8:30 a las 15:40 horas, debido a que el colegio posee jornada escolar completa. Para explicar la articulación de horarios y funcionamiento de las actividades del colegio se adjunta el siguiente esquema:



Cabe mencionar que la conformación de los grupos de taller corresponde a ocho estudiantes por grupo de características, habilidades del desempeño y edades diferentes entre sí. La designación de los estudiantes que participan en cada grupo-taller está determinada por la resultante entre la observación dada por la profesora de curso y los intereses manifestados (en algunos casos) por los mismos estudiantes. En aquellos casos en que los estudiantes no manifiestan sus intereses, se incluyen en talleres que por sus características les ofrezcan el mayor beneficio.

Algunos de los talleres existentes y que se han mantenido en el tiempo, por entregar mayores beneficios a los estudiantes y por ser de los intereses de los alumnos, son:

- Taller de artesanía.
- Taller de cocina inicial.
- Taller de teatro.
- Taller de jardinería
- Taller de baile
- Taller de manejo externo
- Taller de computación
- Taller de estimulación multisensorial
- Taller de fútbol
- Taller de música, entre otros.

Quehacer del Terapeuta Ocupacional en el Ámbito Educativo y Modelos de Intervención.

El quehacer del Terapeuta Ocupacional dentro del contexto de Escuela Especial podría basarse en los postulados del Modelo de Ocupación Humana el cual se centra en el cliente y que está basado en la Ocupación.

El Modelo de Ocupación Humana, según comenta De las Heras de Pablo en su manual “Modelo de Ocupación Humana: Introducción a la Teoría y Práctica” (2012) es uno de los más utilizados por los terapeutas ocupacionales debido a que “apoya la práctica centrada en la ocupación que refleja las necesidades de las personas, que ayuda a priorizar las necesidades de las personas, que provee una visión integral de las personas”⁵

Por ello se pretende que la acción del Terapeuta Ocupacional dentro de este contexto educativo, esté completamente orientada a que los estudiantes logren el máximo potencial de desarrollo de su capacidad de desempeño dentro de sus propias condiciones, vale decir reconociendo sus diferencias respecto a sus habilidades de desempeño demostradas.

⁵ De las Heras de Pablo, Carmen Gloria, Manual curso de “Modelo de Ocupación Humana: Introducción a la Teoría y Práctica”, julio 2012, Chile. Curso en el que se entregan conceptos referidos a Ciencia de la Ocupación y Modelo de Ocupación Humana.

En la medida que se interesen y posean motivación frente a las actividades ofrecidas, ellos se sentirán efectivos y satisfechos en su ambiente educativo.

Por otra parte, en el contexto de la Escuela Especial los Terapeutas Ocupacionales podríamos utilizar, algunos principios del Modelo Rehabilitador⁶ que se apoya en la utilización de las capacidades residuales de la persona y que se sustenta en el uso de ayudas técnicas, adaptaciones ambientales y técnicas compensatorias del déficit, para justificar la creación y utilización de variadas ayudas técnicas (de confección propia del Terapeuta Ocupacional o por parte de la familia del estudiante).

Estas ayudas técnicas estarán sujetas a cada uno de los factores del cliente (en este caso estudiantes), considerando características individuales respecto de estructuras corporales, funciones corporales, valores, creencias y por supuesto la espiritualidad. Ahora, con cada una de ellas se pretenderá mejorar la participación del estudiante dentro de las actividades pedagógicas ofrecidas y en definitiva, en las ocupaciones en que se involucre activamente.



Ayuda técnica para el uso independiente de pincel. Se modeló la ayuda técnica sobre la mano del estudiante que la usaría, tratando de utilizar capacidades funcionales de su propia mano.
Fotografía : TO Claudia Prieto.

⁶ Willard Y Spackman (2001). TERAPIA OCUPACIONAL. Octava edición, Editorial médica panamericana, Madrid, España.



Silla de madera a la que se le agregó una bandeja con escotadura. Esta bandeja posibilita que ambas extremidades superiores estén apoyadas sobre ella y así facilita la manipulación de materiales que se ubiquen en la misma. Esta bandeja tiene la característica de ser removible de los apoya brazos en donde se apoya. Fotografía : TO Claudia Prieto.



Silla de madera con diversas adecuaciones para el estudiante que la utiliza. Posee apoya pies con bordes laterales, que evitan que los pies se salgan de él. Un abductor de piernas sobre asiento, que apoya alineación y separación de ambas extremidades inferiores y apoya brazos para facilitar el control y alineación de tronco en sedente. Fotografía : TO Claudia Prieto.

Otro Modelo de intervención utilizado es el de Integración Sensorial, que corresponde a la habilidad del sistema nervioso central de recibir, combinar y procesar la información sensorial con el fin de entregar respuestas a estímulos del medio ambiente. Estas respuestas se esperan sean coherentes o adecuadas al estímulo recibido⁷.

Este modelo es utilizado, sobre todo, en momentos en que la actividad de juego es la central, debido a que al ofrecer diversos estímulos a los estudiantes, se espera que entreguen su propia respuesta identificando si es o no adecuada al estímulo recibido. Por ello, el juego corresponde a uno de los pilares centrales de acción del Terapeuta Ocupacional, específicamente con grupos-curso de niveles pre-básicos, los que por medio del juego con materiales específicos, como columpios, hamacas, cajas con material de estimulación táctil (porotos, tapas de botellas, esponjas, entre otros), colchonetas, pelota terapéutica y otros, se pretende entregar estímulos sensoriales promoviendo que los estudiantes experimenten sensaciones y entreguen respuestas adecuadas a estos estímulos.

⁷ Willard Y Spackman (2001). TERAPIA OCUPACIONAL. Octava edición, Editorial médica panamericana, Madrid, España

La labor que el Terapeuta Ocupacional desempeña en escuela, se enfoca en diversos ámbitos de acción, dependiendo de la necesidad que el colegio determine y según los requerimientos de los propios estudiantes del recinto, por lo tanto el Terapeuta Ocupacional cumple distintos roles y funciones.

Cada uno de los ámbitos en donde el Terapeuta Ocupacional se desenvuelve y que se detallan a continuación, van a estar sujetos a realizarse según temporalidad y necesidad del recinto educativo. Vale decir, la rutina de trabajo realizada corresponderá a la que se haya organizado en el cronograma de trabajo, pero inevitablemente (y así lo demuestra la experiencia) sufrirá modificaciones debido a actos cívicos, celebraciones imprevistas, visitas no agendadas, reuniones de urgencia, entre otras, requiriendo de amplia flexibilidad y adaptabilidad del Terapeuta Ocupacional para adecuarse a estos súbitos cambios.

Evaluación

Existen dos modalidades formales de evaluación establecidas dentro del contexto de esta experiencia. La primera de ellas consiste en una evaluación de ingreso y la segunda que consiste en la evaluación de inicio de año escolar. Cabe mencionar que existe también una tercera evaluación, que se realiza de manera frecuente durante todo el transcurso del año lectivo, que corresponde a las intermedias, efectuadas durante la ejecución de actividades curriculares planificadas.

Todas ellas se describen a continuación.

1- Evaluación de Ingreso:

Corresponde a la evaluación formal que se realiza por dos participantes del equipo multiprofesional en donde se exige la presencia de al menos un Terapeuta Ocupacional y/o un Kinesiólogo. Esta evaluación se realiza a cada uno de los postulantes para ingresar como alumno regular al establecimiento. Puede realizarse durante cualquier época del año lectivo, siempre y cuando existan vacantes dentro de los cursos a los que el niño-niña o joven postule. Este procedimiento utiliza una pauta creada por los mismos especialistas del colegio y que se anexa a continuación:

PAUTA DE EVALUACIÓN DE INGRESO

Especialidad: Kinesiterapia
Terapia Ocupacional
Psicología
Profesora Especial
U.T.P.

I. ANTECEDENTES GENERALES:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Diagnóstico Motor: _____

Otros Diagnósticos: _____

Domicilio: _____ Comuna: _____

Teléfono: _____

Referido por: _____

Lugar de Atención para Tto. de Rehabilitación:

Medicamentos que ingiere: _____

Nº de Registro Nacional de la Discapacidad: _____

Grado de Discapacidad: Físico: _____

Ps/Mental: _____ Sensorial: _____

Escolaridad Previa: SI NO Número de años que asistió: ___ Desde cuándo no asiste: _____

II. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

Núcleo Familiar: (personas con quien vive)

Número que ocupa entre los hermanos: _____

** Marcar la o las características que presente y/u observe en el niño evaluado:

❖ Modo de Comunicarse:

- Habla
- Hace gestos
- Sólo mira
- Otros (especificar) _____

❖ Modo de Moverse:

- Camina
- Gatea
- Se arrastra
- Usa silla de ruedas

❖ Moviliza MMSS

- Activo
- Activo-Asistido
- Pasivo

Moviliza MMII

- Activo
- Activo-Asistido
- Pasivo

❖ Ayudas Técnicas: (férulas, adaptaciones, silla de ruedas, carro, etc.)

❖ Actividades de la vida diaria:

Baño			Alimentación			Vestuario		
	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Controla esfínter			Es independiente			Independiente		
Usa pañales			Requiere apoyo			Colabora		
Va al baño independiente			Se le da.			Se le viste		
Requiere apoyo en baño			Usa sonda					
Observaciones			Observaciones			Observaciones		

❖ Interacción con el medio.

*Subrayar la/s que corresponda/n.

- Interactúa con pares y/o adultos por iniciativa propia.
- Interactúa con pares y/o adultos con apoyo.
- No interactúa.
- Otros

El Terapeuta Ocupacional realiza una entrevista al adulto que acompaña al postulante basándose en la pauta de evaluación antes mencionada. Se recoge toda la información correspondiente a los ítems solicitados de la pauta, y se realiza observación cualitativa del postulante mientras se está en este proceso.

Esta observación consiste en visualizar en el postulante los siguientes aspectos:

- Nivel de conexión con el medio que lo rodea, ¿atiende a estímulos, responde a preguntas?
- Estilo de comunicación ¿utiliza señas, lenguaje hablado o sólo emite sonidos?
- Forma de moverse ¿cómo usa su cuerpo, usa extremidades superiores, o las inferiores, cómo lo hace?
- Utilización de ayudas técnicas ¿usa silla de ruedas, usa andador, de qué tipo?

En aquellos ítems en que se pregunta acerca del nivel de independencia que el postulante posee, el Terapeuta Ocupacional tiene la posibilidad de solicitar al postulante que demuestre cómo es que realiza las acciones consultadas para luego describir tal observación brevemente.

Los objetivos de este procedimiento, que corresponde al primer acercamiento del Terapeuta Ocupacional con el postulante son:

- Conocer al postulante e identificar, en primera instancia, las características que posee para incorporarse al curso-nivel que le corresponde por rango etario. Vale decir, se evidencia el desarrollo de las habilidades del desempeño que el estudiante posee para la ejecución de actividades escolares que ofrece el colegio. Esto se realiza utilizando la información recogida de la observación antes detallada, por lo tanto se visualiza el Perfil Ocupacional del postulante.
- Identificar el posible potencial que el postulante posee y/o pudiera desarrollar respecto a habilidades del desempeño, con lo que el colegio le ofrece. Evidenciando el real beneficio que esto provocaría en su Desempeño Ocupacional futuro. Todo esto se hace usando Perfil Ocupacional visualizado antes y comparándolo con los recursos materiales y de oportunidades de acción que existen dentro del colegio. Logrando visualizar con cuáles de estos recursos el postulante se verá más beneficiado. De esta forma se intenta incorporar al estudiante, al grupo-curso que mejor se acerque a sus características y habilidades de desempeño.

2.- Evaluación de Inicio de Año Escolar:

Corresponde a la evaluación que se realiza cuando los alumnos comienzan un nuevo año escolar. Esta consiste en realizar mediciones ergonómicas del mobiliario escolar del estudiante, para evaluar cambios morfológicos que éste experimente luego de sus vacaciones de verano. Esta evaluación permite evidenciar, al inicio del año escolar, los cambios en peso y talla que los estudiantes han tenido mientras no han asistido al colegio.

Si es que el alumno posee cambios morfológicos, en talla, peso o ambas o según características de su diagnóstico, inmediatamente se confecciona una “Solicitud de Adaptación”. Ésta corresponde a un documento en donde se diagrama la modificación al mobiliario que el alumno necesita según las medidas ergonómicas antes revisadas. Tal solicitud se entrega vía agenda escolar al padre o apoderado, dando como plazo máximo para la entrega del mobiliario modificado o definitivamente reemplazado, 15 días a contar de la fecha de entrega del documento.

Los objetivos de este procedimiento corresponden a:

- Evidenciar cambios morfológicos en los alumnos al inicio del año escolar para facilitar el óptimo Desempeño Ocupacional en las actividades escolares ofrecidas, utilizando cinta métrica y medidas ergonómicas universales. Se mide al estudiante respecto de su mobiliario designado en sala.
- Facilitar una mejor participación dentro de las actividades pedagógicas que se realizan mejorando el control postural de los alumnos mientras realizan las diversas actividades. Esto se consigue con la confección y la posterior utilización del mobiliario adaptado, según características individuales de los estudiantes.

A continuación, se adjunta el documento “Solicitud de Adaptación de Mobiliario”, utilizado en la Escuela.

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN

Nombre del alumno: _____

Curso-nivel: _____ fecha de evaluación: _____

Nombre-tipo de adaptación: _____

Diagrama de adaptación:

Indicaciones de uso:

TERAPEUTA OCUPACIONAL

Autor: Claudia Prieto Sánchez, Terapeuta Ocupacional, U. Chile, 2002.

3- Evaluaciones Intermedias:

Corresponden a las evaluaciones constantes que se realizan mientras está en curso el año lectivo. Se refiere a evaluaciones de observación cualitativa-descriptiva realizadas mientras el estudiante se encuentra ejecutando las actividades pedagógicas. Ésta consiste en realizar observación detallada de la forma en que el estudiante ejecuta una tarea (dentro de su rutina escolar) para identificar dificultades en la ejecución de la tarea global o de un paso de ella y así luego facilitar tal acción.

Se intenta identificar habilidades motrices, cognitivas y sensorio-perceptuales del estudiante en distintos contextos de participación, para promover, luego, una mejor participación ocupacional en diversas actividades pedagógicas.

Cabe destacar que para realizar una correcta observación y luego un detalle de las demandas que posee la actividad, es necesario realizar un análisis previo de la tarea a observar.

Los objetivos relacionados con esta evaluación son:

- Identificar capacidades motrices, cognitivas y sensorio-perceptuales del estudiante para promover una participación más independiente dentro de las acciones requeridas. Lo que se realiza mediante la observación del estudiante durante la ejecución de las tareas, que le designa la profesora encargada del curso o la Terapeuta Ocupacional.
- Identificar forma de trabajo del estudiante para potenciar su quehacer dentro de actividades pedagógicas ofrecidas. En base a observación del estudiante en la actividad propiamente tal.

El cumplimiento de estos objetivos está mediado por la observación del estudiante en los siguientes aspectos:

- Nivel de conexión del estudiante con el medio que lo rodea.
- Nivel de conexión del estudiante con los adultos que lo rodean.
- Estilo de comunicación, que facilitará identificación de sus intereses.
- Extremidad superior más hábil.
- Nivel de control en el manejo de su cuerpo, en postura sedente o bípedo, según corresponda a la actividad.
- Nivel de desempeño en uso de extremidades superiores para la manipulación de útiles escolares, utensilios de cocina, útiles de aseo, entre otros. Según los que requiera la actividad en la que se está observando al estudiante.
- Cantidad de apoyo o supervisión externa que requiera el estudiante para ejecutar lo que se le demanda.

Este procedimiento es uno de los que más se repite dentro del quehacer profesional del Terapeuta Ocupacional en contexto educativo, ya que constantemente llegan solicitudes por parte de las educadoras, para intentar resolver dificultades de participación de sus estudiantes en actividades pedagógicas, de sus grupos- curso.

Además, debido a los buenos resultados que los estudiantes y los profesores ven en las acciones ejecutadas por el Terapeuta Ocupacional, (quien realiza el análisis de actividad y posteriormente entrega soluciones concretas al problema inicial, tales como creación de ayudas técnicas o implementación de alguna técnica específica), surgen nuevos desafíos propuestos por los profesores e incluso por los propios estudiantes, quienes acuden reiteradamente al apoyo del profesional, repitiendo constantemente este ciclo de acciones terapéuticas.

El hilo conductor que guía el razonamiento terapéutico en el quehacer del Terapeuta Ocupacional se inicia desde el primer encuentro con el estudiante en donde se le conoce y se observa mientras realiza la actividad que se le propone, identificando las formas de ejecutar sus acciones, en cualquier orden de actividades, dando como resultado el Desempeño Ocupacional del estudiante.

Para realizar este procedimiento, es necesario que el Terapeuta Ocupacional fije su atención en ciertos aspectos del estudiante, tales como:

- Nivel de conexión con el ambiente que lo rodea.
- Forma de establecer comunicación con las personas que lo rodean.
- Logra manifestar agrado o desagrado respecto a lo que hace.
- Manifiesta o demuestra intereses, ¿cuáles?
- Posición de su cuerpo respecto al mobiliario (silla de trabajo o a la silla de rueda, mesa o bandeja) que utiliza.
- Forma de utilizar su cuerpo para manipular herramientas.
- Ayudas técnicas que posee y utiliza.

Además de esta observación detallada, se recoge información con la educadora a cargo para así obtener la mayor cantidad de información posible, que oriente al Terapeuta Ocupacional respecto al estilo de ejecución de la acción del estudiante, de esa forma se comprende mejor el cómo y por qué de ello.

Luego se realizan actividades que someten a prueba al estudiante para la realización de la actividad en cuestión, ya sea disminuyendo el grado de complejidad de la tarea, cambiando el orden de los pasos o cambiando el tiempo de ejecución. De esta manera, se evidencian nuevas capacidades y / o dificultades del estudiante para, finalmente, entregar una o varias alternativas de solución, que favorecen la participación en la actividad, por parte del mismo.

El proceso de evaluación siempre está presente, debido a que constantemente surgen nuevas situaciones en donde se requiere de la colaboración del Terapeuta Ocupacional, para promover la participación ocupacional del alumno en las actividades pedagógicas ofrecidas.

Durante cualquiera de estos procesos de evaluación, el Terapeuta Ocupacional se preocupa de identificar y favorecer el Desempeño Ocupacional del estudiante dentro del ambiente escolar al que se enfrenta día a día.

Intervención

Las acciones del Terapeuta Ocupacional en esta área están enfocadas al trabajo en directo con el estudiante o con un grupo de ellos, con el docente, la familia y/o con la comunidad educativa (directivos, otros docentes, otros profesionales, asistentes de educación, familia).

Incluye planificación de actividades que se realiza al inicio de cada semestre escolar en compañía de la profesora a cargo del grupo-curso, luego considera la puesta en marcha de éstas, creación de adaptaciones para el estudiante, según sea la necesidad de cada uno de ellos, modificación del entorno, participación en actividades curriculares y extra-curriculares, estudios de caso y visitas domiciliarias entre otras (ambos se describen de forma más detallada más adelante).

El tipo de actividades de Terapia Ocupacional que se incorporan dentro de la planificación escolar corresponde a:

- **Actividades de la Vida Diaria:**

Alimentación - Vestuario - Higiene - Arreglo Personal

- **Actividades Lúdicas:**

Juegos variados según rango etario y capacidad de movimiento de los estudiantes.

- **Actividades de Artesanía:**

Utilización de diversas técnicas manuales (pintura en madera, pintura en tela, confección de mosaicos en cerámica)

- **Actividades de Preparación de Alimentos Simples:**

Preparación de diversas recetas dulces y saladas (postres, sándwich, queques, etc.)

- **Talleres Pre-Laborales:**

Pueden incluirse además, actividades de planificación y puesta en marcha de talleres con orientación pre-laboral y orientación a la vida adulta. Esto quiere decir, organización de actividades como por ejemplo “confección de agenda escolar” en que la elaboración de la agenda en su totalidad y posteriormente la venta de ésta posee una orientación pre-laboral tratada y discutida entre estudiantes, profesora, Terapeuta Ocupacional y Dirección del establecimiento. De manera que cada uno de los participantes de esta actividad posee un rol específico, una meta específica y todos en conjunto poseen un objetivo común.

- **Creación de Adaptaciones:**

Al referirnos a creación de adaptaciones se hace alusión a todo el procedimiento que se inicia con la evaluación intermedia (antes ya detallada) y que culmina con la realización de alguna ayuda técnica para dar solución a una situación problema en particular, como por ejemplo, la “dificultad para autoalimentarse”. Luego de la observación de la ejecución de la tarea por el estudiante, se determina la utilización de una cuchara con mango engrosado, más una sujeción que contenga la cuchara y la mano con que realiza esta actividad, facilitando así el movimiento de llevar la cuchara a la boca, por ejemplo.

- **Modificaciones Ambientales:**

Se realiza una modificación ambiental cuando, por ejemplo, se desea optimizar el espacio de sala de clases para alguna actividad en particular, o bien para una re-organización del mobiliario escolar de cada sala de clases. Vale decir, se consideran todas las demandas de la actividad, versus las habilidades del desempeño requeridas para tal actividad, de manera que se optimice de la mejor forma posible el espacio y los materiales a utilizar según las características de los estudiantes. Por ejemplo, al visualizar una imagen proyectada en pantalla grande, es necesario ubicar a los estudiantes con menor capacidad visual más cerca de la pantalla, lo mismo que a aquellos con menor capacidad auditiva más cercanos a los parlantes.

El objetivo general que describe la función principal del Terapeuta Ocupacional en este ámbito es apoyar al estudiante para que consiga el desarrollo de su mayor potencial dentro de las actividades educativas en las que participa, entregando orientación a la comunidad escolar respecto de la forma en que éste logra ser efectivo y eficiente en el ambiente que lo rodea según sus características personales.

Actividades de Terapia Ocupacional Según Nivel Educativo

A continuación se describen las actividades que el Terapeuta Ocupacional realiza según niveles educativos, en donde se detallan los objetivos a los que se orienta el trabajo y además se mencionan las actividades que desarrolla.

En general el tipo de actividades que se planifican para los estudiantes están relacionadas con lo que ellos deben practicar para aprender y lo que les motiva e interesa según el rango etario y ciclo vital, sin perder de vista entonces las motivaciones internas de los estudiantes que facilitan su participación en ellas.

Niveles Pre-Básicos

El rango etario de acción está dado entre los 2 años 11 meses y los 7 años 11 meses de edad. En estos niveles es donde se le da énfasis al apoyo en sala orientado a la estimulación del desarrollo psicomotor, a la adquisición de habilidades sociales referidas a normas básicas de cortesía y apoyo en Actividades Básicas de la Vida Diaria. Por ejemplo:

- **Actividades de Juego en Colchoneta**

Se promueve que los estudiantes utilicen su cuerpo para realizar variados movimientos, actividades en sedente, en decúbito prono y supino, utilización de extremidades superiores e inferiores, estimulación de giros, arrastre y cambio de posiciones.

- **Actividades de Juego:**

En las actividades que se realizan en sala de Terapia Ocupacional se utiliza el juego como medio para estimular el desarrollo psicomotor en los estudiantes, ocupando diversos materiales, la mayoría de ellos basados en los postulados de la Integración Sensorial que dice que, el cerebro debe aprender a organizar y procesar los estímulos sensoriales y a usarlos para responder adaptativamente en una situación particular, por lo tanto la Integración Sensorial "...es el procesamiento de la información..." (Willard y Spackman, 2001)⁸ Se provee de un ambiente estimulante que invita a que los estudiantes se desenvuelvan con interés y libertad dentro de la sala, considerando colchonetas, hamaca, columpio, pelotas terapéuticas, material de estimulación táctil entre otros, para ofrecer diferentes experiencias sensoriales que luego se traducirán en aprendizajes motrices y en definitiva, irán entregando respuestas más acordes con lo que se espera.

- **Actividades de Estimulación Cognitiva**

Asociadas a reconocer nociones básicas de ubicación espacial, temporalidad, identificación de semejanzas y diferencias en objetos, adivinanzas.

- **Actividades de Preparación de Alimentos Simples**

Dado el resultado inmediato y satisfactorio luego de la degustación de los mismos. Uso de utensilios básicos de cocina como batidora, cuchara de palo, juguera, vasos, fuentes, etc.

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria**

Autoalimentación, vestuario e higiene son actividades que no sólo trabaja el Terapeuta Ocupacional sino que también, son de interés de las profesoras que trabajan a cargo de cada uno de estos niveles. Por ello están en constante refuerzo y práctica, incluidas dentro de las rutinas básicas de la jornada escolar. Existe un horario establecido para desayuno, en donde se trabaja el uso de vaso con asa, bombillas, uso de servilleta luego de comer pan, por ejemplo. En el horario de almuerzo se trabaja el uso de cuchara o tenedor según sea la consistencia del alimento y la capacidad del estudiante para usar uno u otro utensilio. Se realiza lavado de manos y cepillado de dientes antes y después del almuerzo respectivamente. Así se intenta que los estudiantes alcancen el mayor grado de independencia posible en las mismas y que además hagan de estas conductas un hábito dentro de sus rutinas diarias.

Para el trabajo en Actividades Básicas de la Vida Diaria, se realiza una evaluación cualitativa mediante observación en situación real de la actividad y se informa a la profesora de sala los requerimientos de cada alumno para mejorar la ejecución y su participación activa en la misma. Esta información, por ejemplo consiste en indicar el uso de algún material o herramienta adaptada a la necesidad del alumno, ya sea mangos engrosados, angulación de cucharas, adaptación de cepillos, rebaje de vasos, utilización de bombillas de diversos materiales, entre otras.

⁸Willard Y Spackman (2001). TERAPIA OCUPACIONAL. Octava edición, Editorial médica panamericana, Madrid, España. Sección III, capítulo 20, se realiza revisión de la Teoría de Integración Sensorial.



Esta imagen corresponde a un ejemplo de un vaso recortado en uno de sus bordes, que facilita realizar la acción de beber de él, sin hacer extensión de la cabeza.

Fotografía : TO Claudia Prieto.



Esta imagen corresponde a un adaptador para tenedor. A éste se le agregó un mango horizontal para realizar prehensión cilíndrica con mano izquierda.

Fotografía : TO Claudia Prieto.

La utilización de normas de cortesía, saludo, despedida y respeto de turnos, se trabajan de forma transversal en todas las actividades antes mencionadas. Por ejemplo: al llegar a la sala de Terapia Ocupacional los niños deben saludar a la Terapeuta Ocupacional presente, contestar a la lista, atender a las instrucciones dadas según la actividad, ejecutar las instrucciones para jugar y esperar su turno cada vez y según corresponda.

Tales actividades se realizan dentro de la sala de clases o en sala de Terapia Ocupacional. Se efectúa ambientación del lugar en donde se trabajará y se llevan a cabo las actividades planificadas para ese día.

Los objetivos generales de trabajo que se utilizan en este nivel corresponden a:

Para y con el Estudiante:

- Estimular el desarrollo psicomotor de los estudiantes utilizando el juego como herramienta y medio terapéutico.
- Identificar nivel de participación de los estudiantes en actividad, ya sea juego o rutina de Actividad de la Vida Diaria. Utilizando evaluación cualitativa referida a la observación de la actitud del estudiante mientras está en la actividad.
- Estimular en la adquisición de hábitos de higiene menor.
- Identificar forma de uso de herramientas pedagógicas, de higiene menor y de alimentación. Usando aspectos de observación ya mencionados en la evaluación intermedia.

Con la Familia y Educadora:

- Se impone informe a la familia y a la educadora respecto de las formas de participación que posee el estudiante. Para la familia se utiliza la agenda escolar como instrumento de comunicación y de entrega de información. Con a la educadora, constantemente se están realizando conversaciones formales e informales respecto de las características del Desempeño Ocupacional observadas en sus alumnos.

La meta final del trabajo en este nivel es:

Que los estudiantes logren la adquisición de la mayor cantidad de habilidades respecto del uso de su cuerpo y del uso de herramientas de uso cotidiano.

Niveles Básicos

El rango etario fluctúa entre los 8 y 15 años 11 meses. En estos niveles, se intenta mantener las habilidades adquiridas durante los niveles anteriores, potenciando su afianzamiento y /o mejorando su ejecución, para luego incorporarlas dentro de las conductas realizadas de manera habitual.

Los objetivos generales de trabajo desde la Terapia Ocupacional en estos niveles corresponden a:

Para y con el Estudiante:

- Identificar habilidades del estudiante en las diversas actividades pedagógicas en las que participa, para potenciarlas y mejorar su ejecución. Tal información se rescata de las constantes evaluaciones cualitativas que se realizan y que ya han sido detalladas anteriormente en este documento.
- Confeccionar adaptaciones necesarias para que el estudiante logre realizar la acción requerida por la tarea designada por la educadora.
- Identificar áreas de interés del estudiante para incluirlas dentro de las actividades pedagógicas y así promover su mejor participación dentro de la rutina escolar. Esta información surge desde las propias impresiones entregadas por los mismos estudiantes o por consultas a la familia respecto de a las actividades que a su hijo /a le gusta hacer en el hogar o en aquellas que tiene la posibilidad de participar.

Con la Familia y Educadora:

- Colaborar con la educadora en la mantención de conductas y habilidades de desempeño desarrolladas en nivel anterior. Como por ejemplo mantener conductas de cortesía, respeto de turnos, mantener habilidades motrices finas en el uso de herramienta escolares (pincel o lápiz), habilidades cognitivas (resolución de problemas simples, de mediana complejidad o complejos), etc.
- Informar a la familia respecto de la forma y estilo de participación de su hijo-hija dentro de las actividades escolares. Vía agenda escolar o en entrevistas personalizadas y en cada final de semestre, utilizando informe educativo, en el que se incluyen las observaciones generales de cada uno de los estudiantes.

El trabajo de Terapia Ocupacional en este nivel es apoyar en la realización de las actividades pedagógicas planificadas, de manera de que el estudiante pueda cumplir con los objetivos propuestos, según las características de cada uno de ellos. Por ello, las acciones

van encaminadas a la utilización de materiales y herramientas adaptadas, promoviendo la eficiencia y eficacia de las acciones realizadas por los mismos.

El trabajo consiste en aumentar el número de actividades dentro de la rutina escolar, en las que el estudiante participe de la forma más independiente posible incorporando acciones, movimientos y hábitos adquiridos anteriormente. Vale decir, utilización de Actividades de la Vida Diaria para promover y facilitar la independencia en autocuidado, en el uso de herramientas de trabajo escolar como tijeras, pegamento, papel, pinturas, pinceles, lijas, telas, entre otras; y en la utilización de utensilios de uso diario como cuchara, servilleta, vaso, bombillas, cepillo de dientes, cepillo de pelo, maquillaje, espejos, trabas, colonia, entre otras.

El trabajo se realiza en sala de clases o en ambientes u horarios reales en donde se deben utilizar diversas herramientas y utensilios antes mencionados, es decir, se pretende que en horarios de desayuno, el trabajo sea orientado a potenciar conductas de autoalimentación, favoreciendo y potenciando el uso del vaso o jarro de donde beben la leche, uso de extremidad superior para acercar el alimento a su boca, o para limpiarse usando servilleta, etc.

En horarios de almuerzo las actividades se realizan en sala de clases o en comedor escolar. Se trabaja con el uso de cucharas adaptadas según la necesidad del alumno, uso de servilleta, uso de vaso para el jugo, independencia en la acción de ir a dejar su propia bandeja luego de terminar su almuerzo, entre otras.

En horario de actividades en sala de clases, el trabajo realizado corresponde al apoyo del Terapeuta Ocupacional en actividades planificadas con anticipación, al inicio del semestre, en conjunto con la profesora a cargo del grupo-urso (antes mencionadas en este documento en ítem de Intervención).

En general en estos niveles, las actividades que se realizan son de aprendizaje y práctica de diversas técnicas de artesanía como pintura en madera, decoupage, pintura en tela, mosaico, etc. y actividades de preparación de alimentos simples queques, sandwichs, postres, sopaipillas, etc.

En cada una de estas actividades se continúa la observación respecto de cómo es que el estudiante ejecuta la tarea entregada, para así ir resolviendo dificultades de participación ocupacional dentro de cada actividad. Generalmente las tareas son designadas según habilidades del desempeño que sí posee el estudiante, de manera que éste sienta satisfacción al realizar lo que se le solicita, aumentando así el nivel de interés y motivación por realizar efectivamente la tarea.

La meta final del trabajo en este nivel es:

Que los estudiantes logren la utilización de las habilidades adquiridas o desarrolladas en niveles anteriores, aumentando el grado de independencia en su participación ocupacional según tareas designadas.

Niveles Preparación para la Vida y el Trabajo (PVT)

El rango etario fluctúa entre los 16 y los 24 años 11 meses. En estos niveles, el trabajo está orientado a que los alumnos practiquen casi de forma permanente, durante toda su jornada escolar, diversas actividades y tareas relacionadas con un área de trabajo específica, vale decir, cursos que poseen alumnos con mayores capacidades para el trabajo en artesanía poseen mayor carga horaria para esa actividad.

Por ello el trabajo del Terapeuta Ocupacional está centrado en que los alumnos logren una mayor participación activa dentro de las tareas que el curso realiza.

Cabe mencionar que, en estos niveles ya existe un bagaje amplio respecto del Perfil Ocupacional que posee el estudiante, debido a que mayoritariamente ellos ya llevan varios años de escolaridad, con trabajo escolar específicamente apoyado por el Terapeuta Ocupacional.

Como objetivos centrales en este nivel están:

Para y con los Estudiantes

- Que los alumnos logren desempeñar uno o más pasos de una tarea de forma independiente, consiguiendo resultados óptimos respecto de lo que se espera. Es acá donde se utiliza toda la información recogida por años respecto de las capacidades y habilidades del desempeño demostradas, para entregar tareas de mayor complejidad o para mantener las mismas tareas disminuyendo el tiempo de su ejecución, por ejemplo.
- Que los alumnos logren involucrarse con las actividades que se realizan de manera activa, desde sus propias habilidades del desempeño. Idem al anterior.
- Confeccionar diversas ayudas técnicas, necesarias para que los alumnos logren participar dentro de las actividades pedagógicas ofrecidas. Debido a los cambios en edad y morfología de los estudiantes se hace necesaria la re-evaluación para confección de nuevas ayudas técnicas para una misma actividad antes realizada o para nuevas actividades, utilizando, por supuesto, el mismo procedimiento ya descrito antes.

Con la Familia

- Informar a la familia respecto a la forma de participación que posee su hijo-hija dentro de las actividades realizadas. Vía agenda escolar o en cada entrega de informes se da la posibilidad de efectuar conversaciones de la especialidad referidas específicamente al estudiante en cuestión.
- Orientar a la familia respecto del próximo egreso de su hijo-hijo del sistema escolar. Esta actividad se realiza en talleres grupales en compañía de la Psicóloga del establecimiento o en reuniones específicas con cada apoderado.

Al trabajar teniendo en cuenta todos estos objetivos el Terapeuta Ocupacional debe estar en constante observación, en sala de clases, de las actividades que los alumnos realizan, para evaluar en situación real con el alumno en particular, qué es lo que hace, cómo lo hace y qué necesita para hacerlo mejor.

Debido a que en estos niveles los estudiantes se acercan a la edad de egreso del sistema escolar, se hace muy necesario que el Terapeuta Ocupacional esté más en contacto con la familia para poder ofrecer mayor orientación respecto de lo que el estudiante podría realizar de forma independiente en su hogar al momento del egreso. Por ello es que se está en constante comunicación con ellos frente a los requerimientos de ayudas técnicas que sus hijos necesiten para participar en diversas actividades.

La meta final del trabajo en este nivel es:

Que los estudiantes logren la mayor independencia posible, respecto a sus capacidades y habilidades del desempeño en la ejecución de Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales, según sea el caso.

Otras Actividades de Terapia Ocupacional: Talleres

Entre las actividades realizadas, el Terapeuta Ocupacional puede participar en talleres de Jornada Escolar Completa (JEC), siendo el que guía a un grupo de 8 alumnos con necesidades y/o intereses similares o en su defecto, colaborando con otro profesional en esta misión.

Los talleres que el equipo de Terapia Ocupacional de la Escuela tiene a cargo son:

Taller de Manejo Externo

Consiste en llevar a un grupo, de no más de tres alumnos, fuera del recinto escolar a experimentar trayectos cortos, siendo peatones de la vía pública, haciendo uso de negocios, semáforos, señalética vial y en algunos casos locomoción colectiva.

El objetivo de este taller consiste en “Fomentar en los alumnos, independencia en las actividades cotidianas que se realizan fuera del hogar.”

La idea de este taller consiste en entregarle a los estudiantes experiencias reales de participación en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria como:

- Manejo de la Comunicación
- Movilidad en la Comunidad
- Seguridad y Procedimientos de Emergencia
- Compras.

Taller de Estimulación Multisensorial

Consiste en ofrecer diversas experiencias de estimulación sensorial a alumnos con características similares, mayoritariamente con Retos Múltiples severos.

El objetivo es “Ofrecer a los alumnos diversos estímulos sensoriales, intentando provocar respuestas adaptativas al estímulo ofrecido”, apoyado en la teoría de Integración Sensorial⁹. Debido, a las características de estudiantes con Retos Múltiples, es necesario que sea el Terapeuta Ocupacional el que ofrezca los estímulos para provocar en los estudiantes la entrega de una respuesta específica.

La idea de este taller es ofrecerles una gama variada de estímulos sensoriales a los alumnos, como estímulos auditivos, olfativos, visuales, gustativos, de movimiento, de presión, de cambios de posición, de manera que ellos los puedan ir recibiendo, procesando y analizando para entregar respuestas acordes a tales estímulos.

Al ser un taller que se realiza con estudiantes con discapacidades severas, se hace de suma importancia el registro permanente de las respuestas entregadas por ellos, respecto de forma y frecuencia. Esta información será de gran utilidad cuando queramos realizar análisis comparativos del estado inicial y actual de cada uno de los estudiantes, dando objetividad a nuestras observaciones clínicas.

Taller de Baile

Consiste en preparar diversas coreografías para presentar en las fechas simbólicas del establecimiento como son, día del padre, de la madre, aniversario del colegio, entre otras.

Los objetivos son “Tomar conciencia del esquema corporal y conocer y/o realizar los distintos movimientos según segmento corporal movilizado”, “Estimular desplazamientos en forma individual o grupal siguiendo un ritmo dado”, “Descubrir distintas posibilidades de movimiento a través de la música, de acuerdo a sus potencialidades”.

La idea de este taller es seleccionar a aquellos estudiantes que manifiesten interés por bailar, aun cuando posean gran dificultad en el control motor. Este taller otorga la posibilidad de entregar gran motivación proporcionada por estímulos externos, debido a que se utilizan canciones populares de moda y que tienen gran aceptación por parte del grupo de estudiantes. Incluso se les incluye en la selección de la música y creación de pasos de baile a utilizar en cada presentación.

Además al ser un taller que requiere vestuario y preparación, se hace necesario el compromiso y participación permanente de la familia, en el cumplimiento con la asistencia de sus hijos /as a los ensayos y el envío del vestuario seleccionado para la ocasión.

⁹ Willard y Spackman (2001). TERAPIA OCUPACIONAL. Octava edición, Editorial médica panamericana, Madrid, España. Sección III, capítulo 20, se realiza referencia a Teoría de Integración Sensorial.

Confección de Informes

Esta actividad se realiza en cada término de semestre, cuando cada profesional del establecimiento, incluido el Terapeuta Ocupacional, debe hacer entrega de una descripción general del Desempeño Ocupacional de cada uno de los estudiantes a los que atendió durante este periodo. Ya sea atenciones realizadas en grupos-curso o en modalidad de taller de Jornada Escolar Completa.

Con este documento se traspa a la familia de información, sobre la forma de participación en actividades que posee el estudiante, a la familia.

En el documento de informe de Terapia Ocupacional se describe:

- Días de atención realizadas por el especialista al estudiante, sujeto a la asistencia del estudiante durante el semestre.
- Nivel de participación demostrada por el estudiante.
- Actividades de interés demostradas por el estudiante.
- Forma de ejecución de las tareas designadas al estudiante.
- Tipo de ayudas técnicas que el estudiante requiere para ejecutar alguna actividad.
- Nivel de apoyo o supervisión que el estudiante requiere para la realización de la o las actividades.

Estudios de Caso

Esta actividad surge de la necesidad por intentar resolver, de una manera efectiva y conjunta, una problemática escolar, ya sea referida a un estudiante en particular, a una situación familiar, o a una situación de grupo-curso.

En ella participan todos los profesionales de la escuela que se relacionan con la problemática y /o que pueden entregar información relevante para resolver el problema. Cabe mencionar que en la mayoría de los casos y debido a la visión holística e integral de la profesión, el Terapeuta Ocupacional siempre está presente.

Este procedimiento consiste en realizar una o dos reuniones (según la necesidad del caso), entre el equipo de profesionales de apoyo (según cada situación), más la Coordinadora Técnica y la Directora, guiado por la educadora a cargo del estudiante o del grupo-curso. La idea es entregar la mayor cantidad de información posible por todos estos participantes, que ayude a entender la causa del problema para luego dar soluciones desde cada una de las especialidades presentes en el análisis de la situación.

En definitiva, consiste en recoger toda la información respecto a una situación problema y luego entregar posibles estrategias de solución a tal situación.

Visitas Domiciliarias

Esta actividad se realiza de forma esporádica, dependiendo de la necesidad que requiera la situación particular del estudiante. Por ejemplo, poca colaboración de la familia en las indicaciones que se entregan para con su hijo-hija, conocer el espacio físico en donde vive el estudiante para promover su independencia, identificar reales posibilidades del estudiante para realizar las acciones que se le están exigiendo, entre otras.

La visita se programa con anticipación, se solicita la autorización del apoderado y se coordina la fecha y hora para ello. Se realiza en conjunto con la educadora del grupo- curso más el estudiante. Ya en el hogar, se procede a la observación de todos los indicadores de importancia que motivaron la visita en particular.

Cabe mencionar que la visita del Terapeuta Ocupacional, no sólo se enfoca a la resolución o a la visualización de las causantes del problema que generó este procedimiento, sino además aprovecha la instancia para:

- Visualizar barreras arquitectónicas existentes en el hogar, entregando soluciones y sugerencias inmediatas, por ejemplo, uso de ducha teléfono en el baño para realizar aseo genital.
- Visualización de barreras arquitectónicas del medio externo que impidan la participación ocupacional del estudiante en su medio ambiente, como por ejemplo veredas sin rampas o calles sin pavimentar.
- Visualizar espacios externos en la comunidad, que faciliten o favorezcan participación del estudiante en ellos, como existencia de centros comerciales.

Para este procedimiento, se utiliza una hoja de registro en donde quedan descritas todas las observaciones realizadas por los profesionales y los acuerdos concertados en ella. Al finalizar este proceso, se lee al familiar presente todo lo registrado y se solicita la firma de él y del estudiante, más la de los profesionales, a modo de establecer un compromiso en los acuerdos tomados en conjunto, cualquiera que estos sean.

Se adjunta formato de visita domiciliaria a continuación.

Uso de Interconsulta

En ciertas situaciones se plantean interrogantes o circunstancias de salud que están ajenas a la resolución dentro del establecimiento escolar, como por ejemplo, cambio de silla de ruedas, confección de órtesis, evaluación médica de algún especialista, entre otras, para lo que se utiliza el documento de interconsulta. Éste corresponde a una solicitud por parte del Terapeuta Ocupacional, en este caso, para la resolución de problemas o consultas referidas a algún estado en particular del estudiante. El Terapeuta Ocupacional describe la situación de duda y / o consulta y solicita respuesta al especialista a quien deriva al estudiante.

El objetivo de este documento es conseguir la resolución del problema que seguramente está dificultando el Desempeño Ocupacional del estudiante dentro del ambiente educativo, además de mantener en uso las redes asistenciales que posee el estudiante y su familia.

Consultorías

Consiste en la realización de charlas educativas respecto de diversos temas de interés manifestados por los distintos participantes que componen la comunidad educativa. En algunas ocasiones, estos talleres se realizan en conjunto con la Psicóloga del colegio.

Incluye talleres psicoeducativos, participación en charlas masivas dentro y fuera del establecimiento, orientación a padres y apoderados respecto de temas relacionados con las necesidades educativas especiales de sus hijos (adquisición de ayudas técnicas, cambio de instituciones educativas, entre otras)

La idea es que el Terapeuta Ocupacional sea un colaborador permanente dentro de la comunidad educativa, apoyando la consecución de los logros del estudiante, de su familia y de la comunidad educativa en la que está inserto.

Estudio de Caso: Juan y el Abordaje de Terapia Ocupacional.

Juan (nombre ficticio) es un estudiante de 15 años con diagnóstico de Síndrome genético, específicamente, Cromosomopatía del Cromosoma 9¹⁰. Posee además dificultades en la comunicación, no posee lenguaje y una deficiencia intelectual profunda. Participa en un grupo- curso en donde sus siete restantes compañeros tienen más o menos su edad, pero con características diversas.

El grupo-curso posee una orientación de trabajo más bien enfocada a lo funcional, vale decir, dentro de la planificación de actividades se requiere la incorporación y realización de actividades de forma concreta que determinen participación activa de los estudiantes, ya que, en este caso, el déficit cognitivo está entre moderado, severo y profundo.

El tipo, grado o forma de participación activa, estará determinado por las características respecto a habilidades del desempeño que tenga cada uno de los estudiantes, que conforman el grupo-curso. Por lo tanto, se ofrecen distintas actividades experienciales a los estudiantes que les entregan la posibilidad de obtener una gama importante de experiencias sensoriales mientras realizan las actividades pedagógicas.

¹⁰ Cromosomopatías, Elsevier [en línea], octubre 2012. Diagnóstico que implica trisomía del cromosoma 9, corresponde a la duplicación del brazo corto del cromosoma 9.

Para describir la forma de participación de Juan dentro de las actividades que se le ofrecen, diremos que reitera en la realización de conductas de autoestimulación, por ejemplo, se mantiene permanentemente con los dedos en la boca, y en muchas ocasiones dando golpecitos con sus brazos, sobre los apoya brazos de su silla de ruedas o sobre su mesa de trabajo. Sobre todo esto ocurre al ubicarle sus extensores de codo, tratando de evitar lo antes mencionado.

Además, es capaz de seguir con la mirada y prestar atención a los objetos y personas que llaman su atención, incluso logra involucrarse activamente en un juego sonoro con otro, en donde él emite ciertos sonidos vocálicos o silábicos que el adulto debe repetir, luego Juan nuevamente emite sonidos a modo de “contestar” a ese juego, produciéndose una forma de conversación única y particular.

Debido a que, por su edad, se encontraba en un curso de nivel básico, las actividades de Terapia Ocupacional que se planificaron para su grupo-curso correspondían a:

- Preparación de alimentos simples, como queques, postres, sandwichs, entre otros. Todo esto incluye manipulación, estimulación olfativa y visual y, también, degustación de todos los ingredientes que incluye cada una de las recetas dulces y saladas preparadas.
- Confección de distintas artesanías, como pintura en tela y confección de guateros de semillas. Estas actividades también incluyen manipulación, estimulación olfativa y visual.

La incorporación de estas actividades que contenían específicamente este tipo de materiales e ingredientes, nace de la necesidad de ofrecerles a los estudiantes oportunidades de participar activamente en tareas que les entregaran gran cantidad de estimulación, basándonos en las características de cada uno de ellos. Estos materiales ofrecen una gran gama de experiencias sensoriales a nivel táctil, visual, gustativo y olfativo que hace que los estudiantes manifiesten concretamente nivel de agrado o desagrado para y con cada uno de los materiales usados. Esta información es de alta valía para luego identificar cómo es que el estudiante se involucra en la actividad y si se interesa en repetir o no las acciones en las que se ha visto involucrado.

En principio, el trabajo de Terapia Ocupacional estuvo enfocado a ofrecer la experiencia sensorial a los estudiantes en el contacto con los materiales de trabajo, hablando desde la manipulación de utensilios de cocina relacionados con la preparación de alimentos simples y con los ingredientes que se utilizarían en la preparación y luego, lo mismo, con los materiales de confección de guateros de semillas y otras artesanías.

El objetivo era que Juan y sus compañeros pudieran percibir las características de los materiales con los que iban a trabajar, para luego familiarizarse con ellos y al final sentirse parte de la experiencia vivida en cada una de las actividades.

En particular con Juan, existía la gran dificultad respecto del uso de sus manos, ya que como se mencionó anteriormente, él prefería mantenerlas dentro de su boca.

Cada una de las actividades que se realizaron con él, estaban enfocadas a desviar su atención de autoestimulación y guiarla hacia la percepción y manipulación de los materiales

ofrecidos. En este proceso siempre existió la guía directa de la Terapeuta Ocupacional, para acompañar el movimiento de ambas manos y brazos en dirección a los objetos ofrecidos, ubicándose ella, por detrás del estudiante. Para ello, también se realizaban cánticos y emisiones de sonido que conseguían mantener la atención del estudiante y provocaban mayor permanencia de sus manos en el proceso de percepción y manipulación de los objetos.

Así, Juan lograba participar activamente en las actividades, consiguiendo percibir los diversos estímulos táctiles, visuales y auditivos que se le ofrecían.

Intentando provocar una participación menos guiada y más voluntaria del estudiante se le confeccionó una bandeja con escotadura, específicamente para la confección de guateros de semillas.

La bandeja se ubicaba sobre su mesa de trabajo, formando un ángulo de 45 grados aproximadamente. Sobre su superficie poseía dos barreras, cada una de ellas ubicadas paralelamente al borde superior de la bandeja, dejando un espacio libre de alrededor de 12 centímetros justo en el centro. Luego, justo en este espacio libre, se unieron estas barreras paralelas a otras a continuación, separadas a 6 centímetros del centro en su parte más ancha, formando un espacio delimitado, llegando a sólo 3 centímetros en su parte más angosta (a modo de embudo). Cada una de estas barreras medía alrededor de 3 centímetros de alto y terminaban en un orificio ubicado frente al estudiante, en la parte más baja de la cubierta. En este orificio se agregó un tubo, por debajo de la mesa, que sostenía una bolsa, la que luego de ser llenada con semillas se convertiría en un “guatero”.

Esta ayuda técnica fue confeccionada con el fin de que Juan pudiera participar activamente en la tarea de confección de guateros de semillas necesitando la menor cantidad de apoyo y asistencia posible.

Para el uso de esta ayuda técnica, sólo era necesario que el adulto depositara en la parte superior de la bandeja una medida de semillas, luego era Juan quien, con el movimiento particular de sus brazos y manos, golpeaba la bandeja e impulsaba a que las semillas cayeran hasta el orificio final.

Es acá entonces donde se hace posible que Juan participe efectiva y eficientemente en la actividad, sin la guía directa del adulto sobre sus manos, haciendo uso de algo tan particular y propio de él como eran sus movimientos de brazos intencionados, sobre la mesa de trabajo. Dándole forma a su rol de estudiante activo en esta acción.

De esto se desprende que, en la medida en que se realice una observación y evaluación correcta de las habilidades del desempeño y características particulares de cada persona, se puede realizar un análisis de la situación individual pudiendo visualizar posibles soluciones a dificultades en el Desempeño Ocupacional de esta persona, en este caso, de Juan.

A continuación se adjuntan dos fotografías en las que se aprecia a Juan utilizando su ayuda técnica en la confección de un “guatero” de semillas.



Manos a la Obra: Juan llenando su bolsa para guatero. (fotografía publicada con consentimiento informado)
Fotografía : TO Claudia Prieto.

En la fotografía manos a la obra se aprecia claramente como Juan está moviendo sus manos al mismo tiempo en que golpea su bandeja, impulsando a las semillas hacia el espacio pre-determinado para llenar la bolsa contenedora de semillas.



Ayuda Técnica: Bandeja para guateros de semillas. (fotografía publicada con consentimiento informado)
Fotografía : TO Claudia Prieto.

En la segunda fotografía se aprecian mejor las características de la ayuda técnica. Se alcanza a observar al final de la bandeja el orificio con el tubo que guía las semillas a la bolsa contenedora que se ubica por debajo.

En ambas fotografías, los extensores de codo están ubicados por debajo del chaleco del estudiante. Además, en ambas fotografías se alcanza a apreciar el nivel de intencionalidad que Juan entrega a esta actividad.

Reflexión del Quehacer del Terapeuta Ocupacional.

Al llegar a trabajar a este establecimiento (hace 10 años atrás) no existían referentes conocidos respecto de cuál era la labor que un Terapeuta Ocupacional debía desempeñar en este lugar, por lo que mi misión fue bastante amplia. En principio validarme como profesional competente y paralelamente identificar las necesidades del colegio en las que un Terapeuta Ocupacional podía involucrarse. Es en este panorama en donde me toca ir moviéndome, abriendo espacios y reconociendo habilidades y debilidades.

Trabajar desde la perspectiva de intentar conseguir que cada uno de los estudiantes participe de alguna manera dentro de las actividades pedagógicas que se me posibilitaron, no es del todo fácil. No es fácil debido a que, cada uno de los alumnos era completamente diferente al otro, partiendo desde sus características físicas, sensoriales, emocionales y sociales, llegando hasta características de sus propias familias. Todo esto estaba sujeto a análisis; mientras se realiza algún tipo de intervención con algún estudiante, no era posible dejar ninguna de estas informaciones de lado, ya que todo esto forma parte de cada persona.

El hecho de no contar con recursos materiales para la confección de ciertas Ayudas Técnicas que, desde el interés personal y motivación nacían para promover una mejor participación de los alumnos en las actividades, dificultaba todo el proceso, que si bien nunca fue una limitante, sí era un obstáculo que se traducía en tiempo de espera para la confección y por ende, para el alumno, tiempo sin participar efectivamente en las actividades.

Trabajar a un ritmo de atención grupal (ocho estudiantes por grupo-curso) intentando resolver necesidades individuales es algo complejo, que se aprende con la experiencia. En donde se hace necesario identificar prioridades, realizar evaluaciones permanentes en situación real (contextos, ambientes), desarrollar la capacidad de ser flexible para adaptarse a los cambios inesperados que ocurren dentro del sistema y por sobretodo aprender a trabajar en equipo, que no sólo son colegas, sino que lo forma el estudiante, su profesora, su asistente, sus compañeros, las otras profesoras que comparten con él, la coordinadora técnica, los otros profesionales, la secretaria, los transportistas, la directora y la familia. Toda la comunidad educativa forma parte del proceso de desarrollo y aprendizaje de estudiante siendo el Terapeuta Ocupacional un colaborador más dentro de ello.

Aunque existe la posibilidad de realizar un trabajo individual con un estudiante cuando éste lo requiera, siempre está el cuestionamiento propio y de los otros profesionales respecto de los otros siete alumnos que no se ven favorecidos con el apoyo de la especialidad. Por ello, entra a la reflexión el número de horas destinadas a la atención por curso, que corresponde aproximadamente de 90 a 130 minutos, una vez por semana, dependiendo del grupo-curso atendido.

Trabajar en una comunidad tan grande y tan diversa que posee poca variación en el tiempo tiene varias aristas, los lazos que se establecen con algunas personas llegan a ser bastante estrechos, el tiempo de permanencia de los estudiantes es prolongado, corresponde a 10 meses del año, los mismos que uno permanece trabajando por lo que las relaciones de afectos que se crean con los estudiantes y con la comunidad se asemejan a los lazos familiares en donde existe bastante confianza, lo que en ocasiones entorpece el trabajo propiamente tal y en muchas otras lo embellece.

La existencia de un grupo importante de profesionales del área de la salud que trabajan en el mismo ambiente y con la misma población, posibilita una interacción constante respecto de intercambio de información sobre a habilidades y capacidades observadas en los estudiantes, por cada uno de los especialistas. Ahora bien, debido al número de profesionales se hace difícil la congruencia de horarios disponibles para realizar reuniones informativas o para tomar acuerdos en el desempeño profesional con cada uno de los estudiantes a los que se atiende, por lo que, en muchas oportunidades, durante los horarios de almuerzo o recreo de los mismos profesionales se trataban temas de gran relevancia respecto del Desempeño Ocupacional de los estudiantes. Por lo que esta modalidad de trabajo estaba sujeta a disposición e interés por parte del profesional, que muchas veces y válidamente ejercía su derecho a descansar sin resolver problemas de su quehacer profesional.

Considerar al Terapeuta Ocupacional y a cualquier profesional que no posee el título de educador, como un Profesional de Apoyo a la labor pedagógica, inmediatamente sitúa al Terapeuta Ocupacional en un nivel diferente de los otros profesionales Educadores. Lo que puede ser visto como ventaja cuando se entregan soluciones concretas y efectivas al estudiante y su profesor, pero también como desventaja cuando evidencian problemáticas en la participación en actividades del estudiante, que van en directa relación con el quehacer del Educador. Esto determina un ambiente de ambigüedad en la relación profesional y en ocasiones afecta la implementación de las estrategias entregadas por el Terapeuta Ocupacional. Demorando su implementación o puesta en marcha. Se entiende entonces, que va a depender del Educador, que el estudiante pueda participar de las actividades pedagógicas según haya sido la indicación específica del Terapeuta Ocupacional. Por ello, no se debe olvidar que en este ambiente de trabajo somos los Terapeuta Ocupacionales los que debemos convencer desde la teoría y desde la práctica, a los educadores que el uso de distintas estrategias facilita su quehacer profesional y la participación del estudiante en cuestión.

Lo mismo ocurre cuando el Terapeuta Ocupacional comienza a entregar sus análisis respecto a las causales del problema de ejecución en el actuar de un estudiante o de una situación en particular. Inmediatamente se percibe la actitud defensiva en la que se sitúan los educadores, intentando dar justificación a tales problemáticas. Lo que hace que el Terapeuta Ocupacional deba ser muy cuidadoso en dar sus opiniones. Entendiendo y situándonos en el contexto de que corresponde a un análisis entregado por un “Profesional de apoyo”, quien no necesariamente conoce todas las aristas del problema debido a que sólo observa al estudiante en ciertos períodos de rutina escolar.

Respecto del trabajo para y con la familia, hay muchas situaciones sobre las que reflexionar. Si bien siempre existe, en el discurso por lo menos, la intención de establecer una comunicación directa y permanente con la familia del estudiante, no existen instancias concretas en las que esto se propicie. Vale decir, se utiliza la agenda escolar como primer medio de acercamiento con la familia, ya sea para entregar información, comentar situaciones individuales o para dar sugerencias de acción, dejando muchas veces de lado la invitación a la familia para presenciar, en la rutina escolar, por ejemplo, el uso de las ayudas técnicas

que se han confeccionado para su hijo/a, olvidando que estos dispositivos también deben ser usados en casa y en todos los ambientes en donde participe ocupacionalmente el alumno. Muchas veces se deja en manos de la propia familia la demostración de interés por conocer las acciones de su hijo, pero es aquí donde nacen las preguntas ¿conocen los padres lo que sus hijos hacen fuera del hogar? o ¿cuentan los padres con la información suficiente de las capacidades que posee su hijo en otros ambientes de actuación, como el colegio?

Cabe mencionar, que en la medida que todos los involucrados con el estudiante conozcan cómo es su Desempeño Ocupacional en las actividades en que se desenvuelve, mayores posibilidades reales tendrá de ser una persona independiente, autónoma y feliz.

Referencias

Cromosomopatías, Elsevier [en línea], octubre 2012. <http://www.elsevier.es/es/revistas/anales-pediatria-37/trisomia-9p-13066431-notas-clinicas-2004>

DE LAS HERAS DE PABLO, CARMEN GLORIA, Manual curso de “Modelo de Ocupación Humana: Introducción a la Teoría y Práctica”, julio 2012, Chile.

Educación Especial, MINEDUC [en línea], octubre 2012. http://www.educacionespecial.mineduc.cl/index2.php?id_portal=20&id_seccion=2490&id_contenido=11793

WILLARD Y SPACKMAN (2001). Terapia Ocupacional. 8ª edición, Editorial médica panamericana, Madrid, España.

Programas Terapéuticos para Niños y Jóvenes en Situación de Discapacidad con Compromiso Funcional Severo desde el Enfoque de Terapia Ocupacional en el Instituto Teletón, Santiago de Chile.



TO Cynthia Gajardo Aguilera
Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana
Terapeuta Ocupacional y Sub Jefa Unidad de TO del Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón Santiago
Especialización en niños con alteraciones del movimiento de tipo extrapiramidal y compromiso multifidécit.
cgajardo@teleton.cl

La sociedad Pro ayuda al niño lisiado TELETÓN, nace en el año 1947 con el objetivo de rehabilitar a niños y niñas con secuela de poliomielitis, posteriormente a una epidemia vivida en Chile a fines de los años 40, en ese momento solo contaban con una capacidad de atención de 65 pacientes; en la actualidad Teletón está conformado por 11 institutos a lo largo de todo el país, con una cobertura de 24.000 usuarios, de los cuales 3.589 son niños y jóvenes con compromisos funcional severo grave.

Según el libro, *Enfermedades Invalidantes de la Infancia*, publicado por el Instituto de Rehabilitación Teletón en el año 2006, la misión Institucional es “La Re / Habilidadación Integral de niños, niñas y jóvenes en condición de discapacidad, de origen neuro-músculo-esquelético, con énfasis en su autocuidado y autovalencia, de manera de favorecer su inclusión familiar, escolar, social y laboral”. Para lo cual cada instituto cuenta con personal especializado en la atención de niños y jóvenes en situación de discapacidad, entre los cuales se encuentran: terapeutas ocupacionales, médicos fisiatras, kinesiólogos, educadores, fonoaudiólogos, odontólogos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, profesores de arte, música, teatro y educación física.

La edad de los usuarios va desde los 0 hasta los 18 años en patologías congénitas y hasta los 25 años en patologías adquiridas. Para su atención, el Instituto Teletón se ha organizado a nivel nacional con diferentes modalidades de intervención, entre los cuales se encuentran los programas integrales, donde un grupo de usuarios son atendidos por un equipo multidisciplinario y los programas específicos en donde el usuario es atendido por un profesional especialista, quien es responsable de planificar y desarrollar el plan de intervención.

La misión se sustenta en recibir a toda la población de niños y jóvenes en situación de discapacidad motora que lo solicite. Para esto el abordaje considera tanto al usuario directo, como a su familia y la comunidad.

En este marco una parte importante, alrededor del 50% de la población activa que recibe atenciones en Teletón, son niños y jóvenes en situación de discapacidad con compromiso funcional severo y grave, definiendo a este grupo según la escala de evaluación Wee FIM, como todo niño o joven que depende en más de un 75% de la asistencia de otro individuo en las áreas de autocuidado, movilidad y cognición.

Las demandas asistenciales en este grupo son significativas y de orden multidisciplinario, involucrando todas las disciplinas que participan del proceso de rehabilitación, sin embargo gran parte de los objetivos están centrados en la contención, la prevención y el refuerzo de acciones que mejoren la calidad de vida del usuario y su familia y no necesariamente en el mejoramiento de sus condiciones motoras y/o cognitivas.

La evolución en el modelo de atención terapéutica orientada a esta población ha ido cambiando, desde un enfoque centrado en la cobertura y en la discapacidad como eje genérico, a una mirada distinta, centrada en el usuario y su familia o entorno, con foco en la calidad, seguridad y derechos, de la cual se rescatan las fortalezas, oportunidades y potencialidades, generando líneas de trabajo que por un lado, consideren estas habilidades y las refuerce y por otro, que genere las acciones para resolver parcial o totalmente las diferentes demandas que emanan de la condición de discapacidad que presenta el usuario y su familia.

En este contexto, la familia o cuidador y el entorno cultural que acoge a este niño o joven pasa a ser un eje importantísimo en el proceso de rehabilitación, entendiéndose que el usuario depende de éste para todas sus actividades ocupacionales, por lo tanto, y por la sobrecarga que se le atribuye, el cuidado al cuidador es parte central de los objetivos que se plantean.

Con el fin de describir el rol del terapeuta ocupacional como parte del equipo de abordaje de esta población objetivo, enmarcado en el contexto institucional de Teletón, se describen a continuación algunos de los programas multidisciplinarios y programas específicos, dirigidos a niños o jóvenes con compromiso funcional severo, de tal manera de intentar orientar y ser un aporte al desempeño de terapeutas ocupacionales que participen o deseen integrarse a equipos que trabajen con niños o jóvenes con necesidades múltiples.

Abordaje de Niños y Jóvenes con Compromiso Funcional Severo.

El cuidado de un niño o joven que presenta una discapacidad severa, es una condición que en la mayoría de los casos es permanente y requiere de atención las 24 horas del día, lo que produce un desgaste en el cuidador principal y su familia, esto provoca un cambio en los roles, ya que las necesidades personales pasan a ser secundarias frente a las necesidades del niño o joven en situación de discapacidad, lo que conlleva a una merma importante en el área psicoemocional y económica de la familia, ya que ésta es la responsable de satisfacer las necesidades que presenta este individuo, las cuales son innumerables y de alto costo económico. (Manual de cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía del Ministerio de Salud, 2009).

La intervención en este tipo de usuario debe tener una mirada amplia, el enfoque biopsicosocial considera el contexto familiar como esencial y busca comprender las distintas interrelaciones entre los subsistemas de la familia, de tal manera de poder intervenir en la problemática desde esta mirada. Esta forma de abordar el tratamiento nos permite comprender las diferentes situaciones que viven cada individuo y su familia.

También debemos considerar el entorno cultural donde está inmerso este niño/joven y su familia; la comunidad, como ente social, debería cumplir un rol fundamental en esta problemática. Lamentablemente los sistemas de apoyo que ofrece esta área son insuficientes, los servicios son puntuales y no abordan la situación en su globalidad. En los sistemas primarios de salud solo existe el programa de cuidados al cuidador que considera a esta población como objeto de intervención. Existen iniciativas puntuales desde sectores de la comunidad, como asociaciones de padres que requieren ser fortalecidos.

A partir de lo anterior, es de vital importancia que el abordaje de esta población no sólo considere al niño o joven en situación de discapacidad, sino que también, tenga como foco central el trabajo en red y el apoyo al cuidador directo y su familia, educando, capacitando y respondiendo a sus necesidades. Las iniciativas en nuestro país son insuficientes aún no responden efectivamente a las demandas, buscan dar apoyos puntuales en técnicas de autocuidado, las cuales muchas veces son ineficientes ya que son programas que no están centrados en el usuario, por ende su impacto es relativo. A nivel internacional existen programas de apoyo, cuya misión es colaborar activamente en el cuidado de estos niños y jóvenes, dando espacios reales al cuidador directo y su familia, lo que le permite retomar sus roles personales y de esta manera mejora la calidad de vida no solo del niño o joven en situación de discapacidad sino de su familia y entorno cercano (Afifi Adel y Bergman Ronald;2001).

A continuación se describe brevemente las áreas a trabajar, diferenciadas por focos de atención.

Foco 1: El Niño o Joven

Las alteraciones estructurales y funcionales que presenta el niño o joven con compromiso funcional severo, responden a una lesión generalizada en el sistema nervioso central originada por diferentes causas de orden prenatal, perinatal o postnatal; congénitas o adquiridas. La espasticidad, la falta de sinergias y variabilidad de patrones son características frecuentes, favoreciendo posturas atípicas mantenidas en el tiempo, que como consecuencia generan desbalances músculo tendinosos y deformidades estructurales. En el largo plazo estos dificultan la realización de actividades de la vida diaria básicas de parte del cuidador y las posibilidades de participar y ser incluido en actividades dentro del hogar y la comunidad. La falta de exploración y muchas veces un ambiente poco enriquecido favorecen la agudización del compromiso sensorial y cognitivo sumándose a lo anterior y aumentando la sobrecarga del cuidador.

Estas alteraciones se expresan en deficiencias funcionales y de participación. El abordaje es muy variado ya que debe considerar problemáticas que surgen en el manejo cotidiano del niño o joven acotado a su ambiente y contexto tanto físico como social. Las principales dificultades se encuentran en Actividades Básicas de la Vida Diaria, que van desde la alimentación, el vestuario y la higiene, hasta actividades específicas en el ámbito de la rehabilitación, como la realización de pautas de ejercicios motores, la confección de mobiliario, la confección de órtesis y la evaluación y entrega de elementos que faciliten la postura sedente. Todas estas áreas deben ser desarrolladas a través de la capacitación del cuidador directo, ya que como se mencionó anteriormente, un niño o joven con discapacidad severa depende en su totalidad de su cuidador.

Foco 2: El Cuidador Principal

La intervención con el cuidador principal es fundamental, ya que ningún programa dirigido a niños o jóvenes con compromiso severo tendrá frutos si no considera al cuidador principal como eje central del proceso de rehabilitación. El trabajo en este foco presenta dos corrientes básicas, una de ellas es la capacitación en estrategias de manejo con el niño o joven en situación de discapacidad y la otra es abordar las necesidades y problemáticas personales del cuidador directo. Es de vital importancia brindar apoyo en esta área, ya que cualquier intervención requiere de la participación activa del cuidador.

Foco 3: La Comunidad

La intervención realizada en esta área tiene como objetivo establecer canales de comunicación entre la familia y la comunidad. Las redes de apoyo en donde se realiza una mayor intervención son las escuelas de educación especial, consultorios y agrupaciones de padres. Los canales de información más utilizados son la entrega de informes, los contactos telefónicos y las visitas en terreno.

En resumen, los programas que acogen a este tipo de usuarios, consideran las características específicas de éste, como: su etapa de desarrollo, compromiso funcional, la existencia de patologías asociadas, las características de la familia y sus redes de apoyo.

Esquema de focos de atención en el abordaje terapéutico de niños o jóvenes en situación de discapacidad.



Como se mencionó anteriormente estos focos de atención deben estar considerados desde la evaluación, el planteamiento de objetivos y la planificación de actividades.

Programas Integrales Dirigidos a Niños y Jóvenes con Compromiso Funcional Severo

Los programas integrales se refieren a aquellos donde un grupo de niños y o jóvenes de similares características, son evaluados y tratados por un equipo multidisciplinario. Los objetivos de trabajo deben ser discutidos y consensuados con la familia, la cual debe exponer su problemática actual en relación a este integrante en situación de discapacidad, debiendo el equipo canalizar y responder a estas necesidades.

La realización de estos programas se desarrolla al interior del instituto Teletón, en pequeños gimnasios habilitados para ese fin (con colchonetas, balones terapéuticos y materiales de estimulación).

Cuadro Resumen de Programas Integrales, TO Cynthia Gajardo.

Programas	N° de usuarios	Objetivo General	Criterios de Inclusión
Programa de Atención Básico	5	Mejorar las condiciones neuromotoras del niño menor de 3 años, mediante la intervención precoz, fortaleciendo el rol activo de la familia en el proceso de rehabilitación.	Pacientes de 0 a 3 años de edad, con compromiso moderado a severo y sus familias.
Programa Intermedio	7	Mejorar las condiciones neuromotoras y de conexión con su entorno en niños de 3 a 5 años 11 meses, capacitando a su cuidador directo en el manejo del niño y estableciendo nexos con la comunidad.	Pacientes de 3 a 5 años 11 meses de edad con compromiso severo y grave y sus familias.
Programa Multidéficit	8	Prevenir el desgaste físico, emocional y social del cuidador principal del niño con compromiso funcional severo o grave, capacitando sobre técnicas que facilitan el manejo del niño o joven con discapacidad, información y nexos con redes comunitarias de apoyo y técnicas básicas de autocuidado.	Pacientes 6 a 17 años 11 meses de edad con compromiso severo y grave y sus familias

Actividades Realizadas en Programas Integrales, TO Cynthia Gajardo.



En este esquema, se muestra la secuencia de actividades en orden de priorización, estas actividades son sugeridas durante la realización de un programa integral pero es importante considerar las características individuales y las necesidades de cada usuario. Es relevante que cualquier intervención considere en forma obligatoria una evaluación inicial, un desarrollo y una evaluación final. En la entrevista de ingreso se recogen las necesidades y expectativas de la familia, al finalizar el programa se revisa conjuntamente con la familia si estas necesidades fueron cubiertas, los aspectos de rutinas son revisadas en una área de la evaluación al igual que las condiciones psicomotoras del niño/ joven, se establecen objetivos, los cuales son chequeados al finalizar el programa. Los resultados se miden principalmente por la satisfacción de expectativas, por cambio en la rutina, y por cambios puntuales en el niño o joven con discapacidad con una evaluación final y una entrevista con los padres.

Programas Específicos de Terapia Ocupacional Dirigidos a Niños y Jóvenes con Compromisos Funcional Severo Grave

Los programas específicos, se refieren a aquellos en donde el responsable del desarrollo de las sesiones es un profesional específico. En este caso un Terapeuta Ocupacional es quien planifica y desarrolla los lineamientos de trabajo del niño o joven y su familia. De acuerdo a los objetivos a trabajar, esta atención puede ser en forma individual o grupal.

Los programas individuales se orientan a la solución de alguna problemática específica como mejorar la postura sedente en el niño o joven, la confección de órtesis posicionadoras, la evaluación de la silla de rueda u otros elementos de sedestación.

Cuadro Resumen de Programas Específicos de Terapia Ocupacional, TO Cynthia Gajardo.

Programas	Nº de usuarios	Objetivo General	Criterios de inclusión
Específico Individual de Estimulación Sensorial	1	Mejorar la conexión con el entorno del niño a través de la estimulación sensorial.	Pacientes con compromiso severo y grave (multidéfcit).
Específico Grupal de Estimulación Sensorial	3	Mejorar la conexión con el entorno y facilitar la socialización.	Pacientes de 2 a 6años años 11 meses de edad con compromiso severo y grave (multidéfcit).
Específico Individual de Sedestación	1	Mejorar la postura sedente del niño o joven.	Pacientes con compromiso severo y grave (multidéfcit).

Rol del Terapeuta Ocupacional en el Manejo de Niños y Jóvenes con Compromiso Funcional Severo.

El Terapeuta Ocupacional considera dentro de sus objetivos, promover rutinas saludables al interior de la familia, estableciendo que las tareas específicas de rehabilitación deben ser incorporadas dentro de las actividades cotidianas, esto quiere decir que se deben adecuar las actividades de manera que estas contribuyan al proceso de rehabilitación. Un ejemplo de actividad inadecuada en la rutina diaria es que un gran número de los niños y jóvenes de estas características son alimentados en brazo de su madre, o acostados en cama, lo cual implica un riesgo de aspiración del alimento, dificulta una adecuada postura tanto para el niño o joven en situación de discapacidad como para quién lo asiste y a su vez limita las posibilidades realizar una técnica adecuada de alimentación.

Otro objetivo fundamental es mejorar las condiciones osteo-musculo-esqueléticas del niño o joven en situación de discapacidad, para lo cual se utilizan órtesis y/o mobiliario adaptado que mejore la postura y facilite el manejo de éstas por parte de la familia.

La conexión con el entorno físico y social es otro aspecto prioritario a trabajar, para esto se utilizan diversas estrategias sensoriales que favorezcan este propósito. Los objetivos son variados y abordan diferentes dimensiones de la vida del individuo. Las actividades a desarrollar deben ser variadas y motivantes para el usuario y su familia.

Actividades Realizadas por el Terapeuta Ocupacional en Niños o Jóvenes con Compromiso Funcional Severo.

1. Evaluación:

Denominado en la disciplina *Proceso de Evaluación*, ya que ésta es una acción continua que debe ser desarrollada a cada momento de la intervención con el usuario, permite recopilar y organizar datos, establecer objetivos para guiar la práctica y realizar modificaciones, de manera que sea un proceso dinámico, en donde el usuario juega un rol fundamental (ALVAREZ, Alejandra, et al, 2003).

Existen distintos tipos de evaluación, que deben ser utilizados en forma complementaria. El cruce de información nos permite definir un perfil de la problemática principal del usuario y su familia. Al diseñar un plan de atención, se deben considerar las expectativas y necesidades de los usuarios, para orientar la intervención hacia un resultado satisfactorio y de calidad (AYRES, Jean, 2006).

La evaluación se debe realizar en base a entrevista directa con el cuidador principal y una evaluación clínica del niño o joven con discapacidad. Complementariamente, se sugiere una pauta de evaluación que considera aspectos del usuario y su familia (anexo1).

2. Talleres Educativos para Cuidadores:

Para efectos de este capítulo, se define como taller a una actividad educativa teórico práctica, donde un Terapeuta Ocupacional explica en forma sencilla a un grupo de cuidadores, el porqué y el cómo de la realización de ciertas actividades que se deben reproducir en el hogar, se da énfasis a que todo el grupo familiar debe manejar esta información por lo tanto se apoya con material escrito que se entrega al finalizar la sesión.

- **Taller de Estimulación Sensorial:**

Se explica la importancia de los sentidos, entendidos como la información periférica o aferencial que brinda información ambiental y cómo la estimulación de éstos afecta las respuestas del niño o joven con discapacidad hacia el ambiente.

Luego se realiza una actividad vivencial donde los participantes con los ojos cerrados deben experimentar distintos estímulos, por ejemplo, pintar con las manos, reconocer olores, sabores, etc.

Finalmente se realiza una ronda de cierre donde se conversa de las sensaciones y emociones que experimentan y de cómo esto afecta la relación con el medio ambiente.



Grupo de Padres en Taller Vivenciado una experiencia de estimulación sensorial.

Fotografía : TO Cynthia Gajardo.

- Taller de Manejo Postural:

Se explica cómo una postura mantenida o inadecuada puede producir deformaciones articulares y acortamientos musculares, lesiones en la piel y cómo esto puede limitar en cuanto a las posibilidades de interacción con el entorno.

Se realiza una demostración de las diferentes posturas y la frecuencia en que deben ser movilizadas. Cada cuidador debe reproducirlo en su niño o joven en situación de discapacidad y se entregan sugerencias de cómo reproducir estas posturas con los elementos accesibles en el hogar, como frazadas, toallas y almohadas.

Finaliza la actividad con una ronda de preguntas, donde se comenta experiencias y se sacan conclusiones en forma conjunta.



Joven posicionado en prono utilizando una almohada bajo el pecho, lo que facilita la elevación de la cabeza y una frazada bajo los pies para evitar la posición en equino



Cuidadora vivenciando en la alimentación en posición acostada. Fotografía : TO Cynthia Gajardo.

3. Confección de Órtesis:

Se evalúa el grado de espasticidad, las posturas mantenidas y la capacidad funcional del usuario. Con estos datos se define la órtesis a realizar. Las más indicadas en esta población son, palmeta de reposo (permite mantener rangos articulares en la muñeca) y la codera (que puede ser indicada para elongar la musculatura flexora de codo o para evitar la autoestimulación).



Esta foto muestra la instalación de una órtesis confeccionada en material termoplástico, llamada codera para evitar la autoestimulación.

Fotografía : TO Cynthia Gajardo.

4. Evaluación e Indicación de Silla:

Lo primero es evaluar el grado de control motor; el tipo de silla de ruedas será definido por el grado de control motor que el usuario presente. En este grupo, la silla neurológica es la más frecuentemente indicada, pues posee soporte alto en la espalda, apoyo cervical y de cabeza.

También se debe considerar el grado de deformaciones osteoarticulares que el usuario presenta, ya que esto determinará si requiere adicionar elementos que limiten su progresión éstas. Cuando las deformaciones son extremas, muchas veces se debe priorizar el confort del paciente por sobre las mejoras a nivel postural, también se debe considerar el lugar donde vive (accesibilidad, espacio interior de la vivienda), al igual que el medio de transporte que utiliza.



Joven en posición sedente con asiento adaptado en dos distintos grados de inclinación.

Fotografías: TO Cynthia Gajardo.

5. Trabajo Sensorial Directo en el Niño o Joven con Compromiso Funcional Severo:

La intervención en esta área, busca entregar sensaciones a través de la activación de las vías sensoriales aferentes, de manera de poder generar una respuesta hacia el ambiente. Es importante entregar distintos tipos de estímulos, como la presión superficial y profunda, la vibración, la audición, el olfato, el gusto y el movimiento. Esto se hace aislando un estímulo de otro, de manera de poder activar distintas vías sensoriales. Además permite observar las respuestas frente a cada uno de los estímulos y entrega datos importantes del paso de información desde y hacia el cerebro.



Niña utilizando témpera para estimular el usos de manos.



Niña trabajando estimulación a través del movimiento en prono sobre un balón.

Fotografías : TO Cynthia Gajardo.

6. Manejo Postural con el Niño o Joven con Compromiso Funcional Severo:

Las posturas mantenidas por más de 40 minutos continuados ocasionan problemas secundarios, por tanto es fundamental incorporar esta área al plan de atención. Se trabajan cuatro posturas básicas; *prono*, *lateral*, *supino* y *sedente*. Para esto se utilizan distintos implementos que aseguren una correcta alineación tanto en columna como en extremidades. Muchas veces estos usuarios presentan acortamientos musculares y deformaciones articulares lo que limita las posibilidades de una correcta alineación.



Niño en prono sobre cojín tipo cuña (implementación especializada para este fin). Fotografías : TO Cynthia Gajardo.

7. Trabajo con las Redes.

La intervención realizada por el Terapeuta Ocupacional en esta área, debe contemplar la visita a escuelas o centros comunitarios, prestando asesoría y apoyo en el manejo básico de estos niños o jóvenes con discapacidad.



TO de Teletón en visita a escuela.



TO evaluando el mobiliario que utiliza usuaria en la escuela.

Fotografías : TO Cynthia Gajardo.

Reflexión Final

La empatía es la base para poder realizar un trabajo de calidad en nuestros usuarios, el intentar comprender la problemática que significa el tener un hijo con una discapacidad severa, y cómo el contexto familiar y social, puede facilitar o dificultar la integración de esta persona a la sociedad. Si bien se ha avanzado, aún nos falta mucho por recorrer, hemos pasado de una mirada de desprecio, a una de negación para actualmente tener una mirada compasiva, ¿es finalmente esta visión la que estas personas y sus familia se merecen?

A juicio de esta autora, nuestra responsabilidad social debe partir con la real convicción que son individuos iguales a nosotros, con iguales derechos. Debemos comprender que la problemática que conlleva esta situación, es una responsabilidad conjunta y que todos podemos colaborar, no sólo desde el aspecto monetario, sino más bien respetando sus diferencias, compartiendo espacios y de esta manera favoreciendo su real integración a la sociedad.

Quisiera transmitir especialmente a los estudiantes y futuros colegas, que en nuestro desempeño profesional, nuestro rol principal es escuchar y respetar las necesidades del otro y que nuestra responsabilidad es apoyar y acompañar con una visión amplia y un aporte técnico en la problemática de nuestros usuarios, con la capacidad de mirar la situación desde fuera pero a su vez desde dentro.

ANEXO 1

Pauta de evaluación para niños o jóvenes con multidéficit y su familia.

Antecedentes Generales

Nombre: _____

Edad: _____

Diagnostico: _____

Nombre y parentesco del cuidador principal: _____

Quien compone el grupo familiar: _____

Genograma

Antecedentes Escolares

Si asiste o no a escuela: _____

Infraestructura del colegio: _____

Posturas frecuentes en la escuela: _____

Equipo de trabajo de la escuela: _____

Teléfono o mail de contacto: _____

Rutina en el hogar

Posturas habituales y tiempos en cada una de ellas: _____

Actividades que realiza durante el día: _____

Organización Familiar

Cómo los integrantes de la familia participan en las actividades de cuidado del niño o joven con discapacidad: _____

Estado emocional y físico del cuidador principal: _____

Aspectos sensoriales

Visión /audición: _____

Conexión con el entorno

Existe sonrisa social: _____

Reconoce a personas cercanas: _____

Como se comporta en ambientes con muchas personas y/o con ruidos: _____

Juego

Toma juguetes: _____

Presenta intención lúdica: _____

Conducta

niño generalmente pasivo

si no

niño generalmente disruptivo, agresivo y/o irritable

si no

niño generalmente tranquilo y se adapta a las distintas situaciones

si no

Actividades de la vida diaria

Vía por la cual se alimenta: _____

Consistencia de su comida: _____

Posición y lugar donde se alimenta: _____

Cómo lo baña: _____

Cómo lo viste: _____

Mobiliario y órtesis

Requiere mobiliario adaptado: _____ ¿Cuál? _____

Requiere órtesis: _____ ¿Cuál? _____

Requiere silla de ruedas: _____ ¿Cuál? _____

Problema principal en el cuidado del niño o joven con discapacidad y su familia: _____

Expectativas: _____

Objetivos: _____

Nombre del Terapeuta Ocupacional

Fecha de evaluación

Referencias

- AFIFI Adel y BERGMAN Ronald. (2001). *Neuroanatomía Funcional Texto y Atlas* (2ª edición), Ed. Internamericana. ISBN 9789701022481. México.
- ALVAREZ Alejandra. et. Al. (2003), III Congreso Internacional ORITEL, *Guía metodológica de ayudas y adaptaciones, Unidad de Terapia Ocupacional*, Santiago, Chile. (Agosto, 2003)
- AYRES Jean. (2006). *La integración sensorial y el niño*. Ed. Mad. ISBN 9788466546232. España
- BLANCO Antonieta. et. al. (2006). *Enfermedades Invalidantes de la Infancia*. (2º edición), Instituto de Rehabilitación Teletón Santiago, Chile. ISBN 978-956-7484-03-4.

Bibliografía

- HOPKINS, Helen y SMITH Helen .En su: Evaluación y tratamiento en Terapia Ocupacional. España, Panamericana, 1998. 170-172.
- Instituto Nacional de estadística: Encuesta sobre discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. Metodología Madrid. Spain; 2010 (<http://www.ine.es/metodologia/t15/t1530418.pdf>) Access date: 2 May 2010.
- LEONARDI, M. "Encuesta de población 4.A en Italia sobre la base de la clasificación CIF". *Scientific World Journal*, (PubMed-indexado para MEDLINE).Febrero 2012.
- MAIERHOFER Sarah. *Prevalence and features of ICF-disability in Spain as captured by the 2008 National Disability Survey*. *Public Health* 2011, 11:897.
- McCONKEY, Roy. Critical features of short break and community support services to families and disabled young people whose behavior is severely challenging. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(4): 252-268, Noviembre 2011.
- MULLIGAN Shelley. (2006). *Terapia Ocupacional en Pediatría, Proceso de Evaluación*. (1º edición), Panamericana. ISBN 9788479039813. Madrid, España.

El Juego como Recurso Terapéutico

*Jugar tiene un lugar y un tiempo... no se encuentra "adentro"...
tampoco está "afuera"... Jugar es "hacer"...
Es bueno recordar siempre que el juego
por sí mismo es una terapia...
En él, y tan solo en él, el niño o el adulto
están en libertad de ser creadores...*

D.W. Winnicott



Marcos Chiang Arias

Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana, Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile.
Máster en Integración de Personas con Discapacidad, Universidad de Salamanca, España.
Docente de la Universidad Mayor.
Ex-Jefe de la Unidad de Terapia Ocupacional en el Instituto de Rehabilitación Infantil TELETON Santiago.
Instructor de Terapia Ocupacional en Técnica de Neurodesarrollo Concepto Bobath, especialista en el área de Juego e Integración Sensorial.
Socio fundador del Centro de Rehabilitación "ALTHEA, Crecimiento y Desarrollo Integral", Santiago de Chile.
chiangto@gmail.com

En varias oportunidades escuchamos a los terapeutas ocupacionales expresar "jugar es la principal ocupación de los niños". Para el presente artículo se realizará una revisión teórico - práctica de 18 años de experiencia en el área de pediatría, en el Instituto de Rehabilitación Infantil TELETON, y en el centro privado ALTHEA, Crecimiento y Desarrollo Integral, en Santiago de Chile.

Comencemos señalando que no hay verdades absolutas en torno al juego, va a depender desde el prisma que observemos poder definir y clasificar la innumerable cantidad de definiciones, teorías y autores que abordan el tema. "Ninguna disciplina es dueña del juego", es aplicado y estudiado por psicólogos, sociólogos, antropólogos, profesionales de la educación, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales. Todos utilizan el juego desde sus perspectivas y de las necesidades que requieran desarrollar cada uno.

El artículo abordará los siguientes temas:

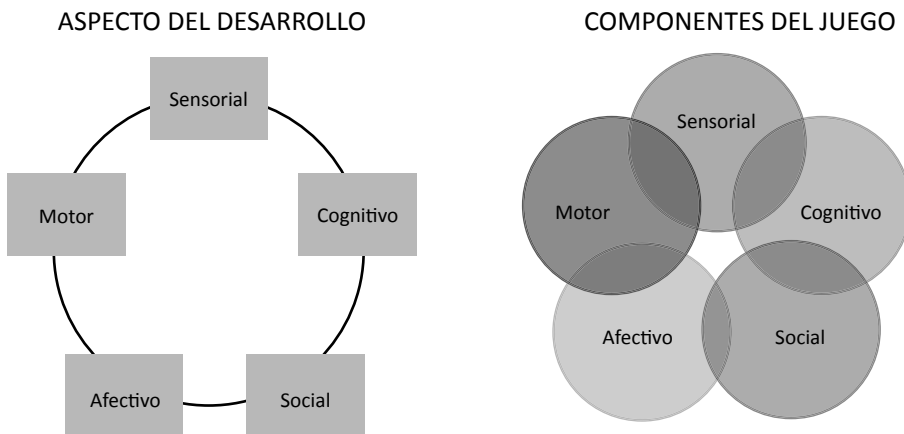
1. Concepto de Juego, teorías y desarrollo.
2. Juego y su relación con Terapia Ocupacional.
3. Importancia del Juego en los procesos de rehabilitación.
4. Características de las dificultades más comunes en niños con discapacidad neuromotora y su abordaje de terapia ocupacional desde la experiencia de juego.

1. Concepto de Juego, Teorías y Desarrollo.

Existen innumerables definiciones de juego, como bien es sabido, existen teorías clásicas de juego y teorías más modernas. Fue John Huizinga en el año 1938, en su obra *Homo Ludens*, quien define juego “*como una acción o actividad voluntaria, realizada en ciertos límites fijos de tiempo y lugar, según una regla libremente consentida pero absolutamente imperiosa, provista de un fin en sí, acompañada de una sensación de tensión y de júbilo, y de la conciencia de ser de otro modo que en la vida real*”. (Cañeque, H. 1998), Brian Sutton-Smith (1997) definió juego como *una nueva adaptación similar a la lucha evolutiva de la supervivencia*. Burghart (2005) sugirió una definición que abarca el juego humano y el juego animal; *el juego es repetitivo, comportamiento incompletamente funcional que se diferencia de versiones estructuralmente más serias, contextualmente u ontogenéticamente y es iniciado voluntariamente cuando el animal está en un ambiente relajado o de bajo estrés*. Miller (2010) sugiere una definición que integra diversas conceptualizaciones, “*juego es cualquier actividad libremente involucrada que es divertida o disfrutable y que está apropiadamente combinada con las habilidades de cada quien para representar un desafío alcanzable*”.

Observemos en paralelo lo que señalan algunos autores acerca de los elementos del desarrollo del juego:

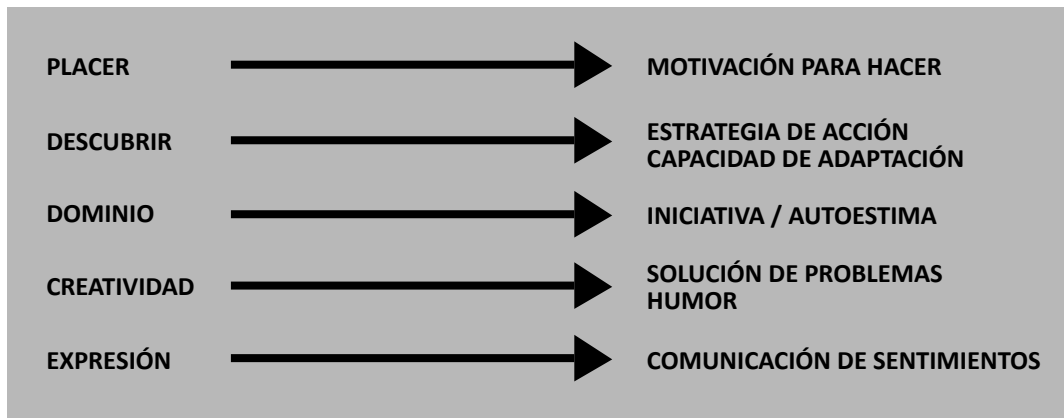
Figura Nº 1, TO Marcos Chiang.



Podemos observar que los mismos elementos configuran los dos cuadros, por lo tanto, el juego en el niño favorece todos los aspectos del desarrollo, ya que es un elemento transversal que utiliza diversas funciones.

Ferland (2006) señala las siguientes funciones y efectos del juego sobre el niño:

Figura N° 2, Ferland. 2006



No podemos olvidar la importancia de las teorías de Piaget, Vigotsky, y Erikson y que son base, sobretudo, para el análisis desde un punto de vista cognitivo y desarrollo de la personalidad.

A continuación se presenta una tabla que representa de diferentes formas el desarrollo del juego en niños en diferentes etapas, desde los primeros meses en que el bebé explora el medio ambiente, pasando por las primeras experiencias de desplazamiento como el gateo para acceder a otros espacios. El niño desarrolla un juego constructivo en la primera infancia, luego una etapa más representada por juegos con reglas y juegos de representación, y finalmente, en la adolescencia, se desenvuelve en áreas más recreativas o de intereses personales.

Tabla N° 1, Miller – Kuhaneck H., Spitzer S., Miller E. 2010

Etapa	Juego con objetos	Juego Motor	Juego Simulado	Juego Social
Bebés	Mayormente utiliza un solo objeto, aunque comienza a combinar objetos al final del primer año. Usa objetos de formas sensorio-motoras	Acciones reflexivas o al azar son proclives a ser repetidas a medida que el bebé va creciendo y tiene más control motor. El juego motor temprano incluye manipular, golpear, tirar.	Comienza aparecer al año de edad.	Se desarrollan la atención visual y la focalización. El bebé está inicialmente más interesado en los objetos que en sus pares, pero el interés por ellos va aumentando al final del año.

Etapa	Juego con objetos	Juego Motor	Juego Simulado	Juego Social
Niños que gatean	Combina objetos y los usa apropiadamente. Ocurre ensayo y error y la invención.	Explora a mayores distancias y aprende a caminar, correr, trepar y saltar.	Comienza la simulación simple (decir adiós con la mano, simular hablar por teléfono); la mayor parte de las simulaciones es acerca de él mismo y a menudo la simulación es imitativa.	Se señala socialmente, como también lo hace el interés por sus pares. Los niños tienen amigos y las amistades son generadas por la imitación. El juego es de espectador, al año se vuelve paralelo y a los 3 años asociativo.
Años pre escolares	Usa una variedad de objetos y disfruta combinarlos. El juego constructivo es algo común.	Realiza juegos de ejercicios y los practica. Actividades motoras gruesas intensas y desafíos físicos son a menudo buscados posteriormente.	Combinan escenas con narrativas simples. El juego simulado se extiende a objetos y a otros; la simulación se vuelve más inventiva, creativa y apoyada por el lenguaje. Alrededor de los 5 años, puede crear escenas complejas, también comienza usar el lenguaje para informar a otros de situaciones de juego.	Tiene amigos definidos y disfruta jugar con otros. Comienza el juego asociativo y se mueve al juego cooperativo antes de entrar al kinder.
Mitad de la infancia	Construye creaciones elaboradas con una variedad de materiales. Puede comenzar con actividades de ocio.	Se compromete en el juego brusco, de caídas y juego con reglas.	El juego de simulación simple disminuye, se compromete con juegos de fantasía complejos y puede comenzar a jugar juegos específicos con elementos simulados, por ejemplo dragones.	Busca compañía para jugar y procesa actividades de juego más complejas con otros.
Adolescencia	Puede continuar con artes, hobbies, actividades de ocio y tiempo libre.	Mayor participación en recreación y deportes.	Compromiso con el teatro, juegos de fantasía y videojuegos con realidades virtuales en línea.	Desarrollo en el trabajo, en equipo y cooperación. Comienza a salir con amigos.

2. Juego y su Relación con la Terapia Ocupacional

Debemos considerar que la historia de la Terapia Ocupacional parte principalmente de los hechos ocurridos en Estados Unidos, desde el Tratamiento Moral (iniciado en Francia), pasando por el Movimiento de Artes y Oficios y en 1917 la fundación de la National Society for the Promotion of Occupational Therapy, en la que Adolph Meyer es uno de sus fundadores. Meyer en 1922 señala un conjunto de cuatro ritmos importantes en la organización humana: Trabajo – Juego – Descanso y Sueño. Como podemos ver, en los inicios de la profesión, ya se consideraba el juego como un elemento influyente en el comportamiento humano. Los pioneros de la Terapia Ocupacional opinaban acerca del espíritu del juego, que era esencial para llevar una vida que valiese la pena. En los años 1930, con la crisis económica de los Estados Unidos, en los hospitales psiquiátricos, los pacientes se separaban en dos grupos, los que podían realizar actividades productivas para autosustentar su internación o los que solo podían incluirse en actividades recreativas. En los años 40, con los avances tecnológicos, incrementan y aparecen técnicas específicas (Bobath, Rood, Ayres), explicando con bases desde el neurodesarrollo, las dificultades sensorio motoras del ser humano, por lo cual, la profesión toma un carácter más científico, donde el juego pasa a un segundo plano y se le da menor importancia. Fue a fines de los años 60 y principios de los 70, cuando Mary Reilly retoma el tema de juego y le otorga la importancia dentro de la Terapia Ocupacional. En 1974 publica el libro *Play as Exploratory Learning*, donde construye un marco conceptual llamado “Comportamiento Ocupacional” en el que unió el juego con el desarrollo continuo del ser humano.

En la actualidad, se ha dado importancia al juego vinculado a la ocupación, Brian Sutton Smith describe tres retóricas modernas acerca del juego: Juego y Proceso, Juego e Imaginación y Juego y Uno Mismo. Analizando estos tres elementos, desde la Terapia Ocupacional el juego se relaciona en mayor grado con el Juego y Proceso, que explica que el juego es un medio para desarrollar habilidades, y con el Juego y Uno Mismo, como forma de expresión y constructor de su propio yo. Sugiero al lector, analizar teorías elaboradas por terapeutas ocupacionales como Susan Knox, con una escala de juego para pre-escolares (1974, revisada en 1997), Anita Bundy con la escala Playfulness, Karen Stagnitti con The Child – initiated Pretended Play Assessment, y Francine Ferland con el Modelo Lúdico, entre otros.

Sin lugar a dudas, fue Jean Ayres con la teoría de Integración Sensorial (IS), quien relevó al juego, como contexto o encuadre del tratamiento de IS, donde al niño se le otorgan experiencias sensoriales graduadas, para la obtención de respuestas adaptativas.

3. Importancia del Juego en los Procesos de Rehabilitación.

En una conferencia realizada por Erna Imperatore Blanche, PhD, OTR, FAOTA, en el Congreso Oritel 2006 (Organización Internacional de Teletones), acerca del juego en rehabilitación, podemos rescatar importantes elementos que ordenan el entendimiento de la importancia del juego y de los factores que influyen en el uso de este como medio de intervención.

El juego en terapia ocupacional debe contemplar cuatro elementos primordiales: placer, motivación intrínseca, sensación de control y aprendizaje, ya que con este último aseguramos evolución y progreso en nuestros procesos terapéuticos. Sin embargo, debemos recordar que en todo proceso de rehabilitación tanto en niños como en adultos, el juego disminuye el stress, aumenta el bienestar, aumenta el sentido de eficacia y aporta en el desarrollo social y cognitivo.

Podemos utilizar el juego en nuestras terapias como medio de observación, a través de test específicos u observación clínica para describir diferentes requerimientos que el niño expresa, también como premio, ya que, en el desarrollo de la sesión de tratamiento, existen exigencias que en algunas oportunidades no son agradables a los niños, pero necesarias de realizar (por ejemplo confección de órtesis), como forma de desarrollar habilidades, donde el proceso terapéutico se basa en el razonamiento clínico definido por el terapeuta de acuerdo a los objetivos que desea trabajar y como término de una sesión, para que el niño finalice motivado y con mayores posibilidades de adhesión al tratamiento. Para ello es importante, conocer el marco de referencia con que trabaja el terapeuta ocupacional, es diferente si es más biomecánico, o de Integración Sensorial, conocer el marco de referencia de la institución, puede que ésta, su foco, no esté relacionado con la importancia del juego en el niño, si no en la solución inmediata de sus deficiencias y finalmente es necesario identificar los valores que la familia tiene en relación con el juego y vinculados a la discapacidad, ya que los avances de la rehabilitación de un niño, dependen en gran medida, del acompañamiento y apoyo de la familia. Por tales motivos, el terapeuta ocupacional, debe reunir una serie de características, como: debe ser capaz de crear situaciones de juego, tener un estilo de juego, que se refleje en sus expresiones corporales, lenguaje y gestuales, debe saber como jugar y aprovechar las situaciones espontaneas que ocurran en la sesión junto al niño. Sin lugar a dudas, las características señaladas en este punto, pueden estar presentes no sólo en los terapeutas ocupacionales, sino también por otros profesionales que son parte del equipo de trabajo en niños con diversas dificultades.

Es necesario, al trabajar con niños con discapacidad, integrar el juego en todos nuestros programas de tratamiento, porque el niño logra conectarse con las actividades lúdicas y motivarse a realizar experiencias que pueden no ser placenteras en relación con el manejo, independientemente del marco o modelo a utilizar, es posible generar y crear situaciones que motiven y desarrollen en el niño aprendizajes para su rehabilitación.



El Terapeuta favorece patrones de movimiento y posturales realizando actividades lúdicas. Por ejemplo en la foto se facilita el plano transversal en tronco, mientras el niño juega sobre una superficie, tomando objetos con sus manos. Fotografía: Marcos Chiang. Con consentimiento informado.

4. Características de las Dificultades Comunes en Niños con Discapacidad Neuromotora y su Abordaje en Terapia Ocupacional desde la Experiencia de juego.

El tratamiento de niños con discapacidad motora utiliza una serie de estrategias que han sido aportadas desde diversos modelos, principalmente Neurodesarrollo, Bobath, Integración Sensorial, Rood, y que siguen siendo conceptos cambiantes entorno a los descubrimientos en la neurociencias, como el tema de plasticidad neuronal. Otras metodologías utilizadas son las ayudas técnicas y tecnología asistiva.

En la actualidad podemos encontrar un mayor número de propuestas de trabajo de acuerdo a la aparición de nuevos recursos audiovisuales (consolas) o de inmersión virtual, que favorecen en el niño la motivación y el uso de elementos de atención, concentración, motricidad gruesa, coordinación, como Wii[®], Play Station[®], AIREX[®], entre otros. Estos juegos son utilizados tanto a nivel terapéutico como en los hogares para la diversión familiar, algunos son de mayor accesibilidad tanto en el uso como económicamente, permitiendo que los terapeutas propongan objetivos de tratamiento utilizando estos recursos.

Los niños con disfunciones sensorio-motoras, muchas veces, están en gran desventaja de expresarse y aprender cuando juegan. El desfase sensorio-motor restringe las cantidades y calidades de interacciones consigo y con el medio ambiente. La falta de experiencias sensorio-motoras y la dominancia de funciones sensorio-motoras atípicas pueden tener varios efectos en los niños. Niños con alta motivación, pueden aumentar sus esfuerzos para conseguir jugar. Esos esfuerzos pueden reforzar comportamientos sensorio-motores atípicos y acentuar la potencialidad para posturas y movimientos anormales. Algunos niños responden a la falta de experiencias gratificantes a través de la frustración, irritabilidad y rabia, o con resignación y pasividad.

La elección de actividades para que un niño con alteración sensorio –motora pueda beneficiarse, requiere de un conocimiento del desarrollo de actividades lúdicas normales y también un conocimiento de sus habilidades y limitaciones incluidas, motor, perceptivo, emocionales y cognitivas.



El balón ofrece una diversidad de posibilidades para estimular movimientos y posturas gracias a su superficie móvil, y en donde se pueden crear una diversidad de juegos de imaginación para motivar al niño.
Fotografía: Marcos Chiang. Con consentimiento informado.

4.1 Abordaje de Terapia Ocupacional

En el área de patologías neuromotoras podemos encontrar principalmente Parálisis Cerebral, Espina Bífida, Enfermedades Neuromusculares, Síndromes Genéticos, entre otros. Para no repetir y extender los contenidos específicos de cada una de ellas, a continuación revisaremos las características principales, objetivos de Terapia Ocupacional, posturas más adecuadas y algunos juegos en la siguiente clasificación de alteraciones del tono:

HIPERTONÍAS: sus principales características son el aumento del tono muscular, espasticidad o rigidez; alteraciones visuales; deficiencias sensoriales y alteraciones perceptivas.

Objetivos de T.O.:

- Regular el tono muscular.
- Mejorar coordinación visomotora.
- Facilitar manipulación bimanual.
- Desarrollar esquema corporal.
- Aumentar relaciones espaciales.
- Maximizar actividades de la vida diaria.
- Prevenir deformidades.

Posturas y Actividades:

- Sentado frente a una mesa: pies apoyados en suelo o banca, mesa alta para aumentar el rango articular de flexión de hombro y disminuir tono muscular. Actividades bimanuales, principalmente desde la línea media a distal.
- Sentado en el suelo, no en región glútea para evitar retroversión pélvica.
- De pie: Piernas abducidas y manteniendo una situación segura, debido a la inestabilidad y falta de equilibrio que puede aparecer.

Actividades:

- Juguetes firmes, gruesos, de fácil manejo y encajes, que permitan la apertura de la mano en distintos grados.
- Desensibilización de las manos con diferentes texturas.
- Fijar hojas a la mesa y engrosar lápiz, para poder controlar mejor el lápiz sin necesidad de atender la hoja.

Juegos:

- Posturas intermedias y dinámicas que incluyan movimiento, es decir, pasar de posturas estables a otras con patrones normales.
- Juegos gruesos de fácil manejo que propicien amplitud de movimientos, estimulación sensorial y prono-supinación.

ATETOSIS: existen varias clasificaciones de Atetosis, pero dentro de sus características comunes encontramos tono postural anormal, fluctuación del tono de hipotono a hipertono, movimientos involuntarios, dificultades en el control postural, inestabilidad de tronco, movimientos incoordinados, pobre graduación del movimiento en relación con la intensidad y la velocidad, asimetría corporal, alteraciones visuales, déficit de concentración y algunos casos presentan inestabilidad emocional, ya que, no presentan déficit cognitivo.

Objetivos de T.O.:

- Ayudar a mantener tono muscular regulado.
- Aumentar simetría.
- Lograr control de cabeza.
- Mejorar uso de miembros superiores.
- Desarrollar esquema corporal.
- Maximizar actividades de la vida diaria.
- Facilitar equilibrio.
- Mejorar coordinación visomotora.
- Facilitar coordinación bimanual.
- Aumentar atención y concentración.

Posturas:

- Sentado frente a una mesa baja, que facilite el alcance de objetos.
- De pie, buscar simetría y estabilidad corporal.

Actividades:

- Actividades de la vida diaria:
 - ✓ Vestuario: favorecer posición verticalizada, ya que son niños a los que generalmente visten y desvisten en decúbito.
 - ✓ Higiene: simetría corporal, adaptar la altura de la taza de W.C., antideslizante en bañera, organizar el material para facilitar accesos.
 - ✓ Alimentación: plato con succión, adaptar tazas y copas con asas.

Juegos:

- Juguetes de uso bimanual y simétricos.
- Juegos y juguetes sensoriales, graduados de severo a leves.
- Encajes uni y bi manuales de moderado a leves.
- Ejemplo: jugar bowling.

HIPOTONIA: la hipotonía es una característica del tono que se presenta en varias patologías. En general, en los niños que presentan síndromes hipotónicos se puede observar tono postural bajo, dificultad de movimiento activo, insuficiente co-contracción muscular, pobre estabilización proximal de cintura escapular, alineamiento tardío en el desarrollo psicomotor, gran amplitud articular, no carga ni descarga peso en Miembros Superiores, no usa Miembros Superiores en contra gravedad, alerta reducida, pasividad, pueden presentar retraso cognitivo y dificultad en actividades motoras finas.

Objetivos en T.O.

- Aumentar tono muscular.
- Mejorar simetría postural.
- Lograr control de cabeza.
- Mejorar uso de miembros superiores.
- Desarrollar esquema corporal.
- Aumentar fuerza muscular.
- Maximizar actividades de la vida diaria.
- Mejorar percepción visual.
- Aumentar atención y concentración.

Posturas:

- En posición sentado: utilizar respaldo para dar información sensorial y mantener tronco erguido, evitar abducción de caderas y puede ser sobre pelota terapéutica, para otorgar estimulación vestibular que favorece la extensión.
- Cambios de posturas: usar posturas intermedias y dinámicas para aumentar tono y nivel de alerta.

Actividades:

- Sensoriales: rasgar papeles, utilización de prehensiones finas y aplicación de elementos con resistencia para mejorar fuerza muscular.
- Estimulación vestibular para favorecer la extensión.
- Concentración y atención.
- Actividades de la vida diaria, principalmente en adaptaciones y modificaciones del ambiente, por ejemplo mobiliario especial como sillas con respaldo alto y uso de cojines.

ATAXIA: el daño cerebeloso produce principalmente movimientos incoordinados y desajustados, temblor distal, fallas perceptivas, hipotonía y fallas del planeamiento motor.

Objetivos de T.O.:

- Mejorar coordinación de movimientos.
- Aumentar coordinación visomotora.
- Optimizar coordinación bimanual.
- Mejorar planeamiento motor.
- Graduar de fuerza muscular.
- Estabilizar articulaciones proximales.
- Incrementar noción espacial.
- Maximizar actividades de la vida diaria.

Posturas y Actividades:

- Graduar posturas de fijas a más dinámicas en forma progresiva, por ejemplo del sentado a cuatro puntos.
- Actividades graduadas en cuanto a la percepción y la actividad motora, en términos de dificultad.
- No olvidar que los niños que tienen un coeficiente intelectual normal, pueden realizar distintos tipos de juegos.



El terapeuta ocupacional debe observar al niño en su totalidad y no debe segmentarlo para la aplicación de diversas estrategias terapéuticas, incluyendo el juego.

Fotografía: Marcos Chiang.

A continuación, realizaremos una breve descripción igual a la anterior, pero desde de la clasificación de Parálisis Cerebral, según su compromiso topográfico (distribución de la alteración sensorio motora en el cuerpo):

HEMIPARESIA: el patrón típico es de asimetría entre hemicuerpos, flexión Miembro Superior del lado afectado, dificultad en descarga de peso en Miembro Inferior, reacciones asociadas al lado afectado, alteración perceptiva, alteración de sensibilidad.

Objetivos de T.O.

- Regular el tono del lado afectado.
- Aumentar la simetría corporal.
- Maximizar las actividades de la Vida Diaria.
- Reconocer el esquema corporal.
- Mayor conciencia sensorio motora del lado afectado.

Posturas:

- Sentado en mesa: pies apoyados, las dos manos sobre la mesa, facilitando la integración bilateral.
- Sentado en el suelo: piernas semiflexionadas, apoyo sobre una de las manos.
- De pie: favorecer la transferencia del peso para el lado afectado y mantener la carga del peso en miembro superior afectado.

Juegos:

- Uso de distintos tipos de pinturas, con pinceles o de dedos, que favorezcan el uso de ambas manos.
- Juegos de control de Miembros Superiores, como el uso de vástagos, vaivén o juegos con pelota que logren mantener elementos firmes con sus manos en el espacio.
- Amasar plastilina o masas con distintas densidades para favorecer la resistencia y fuerza de garra.
- Jugar a “Tirar la cuerda”, utilizando las dos manos.

DIPLEJIA o DIPARESIA: se presenta con los cuatro miembros afectados pero con predominio en miembros inferiores. Patrón típico en alteración del tronco, descargan peso de Miembros Inferiores en dorsiflexión, alteración de cadera pelvis en anteversión pélvica y alteraciones perceptivas.

Objetivos de T.O.:

- Regular el tono del lado afectado.
- Aumentar simetría corporal.
- Mejorar estabilidad del tronco.
- Mejorar base de sustentación.
- Maximizar Actividades de la Vida Diaria.

Posturas:

- Sentado frente a la mesa; los pies apoyados, las dos manos sobre la mesa y el tronco erguido.
- Sentado en el suelo: favorecer las piernas en extensión, para permitir la elongación de los isquiotibiales.
- De pie: descarga de peso en ambos Miembros Inferiores, traslado de peso, fijar pelvis, avanzar con planos inclinados y diferentes superficies.

Actividades y Juegos:

- Juegos sobre pelota terapéutica, favoreciendo posturas intermedias como cuatro puntos, giros y sentada lateral.
- Juegos de control de Miembros Superiores, regulando el tono y favoreciendo el uso en el espacio alcanzando objetos de diferentes tamaños.
- Alcanzar objetos en altura favoreciendo la extensión de tronco.
- Juegos con circuitos que contengan la posibilidad de gatear con obstáculos, cambio de posiciones y marcha con asistencia.
- Juegos sentado en la banca, para que alcance objetos del suelo para trabajar en el plano sagital la flexo-extensión, el plano frontal, el enderezamiento lateral y el plano transversal, favoreciendo la rotación.

CUADRIPLEJIA: presentan alteración sensorio motora en las cuatro extremidades, con similar distribución de severidad. Patrón típico en extensión asimétrica del tronco, patrones flexores o extensores de miembros superiores y miembros inferiores, generalmente presentan alteración de retroversión pélvica, dificultades sensoriales y perceptivas que agravan la condición.

Objetivos de T.O.:

- Regular el tono postural.
- Aumentar simetría corporal.
- Mejorar estabilidad del tronco.
- Mejorar base de sustentación.
- Incrementar uso de Miembros Superiores.
- Maximizar Actividades de la Vida Diaria.

Posturas:

- Decúbito prono, supino y lateral: mantener la simetría y orientación viso espacial.
- Sentado en brazos, silla o mobiliario adaptado; piernas en flexión, tronco alineado, pelvis controlada, libertad de Miembros Superiores.
- De pie: descarga y transferencia de peso en Miembros Inferiores con asistencia de mobiliario como paradores específicos.

Actividades y Juegos:

- Juegos de control de Miembros Superiores, principalmente alcance.
- Juegos en balón terapéutico y rolo, para favorecer cambios posturales.
- Utilizar juegos sensoriales de desensibilización y estimulación generalizada. Estas actividades son trabajadas directamente con la familia, ya que es una actividad pasiva para el niño.

Es importante destacar que sin lugar a dudas los éxitos de los tratamientos en los niños son gracias al trabajo en equipo multidisciplinario, incluyendo a la familia y al niño en las necesidades y prioridades que se desean lograr. La orientación a la familia para actividades en el hogar para realizar actividades de la vida diaria, incluyendo las actividades lúdicas y la orientación a los profesores para el manejo del niño en la sala de clases, también son relevantes a la hora del óptimo aprendizaje a través del juego.

Los niños con dificultades motoras, requieren movimientos activos y no estáticos, movimientos globales y una adecuada estimulación sensorial, para ser más efectivos en el medio ambiente. Se recomienda no usar órtesis rígidas durante la sesión de tratamiento, para que el niño experimente patrones de movimientos típicos y pueda realizar en forma alineada cargas y descargas de peso.



El niño requiere una participación activa en los juegos que realiza, y contar con la facilitación del terapeuta para realizar patrones de movimiento y posturales adecuadas. Fotografía: TO Marcos Chiang.

La siguiente tabla, otorga ideas generales de juegos y juguetes que pueden utilizarse de acuerdo a edad.

0 a 4 meses

- La cara humana es importante, explora el entorno principalmente, de manera visual. Colocar frente a espejo.
- Le gusta morder argollas.
- Le llaman la atención cascabeles para seguir fuente sonora.
- Juegos de esconder detrás de un paño.

4 a 8 meses

- Utilizar cascabeles musicales.
- Juguetes de goma.
- Móviles que, al tocarlos, produzcan acción.
- Botellas plásticas transparentes, con agua y pequeños objetos adentro.
- Objetos para coger y llevar a la boca.
- Objetos que puedan ser tocados uno contra otro.
- Objetos que estén guardados dentro de otros para descubrir.
- Arrugar papel.

8 a 12 meses

- Juguetes para uso en el baño de tina.
- Cubos de espuma o papeles revestidos con figuras.
- Cajas de zapatos con tapa.
- Encajes simples.
- Pelotas de texturas, blandas y/o con orificios.
- Globos.
- Jugar al esconder, no siempre en el mismo lugar.

12 a 18 meses

- Juguetes con cordel, para arrastrar.
- Jugar al caballito para estimulación vestibular y propioceptiva.
- Autos o motos de arrastre sin pedales.
- Objetos que puedan ser empujados.
- Tambor.
- Vasijas, tapas de ollas.
- Objetos que puedan ser apilados.
- Cantos y danzas.

18 a 24 meses

- Juguetes desmontables, con cordel para arrastrar.
- Silla de balancín.
- Coche de mano o coche para muñecas o para ir a la feria.
- Cajas de cartón grandes, donde pueda entrar.
- Greda o plasticina para mezclar y amasar.
- Muñecas y/o animales de trapo.
- Libros con figuras grandes y coloridas, pueden ser de género o cartón grueso.
- Encajes de argollas o figuras geométricas.
- Dibujar en el suelo con tiza.
- Rompecabezas de figuras enteras.

2 a 4 años**Actividades al aire libre:**

- Balancín
- Caja de arena
- Juegos de playa
- Bowling
- Burbujas de jabón
- Triciclo.

Actividades expresivas – manuales:

- Lápices de cera de distinto grosor
- Pintura de dedos
- Arcilla para moldear
- Pinceles largos para pintar
- Revistas para rasgar.

Juegos de destreza manual:

- Bloques de construcción
- Encajes con rosca manual grande
- Bowling
- Enhebrado de cuentas.
- Títeres

4 a 7 años

Actividades al aire libre:

- Triciclo o bicicleta con ruedas.
- Pelota para patear y cabecear
- Juegos de argollas
- Carros para niños
- Cuerda para saltar
- Patineta
- Jugar con animales domésticos.

Actividades expresivas – manuales:

- Lápices de colores grandes
- Tijeras con punta redonda
- Papel colorido
- Pintura no tóxica
- Pizarra y plumones
- Silla y mesa pequeña
- Pegamentos no tóxicos de colores.

Actividades de hacer de cuentas que...:

- Miniaturas de animales, jugar a la granja
- Ciudad
- Equipamiento de médico y enfermera
- Muñecas con cambio de ropa
- Títeres
- Disfraces simples

Actividades música – educativas:

- Historias con figuras grandes
- Xilófono, piano, etc.
- Música infantil

Juegos Perceptivos:

- Rompecabezas: varias piezas, figuras con detalles, figuras del cuerpo humano
- Reloj o calendario
- Bloques lógicos y/o secuencias
- Juegos simples de memoria
- Juegos con letras / secuencias numéricas
- Juegos de relaciones de números y cantidades
- Lotería de animales

Recopilación y apuntes de Curso Neurodesarrollo Bobath, Mendoza, Argentina, 1998.

Caso Clínico

Guillermo (nombre ficticio), once años, portador de una Parálisis Cerebral del tipo Diplejía Espástica de predominio izquierdo moderada, secuela de una asfixia perinatal. Vive con sus padres y un hermano de 8 años. Guillermo asiste a un colegio regular con proyecto de integración cursando 5º básico. A la observación clínica se aprecia aumento de tono muscular en miembros inferiores, utiliza órtesis tobillo-pie bilateral, logrando marcha funcional con flexión de rodillas y pelvis en anteversión, dificultades de equilibrio postural. Tronco con bajo tono, lo que favorece una postura mayor a flexión y miembros superiores con leve aumento de tono muscular mayor a izquierda. Miembro superior derecho con patrón postural flexor y abducción de hombro, codo en semiflexión, muñeca alineada, logra prehensiones gruesas y finas, miembro superior izquierdo, mayor aumento de tono, se observa patrón flexor en toda la extremidad y manos empuñadas con pulgar incluido.

Funcionalmente las mayores dificultades de Guillermo se presentan en Actividades de la Vida Diaria, principalmente vestuario que logra realizarlo en forma independiente pero con lentitud, y en higiene que requiere asistencia para aseo mayor. Se comunica a través de gestos y escritura. Se observa dificultades en actividades bi manuales como cortar con tijeras, ensarte de cuentas, y dificultad de fijar cuaderno para escritura.

Objetivos de intervención son maximizar su independencia en actividades de la vida diaria, mejorar funcionalidad bimanual y equilibrio dinámico. Las sesiones se estructuran en primera etapa preparación del tono postural y facilitación de posturas globales, dinámicas y equilibrio, y una segunda etapa de acciones más específicas de miembros superiores. Se varían las actividades de acuerdo a las propuestas que se realizan con Guillermo para incorporar su motivación e intereses, trabajando en juegos sensorio motores Guillermo se sienta sobre balón para mejorar postura de tronco y realizar rotaciones (Fig. 1), en donde se colocan vástagos laterales imaginando que son piezas de una máquina que hace funcionar un electrodoméstico, el inserta argollas realizando rotaciones hacia ambos lados y cuando completa la acción, se realiza descargas de peso sobre el balón como si estuviera saltando sobre el aumentando la propiocepción y el estímulo vestibular. Otra actividad gruesa se realiza en elemento de suspensión en que Guillermo puede quedar en posición bípeda y dar impulso para otorgar estimulación vestibular tipo columpio (Fig. 2). El objetivo de esta actividad es que Guillermo debe derribar ladrillos que están a distancia, debe realizar planeamiento motor y darse impulso, fijando ambas manos en columpio para sostenerse y lograr volver a la posición bípeda sin perder el equilibrio.

Para las de miembros superiores, se realizan actividades en posición sentado sobre una banca para facilitar e inhibir posición de tronco y pelvis desde las cintura pélvica, tronco y cintura escapular, inhibiendo reacciones asociadas de miembro superior izquierdo, fijando a la mesa o facilitando juegos de uso de ambas manos, como memorice, figuras de plastilina, torres de cubos y seguimiento de laberintos para uso de lápiz (Fig. 3). Todas estas actividades tienen un carácter competitivo para motivar a Guillermo, además se incluyen juegos que se realizan en un tablet tipo iPad® que permite con tecnología “touch”, el uso de manos

sobre una pantalla. Guillermo ha mejorado su equilibrio y su madre refiere que ha podido incorporarse a actividades grupales en el colegio y con su hermano, ya que no participaba en actividades lúdicas con su hermano y amigos.



Fotografías: TO Marcos Chiang.

Reflexiones finales

Comenzamos este artículo con la frase más típica y relevante que utilizamos los terapeutas ocupacionales en relación al juego, nuestra mirada o foco está en la OCUPACIÓN. Es un gran desafío de explicar y demostrar ante la comunidad científica de la importancia del juego en el desarrollo del niño, más aún cuando son varios los profesionales que también utilizan el juego como medio terapéutico, con modelos distintos al del terapeuta ocupacional, y que son sólo cognitivos o desde la psicomotricidad.

Con los elementos de Forma, Función y Significado, realizamos un análisis que permita hacer, tanto en niños como adultos, un adecuado perfil ocupacional y un plan de intervención que responda a las demandas requeridas, siendo posible analizar el juego desde diferentes perspectivas y como cada una de ellas puede ser creativamente transformada y aportar a áreas específicas del desarrollo del niño y lo que permite que el aprendizaje sea motivado y en un espacio de libertad e interés.

El juego es una experiencia, un medio placentero, en que el niño expresa pensamientos y emociones, y en la cual la mirada no está solo en lo recreativo, sino también en modalidades de intervención. El juguete se convierte en objeto no necesariamente tangible que motiva e inspira al niño a jugar, siendo relevante para el desempeño en las áreas física, sensorial, cognitiva, afectiva y social del niño. El desafío de los terapeutas ocupacionales está en aplicar en forma creativa y lúdica diferentes elementos para vincularse con el niño y crear un ambiente de confianza que facilite el trabajo funcional al que estamos abocados.

Los niños con discapacidades también juegan, aunque no puedan demostrar todas las formas de juego, son capaces de superar ciertas limitaciones y lograr sentir placer y diversión. El desafío de los terapeutas es que el juego pueda ser gratificante para el niño, su entorno y la capacidad de disfrutar en conjunto, estableciendo alguna forma de comunicación e involucrar a la familia en conectarse con sus hijos a través del juego.

Referencias:

- BUNDY A., LANE S. MURRAY E., (2002). Sensory Integration: Theory and practice. 2ª Edición. F.A. Davis Company. Philadelphia. USA.
- CAÑEQUE H. (1998). JUEGO Y VIDA: La conducta lúdica en el niño y el adulto, El Ateneo. Buenos Aires. Argentina.
- CREPEAU E., COHN E., SCHELL B. (2005). Terapia Ocupacional Willard and Spackman. 11ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. España.
- CSIKSZENTMIHALYI M. (2007). Fluir: una psicología de la felicidad. Editorial Kairós. Barcelona. España.
- FERLAND F. (2006). O MODELO LÚDICO: O brincar, a criança com deficiência física e a Terapia ocupacional. 3ª Edición. Editora Roca. Sao Paulo. Brasil.
- HOWLE J. (2004) Neuro-Developmental Treatment Approach: Theoretical Foundations and Principles of Clinical Practice. Neuro-Developmental Treatment Association. California. USA.
- IMPERATORE E. (2002). ¿Lo estamos pasando bien?: El juego adulto, un proceso esencial. Grijalbo Mondadori. Santiago. Chile.
- MEYER A. (1922). The Philosophy of Occupational Therapy. Arch Occupational Therapy.
- MILLER – KUHANECK H., SPITZER S., MILLER E. (2010). Activity Analysis, Creativity, and Playfulness in Pediatric Occupational Therapy: Making Play Just Right. Jones and Bartlett Publishers. Massachusetts. USA.
- PARHAM D., FAZIO L. (2006). Play in Occupational Therapy for Children. Mosby. St. Louis. USA.
- RAST M. (1986). Play and therapy, play or therapy? Inc. Pehoski, Rockville MD, USA.
- Soc. Pro Ayuda del Niño Lisiado, Enfermedades Invalidantes de la Infancia: Enfoque Integral de Rehabilitación, Volumen II, Teletón Rehabilitación Infantil. Chile. 2006.



Escuela de Terapia Ocupacional
Facultad de Ciencias de la Salud

